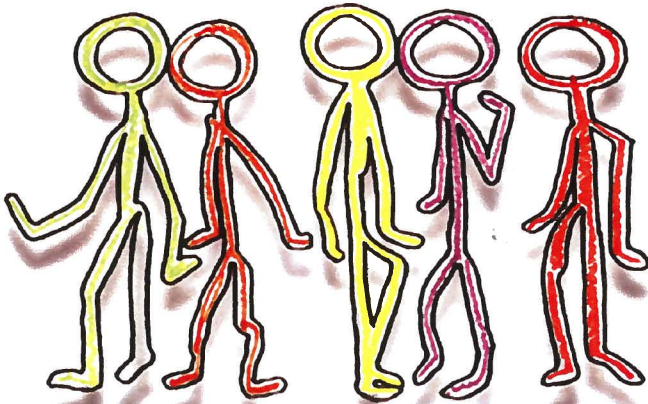


IPÊAIR
DOCUMENTAÇÃO



COMO VAI?



população brasileira

ipea

ANO IV Nº 2

SUMÁRIO

EDITORIAL **1**

IDOSO E A PREVIDÊNCIA RURAL NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA
RECENTE DA UNIVERSALIZAÇÃO? **3**

Guilherme C. Delgado
José Celso Cardoso Jr.

POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO NO BRASIL **15**

Marcelo Medeiros
Rafael Osório

ASPECTOS SOBRE A MORBIDADE DOS IDOSOS NO BRASIL **20**

André Nunes

IDOSOS: DEPENDENTES FÍSICOS? **33**

Ana Amélia Camarano

ENCARTE

COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

1 PE A I R I O
DOCUMENTAÇÃO

ANO IV Nº 2

BRASÍLIA, DF

Agosto/99

EDITORIAL

O ano de 1999 foi consagrado pela Organização das Nações Unidas como o *Ano Internacional do Idoso*. Os princípios das Nações Unidas visam assegurar que seja dada atenção prioritária às pessoas idosas. Os pontos básicos considerados são: dignidade, participação, independência, cuidados e auto-realização.

A preocupação com a população idosa, no final deste século, surge pela constatação de que, tanto no mundo desenvolvido quanto no sub-desenvolvido, o segmento populacional em idade considerada idosa é o que mais cresce. Isso se deve, em parte, ao aumento da longevidade pela redução da mortalidade e pela queda da fecundidade. A queda da fecundidade, que também é atualmente um fenômeno quase universal, tem levado esse segmento populacional que passou a viver mais a ter um peso maior no total da população, o chamado *envelhecimento populacional*.

Apesar dos dois processos mencionados terem sido resultado de políticas e incentivos dados pela sociedade e o Estado, as suas conseqüências têm geralmente sido vistas com preocupação, por acarretarem mudanças no perfil das demandas por políticas públicas, o que traz desafios para o Estado, a sociedade e família. Em parte, a preocupação surge do fato de a baixa da fecundidade reduzir, ao menos relativamente, no médio e no longo prazo, a população adulta. Isso significa a redução dos contribuintes potenciais, bem como de pessoas adultas potenciais para cuidar dos idosos, e isso leva ao *aumento* da razão de dependência em várias medidas utilizadas.

Por outro lado, o envelhecimento traz pressões políticas e sociais para a transferência de recursos na sociedade. Por exemplo, as demandas de saúde se modificam com o maior peso das doenças crônico-degenerativas, o que, se não implica maior custo *per capita* de internamento e de tratamento, implica, por exemplo, maior frequência de internações hospitalares, consultas ambulatoriais, remédios, etc. A pressão sobre o sistema previdenciário aumenta expressivamente. O envelhecimento também traz sobrecarga sobre a família, e essa dependência é crescente com a idade. Nessa perspectiva, o pensamento comum é que o envelhecimento populacional acarreta carga para a família e o Estado, pois o idoso é encarado como dependente.



2 COMO VAI?



No entanto, resultados empíricos têm mostrado que, no Brasil, as transferências intergeracionais tem assumido cada vez mais um caráter bi-direcional.

No Ano Internacional do Idoso, o *Como Vai?*, que sumariza parte dos resultados das pesquisas desenvolvidas pelo IPEA na áreas de *Família* e *População*, tem procurado questionar essa dependência, tentando resgatar a importância que o idoso vem assumindo em várias dimensões da vida nacional.



O IDOSO E A PREVIDÊNCIA RURAL NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA RECENTE DA UNIVERSALIZAÇÃO

*Guilherme C. Delgado**
*José Celso Cardoso Jr.**

1 Introdução

No segundo semestre de 1998, o IPEA realizou, com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social — IPARDES (Curitiba/PR) e com a Fundação Joaquim Nabuco — FUNDAJ (Recife/PE), uma grande pesquisa primária a fim de obter informações diretas para sustentar um trabalho de avaliação socioeconômica e regional do sistema previdenciário rural e das demais condições de vida da população beneficiária.

Ao todo, foram feitas seis mil entrevistas domiciliares, estatisticamente representativas dos três respectivos estratos sub-regionais: agricultura de subsistência, agricultura em regime de assalariamento e agricultura familiar consolidada. Dessas entrevistas, a metade foi realizada nos estados da região Sul e o restante nos do Nordeste.

Os resultados que se seguem referem-se, basicamente, à consolidação final dos dados oriundos da pesquisa de campo na região Sul, a despeito de, sempre que possível, se referirem também aos resultados preliminares da pesquisa, ainda concluída, feita na região Nordeste.

2 Antecedentes da Cobertura Previdenciária aos Idosos Oriundos do Meio Rural

Levou praticamente meio século desde a promulgação da Lei Eloi Chaves em 1923, que regulamentava a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) dos trabalhadores urbanos, para que se inaugurasse no Brasil um sistema de assistência social para os idosos e inválidos do meio rural. Tal sistema, inaugurado pela Lei Complementar nº 11, de 1971, e implementado a partir de 1972, com o PRORURAL-FUNRURAL (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural), oferecia, aos trabalhadores rurais,

* *Técnicos de Pesquisa do IPEA/Brasília.*



pescadores (a partir de 1972) e garimpeiros (a partir de 1975), benefícios precários de aposentadoria por idade aos 65 anos, com um teto de meio salário-mínimo e limitado ao cabeça do casal.

Decorridos mais de vinte anos desde a criação do PRORURAL-FUNRURAL (1971/1992), implanta-se o regime de universalização de atendimento aos idosos e inválidos do meio rural, previsto na Constituição de 1988. A partir de então, introduziu-se o princípio do acesso universal de idosos e inválidos de ambos os sexos à previdência social, em determinado regime especial, cuja principal característica é incluir o chamado setor rural informal, constituído pelo *“produtor, parceiro, meeiro e arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como seus respectivos cônjuges que exerçam suas atividades em regime de economia familiar sem empregados permanentes”* (artigo 194, parágrafo 8, Constituição Federal de 1988).

Esse público informal do chamado regime de economia familiar, ao qual se soma o pequeno setor formal, composto por trabalhadores com carteira assinada e contribuintes em folha de pagamento da Previdência Social, era precariamente atendido pelo regime assistencial anterior — FUNRURAL — inaugurado durante o regime militar em 1971.

As principais mudanças normativas ocorridas a partir da Constituição de 1988, e que tiveram efetiva aplicação administrativa a partir de 1992, foram as seguintes: *i*) equiparação de condições de acesso para homens e mulheres (o antigo regime contemplava especificamente o cabeça do casal); *ii*) redução do limite de idade para aposentadoria por idade (60 anos para homens e 55 para mulheres); *iii*) estabelecimento do piso de um salário-mínimo para as aposentadorias e pensões (o regime anterior estabelecia o teto em meio salário-mínimo para o público do FUNRURAL e pensões limitadas a 30% do benefício principal).

Essas novas regras, aplicadas aos trabalhadores formais e aos produtores em regime de economia familiar, tiveram efetivo impacto social e econômico e proporcionaram aumento expressivo, em poucos anos (1992/1995), do grau de cobertura do sistema sobre o conjunto dos domicílios rurais e da participação da renda previdenciária na renda familiar rural.



3 O Significado da Universalização da Previdência Rural nos Anos 90

A partir de um estudo anterior à pesquisa primária Delgado (1997), já havia sido identificado o significativo impacto da reforma previdenciária no meio rural a partir de 1992, quando as normas inscritas na Constituição de 1988 entraram efetivamente em vigor.

TABELA 1

Alguns Indicadores Globais da Universalização Previdenciária Pós-1992

Anos	Valor dos Benef. Mensais Pagos (em US\$)	Nº Total de Benefícios	Nº de Benefícios por Idade	Valor Unitário dos Benefícios Rurais (em US\$)
1991	180,0	4 080,4	2 240,5	44,1
1992	234,4	4 976,9	2 912,8	47,1
1993	403,8	6 001,0	3 855,9	67,3
1994	526,8	6 359,2	4 176,2	82,8
1995	637,8	6 332,2	4 126,8	100,7
1996	705,2	6 474,4	4 102,2	108,9
1997	725,3	6 672,3	4 140,2	108,7

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência Social - AEP 1997.

Os dados gerais da tabela 1 evidenciam que, entre 1991 e 1997, o número absoluto de benefícios por idade acumulados no sistema rural praticamente dobrou, e seu valor unitário passou de US\$ 44,1 mensais para US\$ 108,7. O impacto financeiro dessa reforma mais do que triplica o gasto mensal com benefícios permanentes (aposentadorias e pensões pagas), que cresceu de R\$ 180,0 milhões mensais para R\$ 725,3 milhões; no ano de 1998, o gasto situou-se em torno de R\$ 10,0 bilhões.

Esse gasto social, por outro lado, tem incidência distributiva e redistributiva muito importante no setor social ao qual se destina. Nesse ponto, valemo-nos dos resultados da pesquisa de campo, visto que somente a partir dela podemos isolar e comparar nosso público-alvo com outro público do chamado setor rural, sem acesso às aposentadorias e pensões.

A previdência social rural pagou, em 1997, 6,67 bilhões de reais em aposentadorias, pensões, rendas mensais vitalícias e amparos previdenciários aos seus segurados do setor rural. Por sua vez, a pesquisa domiciliar realizada em residências seguradas pela previdência rural revela que, em média, pagou-se 1,78 benefício por domicílio na região Sul e cerca de 1,69 na região Nordeste; as duas regiões foram res-



ponsáveis por 65% dos benefícios previdenciários (permanentes) pagos em 1997. Na falta de informações definitivas, cremos que é lícito extrair uma média dessas duas relações regionais (benefícios / domicílios = 6,67 / 1,70) e aplicá-la a todo o Brasil. Esse indicador revela que cerca de 4 milhões de domicílios no Brasil constituem um setor amparado pela previdência rural, que aqui denominaremos de S_1 . De posse dessa informação e de outros indicadores relevantes que a pesquisa nos aponta, podemos comparar o setor S_1 com o setor rural tradicional das estatísticas da PNAD e observar algumas diferenças significativas para uma variável-chave do inquérito de campo: a renda domiciliar.

FIGURA 1A
Configuração do Espaço Rural

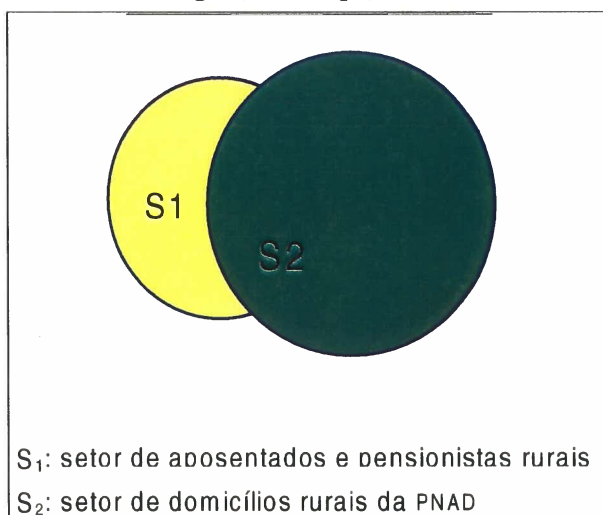
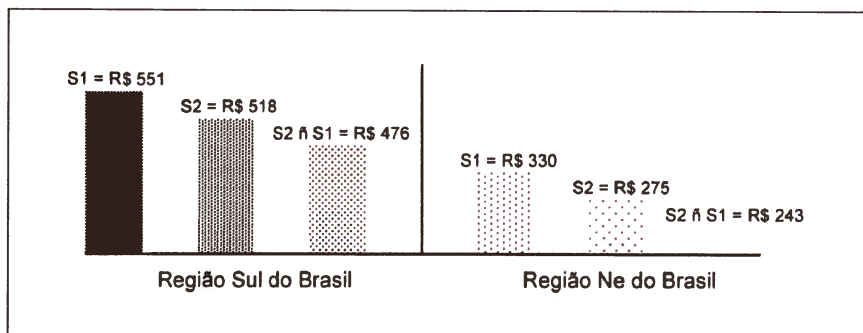




GRÁFICO 1
Renda Média Domiciliar Comparada — Sul e Nordeste do Brasil



A figura 1 nos permite focar a medição da renda domiciliar no setor S_1 (aposentados e pensionistas), compará-la com o S_2 (setor de domicílios rurais da PNAD) e definir um setor S_2 , não S_1 , que, para efeitos analíticos, serviria como amostra-testemunha (ou amostra de controle). Neste último, por definição, não há domicílios rurais com residentes aposentados ou pensionistas.¹

Em agosto/setembro de 1998, o nível de renda domiciliar médio do S_1 na região Sul era de R\$ 551, enquanto o nível médio da renda domiciliar rural da PNAD (setembro de 1997) era de R\$ 518,75 e o nível de renda de ‘ S_2 não S_1 ’ era de R\$ 476,12 (setembro de 1997). Para a região Nordeste, os números são respectivamente de: $S_1 =$ R\$ 331, $S_2 =$ R\$ 275,37 e ‘ S_2 não S_1 ’ = R\$ 243,80.

Esses dados de renda domiciliar evidenciam a diferença significativa que faz ter-se ou não acesso ao sistema de proteção previdenciária. O setor de domicílios sem acesso à previdência percebe um nível de renda domiciliar que, apenas na região Sul, situa-se acima da linha da pobreza, que é medida por uma renda domiciliar *per capita* mensal superior a US\$ 60.

1 O setor S_1 para todo o Brasil representa 4 milhões de domicílios. O setor S_2 para o país, segundo dados da PNAD/1997, possui 8,1 milhões de domicílios (exceto região Norte). O setor ‘ S_2 não S_1 ’, ainda segundo a PNAD-1997, possui 5,2 milhões de domicílios. Finalmente, o setor ‘ $S_1 \cap S_2$ ’ possui 2,46 milhões de domicílios.



4 Condições de Reprodução Econômica das Unidades Domiciliares

O padrão de reprodução econômica das unidades domiciliares investigadas a partir da pesquisa de campo é decisivamente dependente da participação dos beneficiários da previdência rural no rol de estratégias de sustentação das respectivas famílias, ao utilizarem o benefício seja na função precípua de seguro previdenciário, seja na função de seguro de renda agrícola.

É possível observar, a partir da estrutura de rendimentos domiciliares (expressa na tabela 2, a seguir), que o rendimento domiciliar mensal na região Sul é de aproximadamente R\$ 552 (ou 4,24 S-M) e na região Nordeste é de R\$ 331 (ou 2,54 S-M). A maior contribuição à média provém, no caso da região Sul, dos rendimentos domiciliares oriundos da ocupação principal, que somam perto de R\$ 287 (ou 2,21 S-M) e representam 52% da renda domiciliar total. No caso da região Nordeste, ao contrário, o peso da renda oriunda da ocupação principal representa apenas 27,5% da renda domiciliar total, o que evidencia a importância decisiva da contribuição advinda do benefício previdenciário na composição da renda domiciliar das famílias nordestinas, bem como em suas estratégias de reprodução econômica.

TABELA 2

Estrutura de Rendimentos dos Domicílios Pesquisados, segundo a Contribuição de cada Fonte à Renda Total, por Faixa de Salário-Mínimo Região Sul do Brasil

Faixa S-M Renda Domiciliar	Número de Domicílios	Benefício Previd.			Renda da Ocup. Princ.			Total	
		(%)	Renda S-M	R\$ por Dom.	(%)	Renda S-M	R\$ por Dom.	Renda S-M	R\$ por dom.
de 0,01 a 1 S-M	330	99,97	1,00	129,77	0,00	0,00	0,00	1,00	129,80
de 1,01 a 2 S-M	722	90,00	1,66	216,12	8,21	0,15	19,72	1,85	240,13
de 2,01 a 3 S-M	622	69,20	1,75	227,08	25,93	0,65	85,09	2,52	328,11
de 3,01 a 5 S-M	690	48,46	1,91	247,77	44,66	1,76	228,37	3,93	511,24
de 5,01 a 10 S-M	470	30,78	2,08	270,33	61,33	4,14	538,56	6,75	878,00
mais de 10 S-M	158	10,27	2,33	302,74	81,70	18,52	2.407,56	22,67	2.946,81
Total	2.992	41,54	1,76	229,26	51,97	2,21	286,85	4,25	551,91

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural - Fase II.

Enquanto, na região Sul, o peso do benefício previdenciário na composição do orçamento domiciliar representa 41,5% do total, na região Nordeste esse peso é de 70,8%, em média. A observação da tabela 2, segundo a contribuição de cada um dos dois principais componentes da renda domiciliar por faixa de salário-mínimo, permite comprovar que o benefício previdenciário torna-se mais importante na conformação da renda domiciliar à medida que forem menores as faixas de rendimentos considera-



das. O inverso ocorre com o rendimento proveniente da ocupação principal dos membros da família.

Essa é uma situação que demonstra a centralidade do segurado da previdência na sustentação da renda domiciliar rural, cujo padrão de inserção ocupacional dos beneficiários apenas reforça os argumentos até aqui citados. Esse seguro pode atuar meramente como seguro de renda vitalício (situação na qual o benefício responde por praticamente toda a renda domiciliar); pode também funcionar como seguro agrícola, situação fundamental nas estratégias de ampliação da renda rural; ou ainda pode viabilizar a geração de uma renda extra de subsistência.

O estudo das despesas domiciliares complementa a análise anterior dos rendimentos e permite encaminhar, mais adiante, a discussão acerca do excedente domiciliar.

Inicialmente, apresentamos, na tabela 3, informações acerca das despesas médias por domicílio nas amostras recolhidas das regiões Sul (3 mil domicílios) e Nordeste (548 domicílios) e destacamos as diferenças marcantes. Os gastos com consumo representam perto de 79% das despesas no Sul e quase 95% no Nordeste, das quais fazem parte os gastos com alimentação e higiene (36% no Sul e 65% no Nordeste), transporte, saúde, educação, vestuário e calçados, habitação (tarifas de água, luz e aluguel), serviços pessoais e recreação.

Os gastos com produção, por sua vez, pesam 18% na estrutura de gastos domiciliares totais da região Sul e apenas 2% no Nordeste, o que revela o grande peso das especificidades regionais na delimitação das respectivas estratégias de sobrevivência e reprodução das unidades familiares.² No componente *outras despesas*, que representa apenas 3% dos gastos totais na região Sul e 3,5% na região Nordeste, destacam-se os itens de *ajuda financeira a amigos e parentes* e *compra de utensílios domésticos*.

O confronto por unidade domiciliar da relação renda-gastos permitiu-nos estabelecer quatro grandes situações de inserção dos domicílios na estrutura econômica e social, aqui chamada *regime de economia familiar rural*. Como foi explicitado no relatório

2 É preciso lembrar que o insignificante peso da produção na composição das despesas totais dos domicílios da região Nordeste, em comparação com o Sul, pode ser parcialmente devido ao caráter ainda preliminar dos resultados para o Nordeste, posto estarmos trabalhando com uma amostra de apenas 548 domicílios, sendo de 3 mil a amostra final esperada. Mas outro fator, este sim ligado à realidade do mundo rural nordestino, deve-se ao fato de a pesquisa ter ido a campo entre agosto e setembro de 1998, em um período de intensa e generalizada seca em todo o setor agrícola regional.



metodológico da pesquisa de campo [Delgado *et alii*, 1999], estabelecemos a seguinte taxonomia para a relação *renda-gastos* domiciliar, sintetizada na tabela 4.

TABELA 3
Despesas Médias por Domicílio, e Contribuição Média de Cada Item de Despesa à Despesa Total – Sul e Nordeste

Itens da Despesa	Região Sul			Região Nordeste		
	Despesas por Domicílio		Contribuição Média (%)	Despesas por Domicílio		Contribuição Média (%)
	em R\$	em S-M		em R\$	em S-M	
A - Gastos de consumo	269,39	2,07	78,9	182,39	1,40	94,6
1 Alimentos e higiene	123,66	0,95	36,1	126,53	0,97	65,0
2 Transporte	34,71	0,27	5,2	7,41	0,06	3,5
3 Saúde	62,98	0,48	16,4	27,85	0,21	13,2
4 Educação	30,59	0,24	2,0	1,51	0,01	0,7
5 Vestuário e calçados	25,74	0,20	6,2	7,68	0,06	2,8
6 Habitação (água, luz, aluguel)	36,30	0,28	9,5	17,62	0,14	8,2
7 Serviços pessoais	13,98	0,11	1,3	2,04	0,02	0,7
8 Recreação	25,88	0,20	1,9	0,70	0,01	0,4
B - Gastos de produção	169,64	1,30	18,0	3,70	0,03	1,9
9 Custeio de atividades produtivas	166,78	1,28	17,6	4,53	0,03	1,9
10 Arrendamento de terra	96,20	0,74	0,4	0,00	0,00	0,0
C - Outras despesas	40,70	0,31	3,1	6,76	0,05	3,5
11 Ajuda a amigos e parentes	46,83	0,36	1,1	3,06	0,02	1,6
12 Utensílios domésticos	31,62	0,24	1,6	2,74	0,02	1,4
13 Contribuição sindical	8,58	0,07	0,0	-	-	-
14 Reforma do domicílio	50,64	0,39	0,2	-	-	-
15 Plano funerário	5,00	0,04	0,0	-	-	-
16 Dízimo	11,50	0,09	0,0	-	-	-
17 Outras	38,31	0,29	0,3	1,06	0,01	0,5
Total (A + B + C)	341,25	2,63	100,0	192,85	1,48	100,0

Fonte: Pesquisa de Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Rural - Fase II.

Obs: Amostra de 3 mil domicílios da região Sul e 548 da região Nordeste.



TABELA 4
Análise do Excedente Rural Relativo à
Região Sul – em Porcentagem de Domicílios

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Total
Condição de Indigência Domiciliar	Condição de Pobreza sem Indigência	Condição de Reprodução Simples	Condição de Reprodução Ampliada	
$Rt < Ga$	$Ga < Rt < Gc$	$Gc < Rt < Gt$	$Rt > Gt$	
0,4%	8,8%	2,7%	88,1%	100,0%

Fonte: Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Social Rural - Fase II.

Obs.: Siglas: Rt: renda total; Ga: gastos com alimentação; Gc: gastos com itens totais de consumo;
Gt: gastos totais com consumo, produção e outras despesas.

Verifica-se que, apenas em uma pequena porcentagem de domicílios da região Sul do país, seus ocupantes encontram-se na condição de indigência (0,4%), embora seja preciso lembrar que se trata de uma linha endógena de indigência, obtida do confronto direto da relação *renda/gastos*. Caso tivesse sido adotada, por exemplo, uma linha exógena de meio salário-mínimo domiciliar *per capita*, a proporção de domicílios abaixo dessa linha subiria imediatamente para 14,3% aproximadamente, do total de domicílios da amostra da região Sul. Da mes-ma forma, caso a linha exógena fosse de 1 salário-mínimo domiciliar *per capita*, o percentual de domicílios da região Sul abaixo dessa linha subiria para 51,8%, o que torna relativa a classificação contida na tabela 4.

Não obstante, é importante ressaltar que, embora o padrão absoluto de *renda/gastos* do universo pesquisado classifique cerca de metade dos domicílios abaixo de uma condição hipotética de pobreza (dado pelo critério de 1 salário-mínimo domiciliar *per capita*), em termos relativos isso não se verifica, pois, como se viu na tabela 4, em 90,8% dos domicílios, a renda total supera as despesas de consumo. É notadamente relevante a situação representada pelo grupo D, em que 88,1% dos domicílios da região Sul revelam-se em condições econômicas de superar o conjunto de despesas representadas pelos gastos de consumo, produção e outras despesas.



5 Conclusão: Novo Espaço Econômico-Social do Idoso Aposentado Rural

Embora os resultados empíricos da pesquisa de campo sejam muito eloquentes para definir os impactos do sistema previdenciário sobre a renda familiar, estes não esgotam o sentido das mudanças que a previdência proporcionou na economia familiar rural.

Houve resultados esperados e outros não planejados nessa mudança de política social, e o impacto sobre a renda familiar classifica-se no primeiro caso. Por outro lado, a pesquisa também aponta um importante efeito de revitalização da chamada economia familiar rural e da própria reconstrução do espaço social rural brasileiro, por meio do qual o aposentado idoso passa a ter um certo papel respeitável. Essa segunda categoria de resultados, que chamamos de não planejados, merece esclarecimento e explicitação, pois não é um resultado típico de política previdenciária.

A revitalização da agricultura familiar observada nos resultados da pesquisa não se revelou, foi completamente inesperada, e verificou-se a inclusão do regime de economia familiar no público-alvo do regime especial da previdência rural (artigo 194, parágrafo 8º, da Constituição Federal). Contudo, o que há de novo na situação é a permanência, na metade dos domicílios pesquisados, de estabelecimentos agropecuários em produção, que compõem a estratégia de reprodução econômica desses domicílios e, em geral, têm o aposentado como responsável na condição de chefe do domicílio (o beneficiário ou seu cônjuge são chefes do domicílio em 84% das situações pesquisadas). Observa-se ainda que os próprios resultados da PNAD/1997 confirmam a forte presença dos benefícios previdenciários nos domicílios rurais, que correspondem a 30,4% do total desses domicílios.

Nesse campo, cabe considerar ainda dois aspectos altamente significativos. O primeiro é a magnitude da combinação da figura do aposentado com a de responsável por estabelecimento rural em produção, que é de 48% na amostra Sul e de 42% na subamostra Nordeste. Esse resultado, se extrapolado para o país em seu conjunto, configuraria um segmento social muito vasto, de cerca de 2 milhões de estabelecimentos agropecuários que estariam recebendo o seguro previdenciário da aposentadoria ou pensão, e convertendo-o, de várias formas, numa espécie de seguro agrícola.

Essa conversão do seguro previdenciário em seguro agrícola é, efetivamente, um resultado inesperado, pois introduz um elemento novo na política previdenciária, ou seja, o seu impacto sobre a produção agrícola do numeroso setor de agricultura familiar de todo o país. Essa informação é da maior relevância porque significa a conversão do seguro previdenciário no principal instrumento de suporte da política



agrária para apoiar a agricultura familiar e até mesmo o vasto segmento de agricultura de subsistência, fortemente (mas não exclusivamente) presente no Semi-Árido brasileiro. Esse mecanismo de proteção propicia a formação de um pequeno excedente na renda dos domicílios componentes do S_1 (setor de aposentados e pensionistas rurais), que é, praticamente, reinvestida na própria atividade produtiva familiar, o que cria condições para a reprodução ampliada dessa economia familiar.

Outro resultado importante, constatado na pesquisa de campo, e que, de certa forma, a motivou, é a descoberta de um espaço geográfico e social de residência e convivência dos aposentados e pensionistas rurais, com características algo distintas do setor rural tradicional, de certa forma redefinindo-o em termos sociais e econômicos. Ao examinar exaustivamente o Cadastro de Nomes e Endereços dos aposentados e pensionistas e estudar suas condições de vida, trabalho, remuneração, gastos de consumo e condições de acesso ao sistema previdenciário, a pesquisa identificou um novo espaço rural, não coincidente com o setor rural tradicional das estatísticas agropecuárias e rurais do IBGE.

Esse novo espaço geográfico coincide com a zona rural tradicional em metade dos domicílios pesquisados nas duas macrorregiões. A outra metade, no entanto, é composta por domicílios situados na zona urbana dos pequenos municípios (municípios com até 50 mil habitantes), que abrigam, em média, 80% dos aposentados no Nordeste e 75% no Sul [Delgado, 1997, p. 19]. Nesse espaço dito *rural-microurbano*, ou *novo espaço rural*, os idosos diferenciam-se dos demais pelo fato de desfrutarem de condições de vida e segurança social condizentes com os mínimos elementos vitais necessários à subsistência e reprodução econômica.

Esse novo espaço rural-microurbano, que é delimitado em nossa pesquisa pela denominação de setor 1 (S_1), constitui, na verdade, o principal componente social do chamado *novo setor rural* e se explica em razão da intervenção massiva da política social que afeta a parte mais pobre da pirâmide social agrária do Brasil. Como a origem e a transformação recente desse setor S_1 é política e não de mercado, a própria configuração e reconfiguração do setor rural brasileiro em termos de revitalização da economia familiar e o do seu setor de subsistência depende da continuidade do sistema de proteção universal a idosos e inválidos do setor rural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DELGADO, G. – Previdência Rural: relatório de avaliação socioeconômica. Brasília: IPEA, *Texto para Discussão* n. 477, 1997.



DELGADO, G. *et alii* – *Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Social Rural: relatório metodológico*. Brasília: IPEA, 1999a.

DELGADO, G. *et alii* – *Avaliação Socioeconômica e Regional da Previdência Social Rural: relatório parcial dos primeiros resultados para a região Sul do Brasil*. Brasília: IPEA, *mimeo*, 1999b.



POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO NO BRASIL

*Marcelo Medeiros**

*Rafael Osório***

As mudanças no regime demográfico brasileiro levaram a um significativo aumento da proporção de indivíduos idosos na população total. Todavia, apesar das fortes pressões criadas pelas mudanças demográficas, o incremento das demandas por políticas sociais orientadas a idosos não deve ser tratado apenas como o resultado de uma determinada composição etária. Mudanças no papel dos idosos na sociedade devem ser vistas como um dos determinantes dessas demandas. Essa perspectiva é importante do ponto de vista da formulação de políticas de assistência, sejam elas públicas ou privadas, pois mostra que a melhoria das condições de vida dos idosos não depende apenas de mudanças no regime demográfico que, devido a efeitos geracionais, costuma apresentar elevados níveis de inércia.

O crescimento das demandas por serviços sociais por parte dos idosos foi parcialmente acompanhado por aumento na oferta de serviços, tanto públicos quanto privados. A prestação de serviços aos idosos na esfera pública foi sistematizada por meio de legislação de assistência social e planos de ação governamental publicados a partir do início da década de 90, os quais resultaram em políticas de atenção aos idosos nos níveis federal, estadual e municipal. O setor privado respondeu ao aumento das demandas com a criação de instituições com fins lucrativos, entidades beneficentes e organizações de defesa dos interesses dos idosos.

Alguns exemplos sugerem que os idosos constituem um relevante grupo de consumidores para prestadores de serviços especializados. Atualmente, o Brasil conta com um amplo complexo de instituições com fins lucrativos orientadas à prestação desses tipos de serviço. Tais instituições incluem prestação de serviços de saúde, asilos, casas de repouso, *spas*, hotéis, atividades recreativas (como canto, dança e esportes) e educação continuada (como aulas de informática e línguas), por exemplo. Evidentemente, o acesso da maioria da população idosa a esses serviços é limitado por restrições financeiras familiares. Porém, se considerarmos o tipo de demanda por esses serviços (altamente inelástica em alguns casos) e a capacidade de consumo relativamente superior dos idosos (renda maior e mais estável), vere-

* Pesquisador do IPEA – medeiros@ipea.gov.br

** Assistente de pesquisa do IPEA – rafaelg@ipea.gov.br



mos que este é um mercado em expansão e extremamente interessante para as empresas.

Por outro lado, diversas outras instituições de direito privado e sem fins lucrativos orientam suas atividades aos idosos. Entre essas instituições encontram-se desde entidades beneficentes, organizações de caráter político não partidário, etc. Nestas, possuem peso significativo as entidades de caráter religioso e as entidades com grande tradição de solidariedade, como os clubes Rotary e as lojas maçônicas. A maior parte dessas organizações sustenta-se a partir de pagamentos integrais ou parciais pelos serviços prestados e doações de particulares e empresas. Algumas entidades têm, em sua lista de doadores, pessoas famosas como cantores populares e artistas de televisão. Além dos motivos altruístas, a doação, nesses casos, é também incentivada pelas isenções tributárias conferidas aos doadores e à publicidade positiva relacionada ao gesto. Instituições estatais não ligadas diretamente à assistência social, como o BNDES e algumas autarquias, também constituem um grupo relevante de doadores. As doações não são exclusivamente financeiras, podendo constituir-se de alimentos, roupas, móveis e serviços, como assistência médica, jurídica e psicológica. Finalmente, o governo também contribui com as atividades das instituições privadas, seja de maneira indireta, como isenções de tributos e convênios financeiros, ou de maneira direta, ao subsidiar instalações físicas, custeios de funcionamento e alocar funcionários públicos para o trabalho integral ou parcial na instituição. Algumas instituições não se limitam às fontes externas de recursos. Da perspectiva de que os idosos não são apenas objeto mas também instrumento da assistência social, o trabalho dos idosos é utilizado como fonte de recursos, seja em atividades cooperativas, nos quais idosos prestam serviços a outras pessoas, seja na produção de bens para comercialização.

Apesar da participação crescente de entidades não governamentais, o Estado ainda é o principal ator na assistência aos idosos. A partir da década de 90, diversos níveis de governo passam a dedicar legislações e programas sociais orientados especificamente a eles. Isso, em parte, foi impulsionado pela Constituição de 1988, que dispõe, no capítulo da Seguridade Social, sobre relevantes temas sociais relacionados à população idosa, inclusive sobre a assistência social (art. 203). A presença dessas disposições na Constituição facilita e incentiva a criação de legislação complementar sobre o assunto.

No final de 1993, foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) — Lei nº 8 742, de 07.12.93 —, que, além de tratar da organização das políticas de assistência nas três esferas de governo, dispõe sobre medidas específicas como a garantia de um salário-mínimo de benefício mensal ao idoso que comprovadamente não possuir meios de prover sua própria manutenção ou de tê-la provida por sua



família (art. 2º, V; e art. 20), em torno dos quais devem ser articulados os demais programas de assistência governamentais (art. 24). Logo em seguida, em 4 de janeiro de 1994, foi aprovada a Lei nº 8 842, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1 948, de 3 de julho de 1996, que passa a constituir a Política Nacional do Idoso. Tal política passa a integrar o Programa Nacional de Direitos Humanos, publicado em março de 1996, e parte do princípio de que o envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, o que reforça a relevância de se garantirem direitos de cidadania e proteger os idosos de quaisquer formas de discriminação.

As diretrizes da Política Nacional do Idoso buscam viabilizar sua integração às demais gerações; descentralizar políticas, planos e projetos a ele direcionados, tornando-o agente participativo na formulação, implementação e avaliação desses mesmos projetos; dar prioridade às famílias no atendimento aos idosos, em detrimento do atendimento asilar; assegurar prioridade aos idosos no acesso a serviços de órgãos públicos e privados; implementar sistemas de informações; e capacitar prestadores de serviços. O cumprimento de ações que contemplem essas diretrizes passa a englobar uma rede de órgãos públicos no nível federal de governo, entre eles o Instituto Nacional de Seguro Social e os Ministérios de Previdência e Ação Social, Planejamento e Orçamento, Saúde, Educação, Desporto, Cultura, Trabalho e Justiça, que atuam sob coordenação do Conselho Nacional da Seguridade Social e de conselhos setoriais. Além disso, a Política Nacional do Idoso prevê a possibilidade de articulação de entidades governamentais com organizações não governamentais para viabilizar a capacitação de recursos humanos.

Posteriormente, em novembro de 1996, o Ministério da Previdência e Assistência Social publica a Política de Atenção ao Idoso, na qual propõe diversas metas concretas de assistência ao idoso, baseadas nas diretrizes da Política Nacional do Idoso. Entre essas metas consta o atendimento a mais de 270 mil pessoas acima de 60 anos, e a concessão do benefício de prestação continuada a 120 mil pessoas com mais de 70 anos. A estratégia de atendimento não asilar resultou na proposta de ações baseadas em seis tipos de instituições:

- Centro de Convivência, cujo objetivo é a integração com as famílias, com outros idosos e outras gerações.
 - Centro de Cuidados Diurnos, que busca o atendimento ao idoso dependente.
 - Casa Lar, para idosos que não podem contar com a família para sua manutenção.
 - Atendimento Domiciliar, cujo objetivo é prestar serviços ao idoso sem retirá-lo de sua família ou comunidade.
-



- Atendimento Asilar, prestado excepcionalmente aos idosos dependentes sem família ou incapazes de prover sua subsistência por outros meios.
- Oficinas Abridadas de Trabalho, cujo objetivo é utilizar ou desenvolver a capacidade produtiva dos idosos.

Em meados de 1997, o Ministério da Previdência e Assistência Social consolidou parcerias com organizações governamentais e não governamentais (inclusive associações de idosos), para editar o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (PAG-PNI). As diretrizes são bastante semelhantes aos planos e políticas anteriores; porém, as metas mais são ambiciosas. Elevou-se de pouco mais de 270 mil para 408 mil o público-alvo dos programas de projetos, e de 120 mil para 315 mil os beneficiários de prestação continuada. Os valores foram orçados em torno de R\$ 191 milhões para a prestação dos serviços, dos quais cerca de 88% destinam-se ao pagamento dos benefícios de prestação continuada. A tabela 1 mostra diversos outros projetos e suas respectivas metas de atendimento aos idosos. Nesta, é possível notar-se que, apesar dos esforços de integração entre os diversos setores do governo, a alocação orçamentária específica para o atendimento aos idosos existe tão-somente no âmbito dos benefícios de prestação continuada e nos projetos de apoio à pessoa idosa, sob responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social.



TABELA 1
Projetos de Atendimento, Metas e Recursos Destinados ao PAG-PNI
Brasil — 1996

Atendimento	Meta	Recursos
Benefícios de Prestação Continuada	315 mil beneficiados	R\$ 170,4 milhões
Centros de Convivência para Idosos	280 mil beneficiados	Sem especificação
Projetos de Apoio à Pessoa Idosa	408 mil beneficiados	R\$ 20,9 milhões
Seminários de Direitos Humanos para Multiplicadores	Seis seminários	Sem especificação
Formação de Recursos Humanos em Diversas Áreas	Sem especificação	Sem especificação
Reinserção no Mercado de Trabalho e Combate à Discriminação	Implementar microunidades produtivas para qualificação profissional	R\$ 290 milhões com diversos outros programas
Programa Nacional de Vida Ativa para Esportes e Lazer	30 mil beneficiados	Sem especificação
Programa Clube da Maior Idade de Turismo	170 mil beneficiados	Sem especificação

Fonte: PAG-PNI.



ASPECTOS SOBRE A MORBIDADE DOS IDOSOS NO BRASIL

André Nunes*

1 Introdução

O crescimento do número de idosos no país, resultado da redução da fecundidade e da mortalidade, provoca importantes consequências sobre as demandas da sociedade, principalmente nos setores de saúde e previdência social. Nossa preocupação é centrada na parcela da transição epidemiológica;¹ em outras palavras, nas alterações do perfil de morbidade provocadas por esse incremento da população idosa.

É interessante lembrar que as diferenças individuais dificultam a associação do envelhecimento à idade cronológica. Esta última fornece-nos uma aproximação do processo de envelhecimento, pois o organismo humano nem sempre respeita a idade cronológica, e é freqüente que pessoas *idasas* tenham físico e intelecto *mais jovens* do que outras cronologicamente mais novas. Entretanto, é convencional considerar-se a existência de uma fronteira, que se situa perto dos 65 anos. Assim, trabalharemos o perfil de morbidade hospitalar das pessoas entre 60 a 80 ou mais anos.

As alterações nos padrões de morbidade não se comportaram de forma similar ao ocorrido com os padrões de mortalidade. Enquanto se observou, desde a década de 30, uma queda constante nos índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, estas continuaram com altas taxas de prevalência entre as principais causas de morbidade da população.

As alterações do perfil epidemiológico estão também associadas ao envelhecimento da população. Prata (1992) mostra que, em 1930, cerca de 46% de todos os óbitos nas capitais brasileiras deviam-se a doenças infecto-parasitárias, e 12% eram relacionados com doenças de sistema circulatório. Em 1995, essa estatística apresentou-se completamente alterada, com 7% de óbitos por doenças infecto-parasitárias e 33% por doenças do sistema circulatório. Outro tipo de óbito fre-

* Consultor da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do IPEA..

1 Transição epidemiológica são as alterações no quadro de morbidade e mortalidade da população. Neste trabalho, são tratadas apenas as questões ligadas à morbidade.



qüentemente relacionado com o envelhecimento – os neoplasmas – aumentou de 3%, em 1930, para 12%, em 1995.

As décadas recentes vêm experimentando uma elevação do número de casos de tuberculose, hanseníase, malária e leishmaniose. Nesta década de 90, observou-se a reintrodução da dengue e do cólera. Outro processo importante diz respeito à expansão da ocorrência de doenças endêmicas, como a esquistossomose e a doença de Chagas, que, associadas ao processo de urbanização e migração, tornaram-se prevalentes em centros urbanos, além das áreas rurais onde tradicionalmente ocorriam. Esse conjunto de modificações na ocorrência das doenças transmissíveis caracteriza-se por uma tendência inversa ao verificado para os indicadores de mortalidade [Barros *et alii*, 1996]. Em outras palavras, a queda acentuada da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias não é acompanhada de redução, na mesma magnitude, na morbidade por esse grupo de patologias, que ocupa o terceiro lugar em termos do total de internações hospitalares.

A redução da letalidade de algumas doenças ou agravos, provavelmente induzida por um conjunto de ações centradas nos serviços curativos de saúde, devido a novas tecnologias e maior acesso à rede prestadora de serviços, não tem sido capaz de interferir no padrão de ocorrência de determinadas doenças, pois não atua em seus determinantes. Tal fato provoca uma dissociação cada vez maior entre o padrão de mortalidade e o de morbidade, pois nem toda enfermidade é letal. Indicadores de mortalidade refletem apenas parcialmente o perfil epidemiológico de uma população.

A forma ideal de se produzirem informações sobre a morbidade é a realização de inquéritos sobre doenças específicas. Na falta dessa informação, utilizou-se o sistema de informações sobre internação hospitalar do Ministério da Saúde (DATASUS). Investigou-se o total de internações realizadas pelo SUS no ano de 1997, em um total de aproximadamente 11,87 milhões de internações separadas por causa principal, idade e sexo.

A limitação é a utilização da frequência de internações como *proxy* de morbidade, quando assumimos que os grupos de procedimentos mais frequentes estejam relacionados às principais causas de morbidade da população idosa.

Finalmente, parece relevante, mesmo que em caráter exploratório, a construção de padrões de morbidade, pois estes se apresentam bastante diferenciados dos padrões de mortalidade, ou melhor, das estatísticas de causas de óbitos.² Pode-se veri-

2 É comum associar-se o padrão de distribuição de óbitos, construído por intermédio dos capítulos CID, com a morbidade da população.



22 COMO VAI ?

ficar, por exemplo, a importância dos neoplasmas na estrutura da mortalidade dos idosos [Vasconcelos, 1999]. Porém, se observamos os padrões de morbidade construídos por meio das frequências de internação, essa causa não aparece como mais frequente em nenhum dos grupos etários considerados.

O conhecimento dos diferenciais epidemiológicos entre as faixas etárias e entre os sexos pode ser importante na construção de políticas públicas focalizadas, como, por exemplo, a criação de programas de intervenção mais intensa sobre a hipertensão arterial, que está na base de um complexo de doenças que acometem principalmente a população idosa.

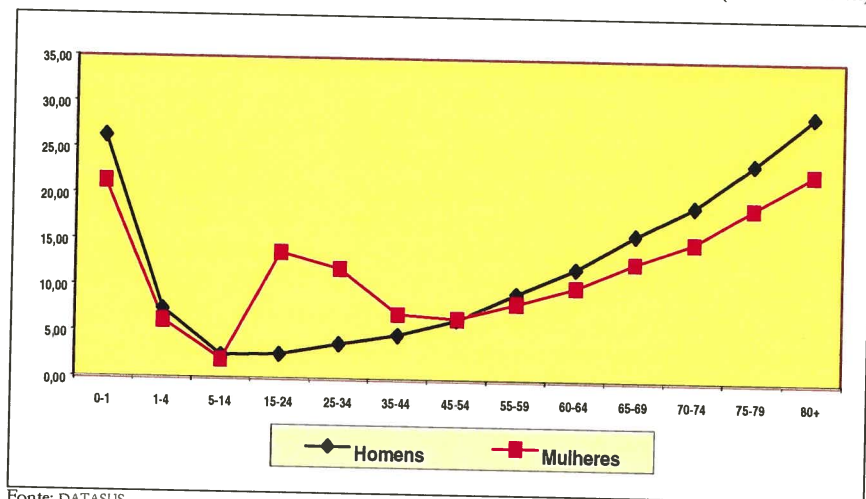
2 As Taxas de Utilização

O gráfico 1 apresenta uma comparação das taxas de utilização dos serviços de internação hospitalar no SUS. Essa taxa foi construída pela ponderação entre as frequências de internação e o número de habitantes em cada faixa etária.



GRÁFICO 1
Taxa de Utilização no SUS
por Sexo e Faixa Etária — 1997

(Por 100 habitantes)



Fonte: DATASUS.

Observa-se que a elevação das faixas etárias incrementou a utilização do SUS. Tal incremento é nítido para os homens, principalmente a partir da faixa etária de 45/54 anos. No caso das mulheres, a curva de utilização apresenta uma *barriga* na faixa etária da idade reprodutiva, ocasionada pelos procedimentos obstétricos.

É curioso observar que, proporcionalmente, os homens idosos utilizam mais procedimentos de internação do que as mulheres. Esse fato pode ser um indicativo de que o processo de envelhecimento do homem é qualitativamente pior do que o da mulher, fato ratificado por todos os índices de sobrevida, sempre favoráveis ao sexo feminino.



3 O Perfil da Morbidade Hospitalar

Considerando-se que a fronteira exata entre o envelhecimento e a idade cronológica é de difícil mensuração, optou-se por analisar as principais causas de internação, por sexo e por faixas etárias, a partir dos 60 até os 80 ou mais anos. Entretanto, antes de iniciarmos a discussão sobre essas faixas etárias, convém uma rápida apresentação a respeito da estrutura da morbidade das faixas etárias mais jovens.

Para o primeiro corte realizado, na faixa etária de menos de um ano, independentemente do sexo, as oito principais causas de morbidade são idênticas. Destacam-se as afecções pulmonares, as enteroinfecções e as outras afecções do neonatal. A segunda faixa etária (de 1 a 4 anos) também apresenta quadro de morbidade bastante similar: as afecções pulmonares, as enteroinfecções e a crise asmática são as mais freqüentes. A próxima faixa etária (de 5 a 14 anos) apresenta maior dispersão de causas de morbidade; os três procedimentos anteriormente mais freqüentes continuam os mesmos, porém em freqüência mais reduzida.

As duas faixas etárias subseqüentes (de 15 a 24 e de 25 a 34 anos) apresentam uma configuração de causas mais freqüentes completamente diferenciada por sexo. Para as mulheres, as causas obstétricas³ (parto normal e parto cesáreo) são dominantes. No grupo masculino, as principais causas são as afecções pulmonares e as internações psiquiátricas.

Para as mulheres na faixa de 35 a 44 anos, os procedimentos obstétricos continuam sendo os mais freqüentes e surgem como significativos os procedimentos de cirurgias do aparelho reprodutor e as internações em psiquiatria. No grupo masculino, nessa mesma faixa etária, as internações por psiquiatria continuam como a causa mais freqüente, seguidas das afecções pulmonares.

Na faixa que vai de 45 a 54 anos, as cirurgias do aparelho reprodutor são as causas mais freqüentes entre as mulheres, seguidas das internações em psiquiatria. A insuficiência cardíaca, a emergência hipertensiva e a insuficiência respiratória, causas que serão as mais freqüentes nos grupos mais idosos, aqui aparecem como o terceiro, quinto e sexto grupos mais freqüentes de internação. Para os homens, continuam liderando a relação as internações em psiquiatria, seguidas da insuficiência cardíaca e das afecções pulmonares.

3 Apesar de partos normais e cesarianos não serem procedimentos relacionados a estados mórbidos, em razão de sua freqüência e relevância optamos por não excluí-los de nossa análise.



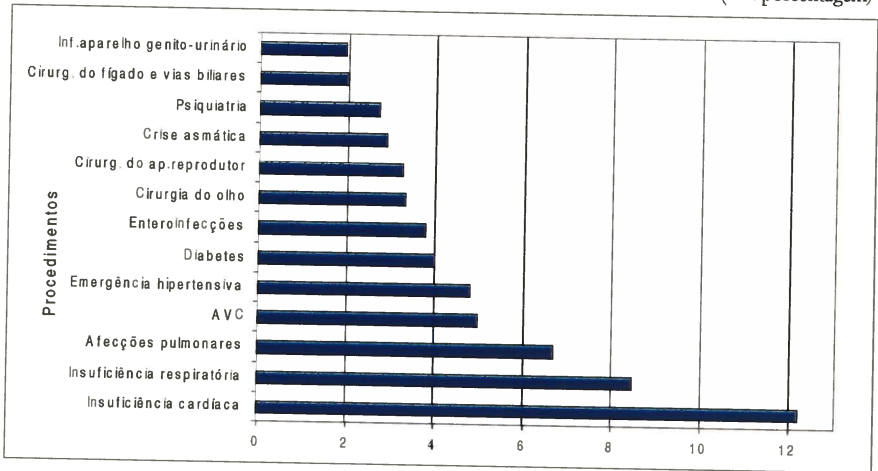
Nas faixas etárias acima de 55 anos, a insuficiência cardíaca passa a ser o grupo de procedimento de maior frequência. A insuficiência cardíaca apresenta frequência ascendente com o crescimento das faixas etárias. Esta cresce de cerca de 9%, na faixa de 55 a 59 anos, para aproximadamente 17%, no grupo de 80 e mais anos. Os gráficos de 2 a 7 apresentam os procedimentos de internação mais comuns para as faixas etárias a partir de 60 anos.

3.1 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 60 a 69 anos

O gráfico 2 mostra o percentual de procedimentos para o sexo feminino na faixa etária de 60 a 69 anos. Neste, como nos demais gráficos apresentados, procuramos identificar os procedimentos que representassem cerca de 60% das internações hospitalares. Os outros 40% são compostos por aproximadamente 360 outros procedimentos de internação hospitalar.

GRÁFICO 2
Procedimentos de Maior Frequência no SUS
Sexo Feminino de 60 a 69 Anos

(Em porcentagem)



O gráfico 3 mostra os procedimentos mais frequentes para o sexo masculino. Observa-se que a insuficiência cardíaca é mais frequente para ambos os sexos, seguida da insuficiência respiratória. Com poucas exceções, os procedimentos de homens e mu-



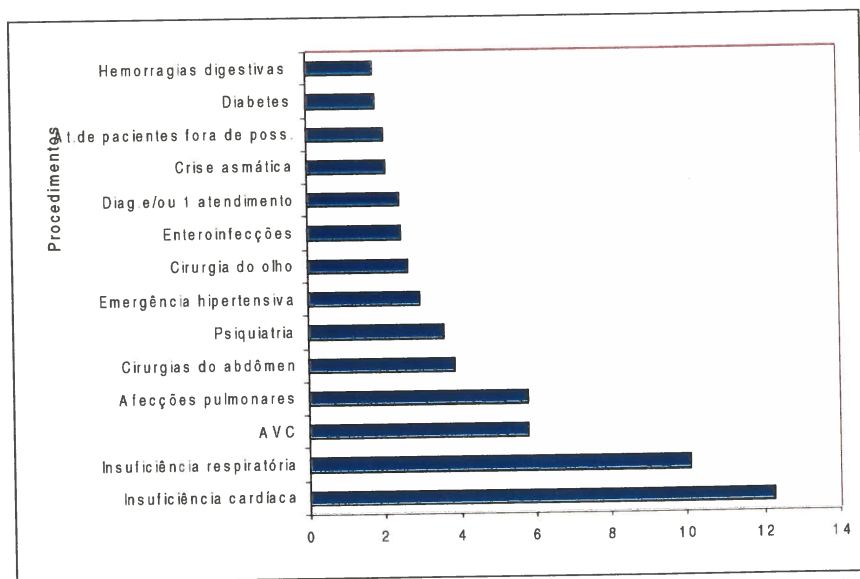
lheres são bastante parecidos, alternando-se apenas os percentuais de participação por sexo.

GRÁFICO 3

Procedimentos de Maior Freqüência no SUS
Sexo Masculino de 60 a 69 Anos

(Em porcentagem)

3.2 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 70 a 79 Anos

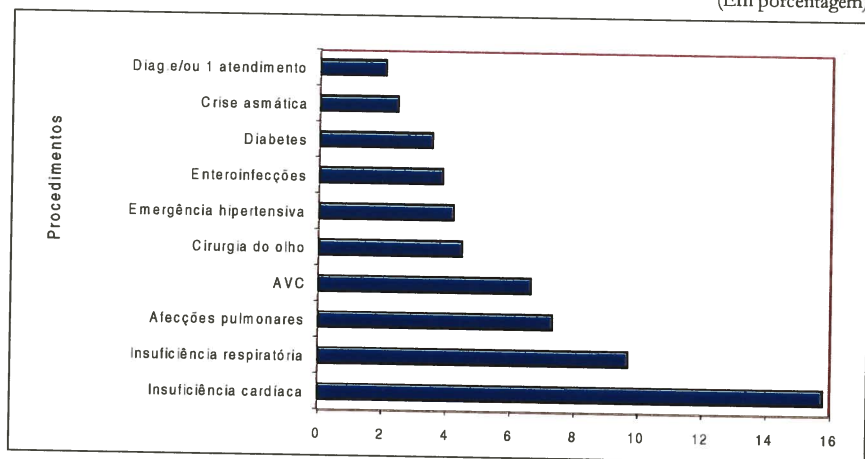


O gráfico 4 apresenta os procedimentos mais comuns para as mulheres na faixa etária de 70 a 79 anos. Os quatro primeiros procedimentos são os mesmos da faixa etária anterior, todos com aumento de sua participação percentual, com destaque para as insuficiências cardíacas, que se elevam de 12% para 16%.



GRÁFICO 4
Procedimentos de Maior Frequência no SUS
Sexo Feminino de 70 a 89 Anos

(Em porcentagem)



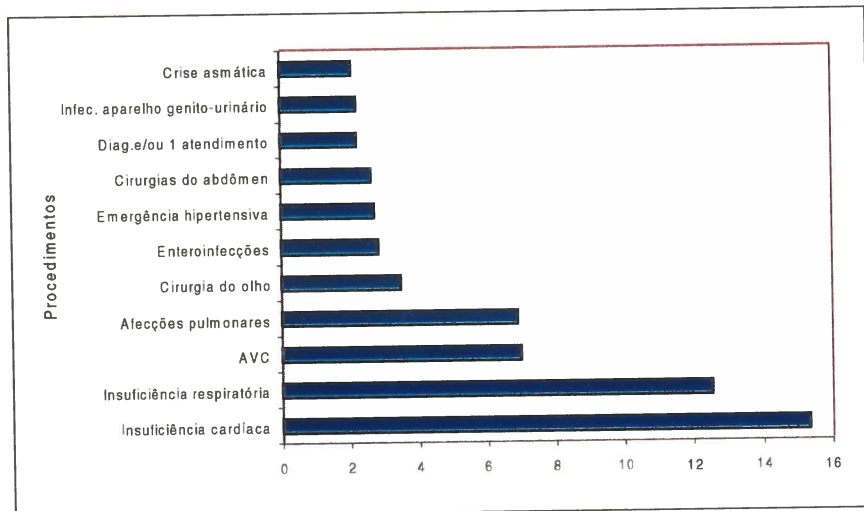
Os procedimentos mais frequentes para o sexo masculino (ver gráfico 5) apresentam comportamento similar aos das mulheres, e repetem os quatro mais frequentes da faixa etária anterior. Nestes, observa-se elevação da participação percentual.

O diabetes continua como uma das causas mais frequentes para as mulheres, e não aparece para o sexo masculino. Para os homens, como já acontecia na faixa etária imediatamente mais jovem, um dos procedimentos mais comuns são as cirurgias do abdômen, ausentes em todas as faixas etárias femininas analisadas.



GRÁFICO 5
 Procedimentos de Maior Frequência no SUS
 Sexo Masculino de 70 a 79 Anos

(Em porcentagem)



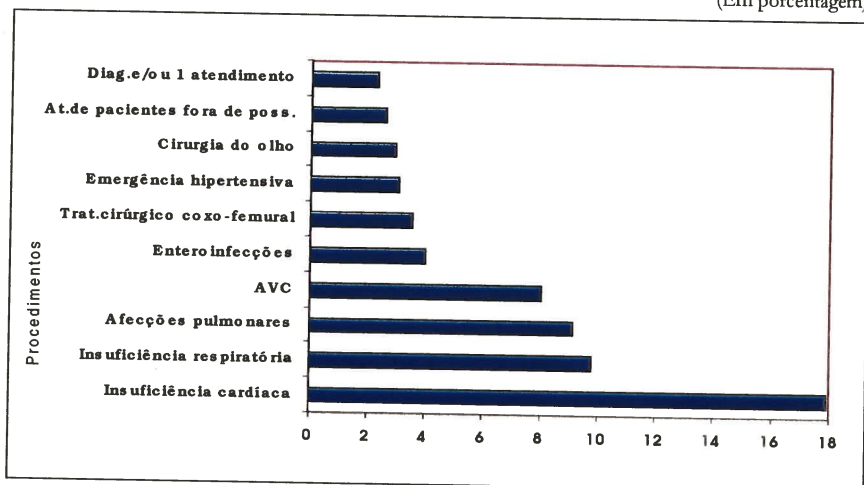
3.3 Procedimentos de Internação na Faixa Etária de 80 e mais Anos

O gráfico 6 mostra os procedimentos mais frequentes para o sexo feminino na faixa etária de 80 e mais anos. Os quatro procedimentos mais frequentes permanecem os mesmos, com elevação percentual da participação das afeções pulmonares e dos AVC. A novidade é o aparecimento dos procedimentos relacionados a tratamentos cirúrgicos coxo-femorais, muito provavelmente ocasionados por fraturas decorrentes de quedas e de osteoporose.



GRÁFICO 6
Procedimentos de Maior Frequência no SUS
Sexo Feminino de 80 e Mais Anos

(Em porcentagem)



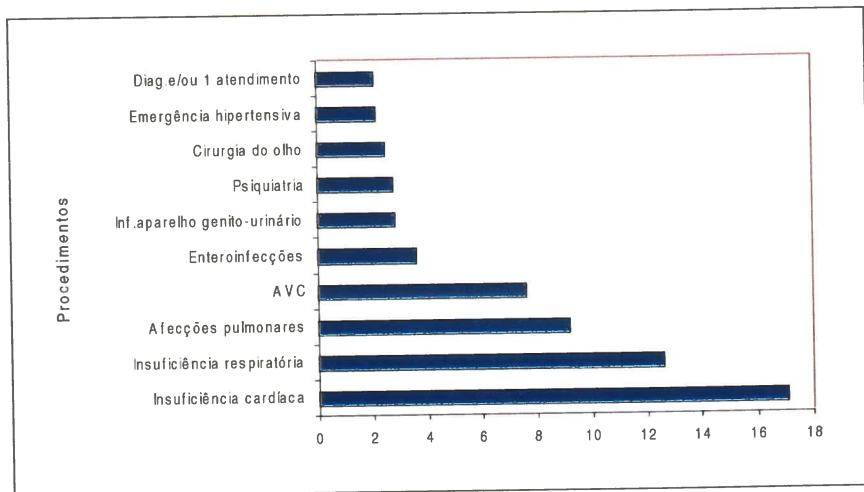
Para o sexo masculino, na faixa etária de 80 e mais anos (ver gráfico 7), observa-se também elevação da participação percentual das afecções pulmonares e dos AVC, mantendo-se o padrão dos quatro procedimentos mais frequentes. Volta a aparecer, como nas faixas etárias mais jovens, o procedimento de internações por motivos psiquiátricos.



GRÁFICO 7

Procedimentos de Maior Frequência no SUS
Sexo Masculino de 80 e Mais Anos

(Em porcentagem)



4 Considerações Finais

O perfil da morbidade hospitalar dos idosos é bastante diferenciado daquele das faixas etárias mais jovens. Nestas, a diferenciação de morbidade por sexo é bastante acentuada. Para as mulheres, predominam as causas obstétricas. No sexo masculino, são mais frequentes as afecções pulmonares e as internações em psiquiatria. Nos grupos de pessoas de mais idade, os padrões de morbidade apresentam-se menos heterogêneos. A partir dos 60 anos, as internações por insuficiência cardíaca e por insuficiência respiratória são a primeira e a segunda causa de internação para ambos os sexos. A terceira e a quarta causa de internação se revezam (dependem da faixa etária considerada) entre as afecções pulmonares e os acidentes vasculares cerebrais.

As emergências hipertensivas e as enteroinfecções também estão sempre presentes em ambos os sexos, mas variam seu lugar na relação em função da faixa etária considerada. Outra causa bastante comum, para os dois sexos, embora não es-



teja relacionada entre as dez mais frequentes para todas as faixas etárias, é a crise asmática. As outras causas de internação apresentam comportamento mais heterogêneo; destacam-se, para as mulheres, as cirurgias do aparelho reprodutor, o diabetes e o tratamento cirúrgico coxo-femural; para os homens, as internações em psiquiatria, as cirurgias do abdômen e as infecções do aparelho genito-urinário.

Uma política de saúde pública que focalizasse a redução do quadro de morbidade dos idosos (por meio da compressão da morbidade) teria de, necessariamente, engendrar programas de prevenção e controle da insuficiência cardíaca, da hipertensão e dos AVC, indistintamente para homens e mulheres.

Programas de prevenção e controle do diabetes e da osteoporose produziriam melhorias nos padrões de morbidade do segmento idoso feminino. Já o controle ambulatorial das infecções genito-urinárias e os programas de desospitalização (no modelo de hospital/dia) para pacientes com indicação de psiquiatria produziram benefícios mais localizados para os homens.

De modo geral, a redução de diversas doenças crônicas pode estar relacionada a intervenções de controle sobre a pressão arterial, tanto no nível preventivo (consumo de sal e álcool em excesso) quanto em ações curativas advindas da atenção primária. Quanto ao controle de diversas doenças respiratórias e vários tipos de câncer, é consensual o papel do cigarro como fator de alto risco.

Programas adicionais de custo reduzido como o Saúde em Casa e as internações domiciliares poderiam produzir inúmeros benefícios diretos: melhor prevenção das insuficiências cardíacas, dos AVC, assim como a prevenção e o controle da hipertensão, do diabetes, da asma e da osteoporose. Além disso, há outros benefícios indiretos, como a redução das infecções hospitalares e a adequação da residência às condições de mobilidade das pessoas idosas, para evitar quedas e possíveis fraturas.

É bastante provável que esses programas, conjuntamente, produzissem redução nas frequências de procedimentos de internação e aumento da qualidade de vida das pessoas idosas, melhorando os padrões de morbidade e produzindo redução da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, E. M.; PIOLA, S. F. e SOLON, M. V. Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Texto para Discussão nº 401. IPEA, Brasília, 1996.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CD DATASUS, 1997.
- PRATA, P. R. A Transição Epidemiológica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 8 (2) p.168-175, abr-jun 1992. Rio de Janeiro, 1992.
- VASCONCELOS, A.M.N. A Mortalidade da População Idosa no Brasil, *in* Como Vai?, População Brasileira, IPEA, nº 3, ano III.
-



IDOSOS: DEPENDENTES FÍSICOS?

*Ana Amélia Camarano**

1 Introdução

Acredita-se que uma das características da população idosa que implica algum grau em dependência, com repercussões sobre os arranjos familiares, seja a incapacidade física. O que se espera é que, com o aumento da longevidade, a idade em que o indivíduo atinja a disabilidade crônica seja adiada. No entanto, o *timing* e a incidência de incapacidade física entre os mais idosos não são bem documentadas na literatura. Estimativas de Young para alguns países indicam que, aproximadamente, um quarto das pessoas de 65-74 anos são fisicamente incapazes. Essa proporção cresce com a idade; aproximadamente 40% dos que têm entre 75 e 84 anos e mais da metade da população de 85 anos e mais devem apresentar algum grau de incapacidade.¹

Este trabalho busca oferecer uma avaliação das condições de dependência física da população idosa brasileira, com base nas informações disponíveis, baseadas no Censo Demográfico de 1991, que buscou medir o nível de deficiência (física e mental) da população brasileira, e as informadas pelos benefícios por invalidez pagos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Assume-se que o indivíduo portador de deficiência apresenta menor grau de autonomia física. Reconhece-se que essas informações subenumeram o grau de deficiência da população idosa: o censo, por se tratar de auto-declaração; e os provenientes de recebimento do benefício por invalidez, por dependerem do grau de cobertura do INSS. Por idoso, está-se considerando a população de 60 anos e mais.

* Pesquisadora do IPEA.

1 Citado por Goldani (1992, p 250).



2 A Deficiência Física no Censo Demográfico

De acordo com os dados do Censo Demográfico de 1991,² aproximadamente 310 mil pessoas com mais de 60 anos, ou seja, 3,7% desse segmento populacional, possuíam algum tipo de deficiência física ou mental. Enquanto os idosos eram responsáveis por 7,2% da população total em 1991, detinham 23,7% das pessoas deficientes no total da população brasileira, o que indica que esse segmento é mais afetado por algum tipo de deficiência do que os demais grupos etários. Em relação a 1981, pode-se falar de redução da proporção de deficientes entre os idosos, pois, para esse ano, a PNAD estimou que, aproximadamente, 6,5% dos idosos brasileiros apresentavam algum grau de deficiência física.

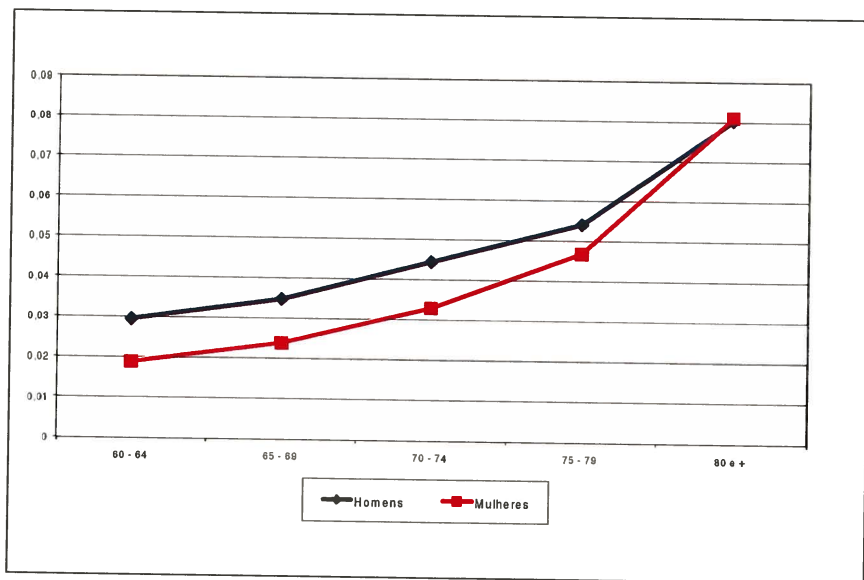
O gráfico 1 apresenta as taxas específicas de deficiência da população idosa brasileira, por sexo. Em primeiro lugar, observa-se que as taxas de deficiência crescem com a idade, como seria esperado, e são mais expressivas entre a população masculina. Entre os homens, as taxas de atividade variaram de 3,0%, entre os de 60 a 64 anos, a 8,1%, entre aqueles que tinham mais de 80 anos. Entre as mulheres de 60-64 anos, 1,9% declararam algum tipo de deficiência, proporção que atingiu 8,1% entre as mulheres com mais de 80 anos.

2 O Censo de 1991 apresentou as seguintes classificações para os deficientes:

- *Cegueira*, para a pessoa que é totalmente cega desde o nascimento ou que tenha perdido a visão posteriormente, por doença ou acidente.
 - *Surdez*, para a pessoa que é totalmente surda desde o nascimento (surdo-mudez) ou que tenha perdido a audição posteriormente, por doença ou acidente.
 - *Paralisia de um dos lados*, para a pessoa hemiplérgica.
 - *Paralisia das pernas*, para a pessoa paraplérgica, ou seja, pessoas com os membros inferiores paralisados.
 - *Paralisia total*, para a pessoa tetraplérgica, ou seja, com os membros superiores (braços) e inferiores (pernas) paralisados.
 - *Falta de membros(s) ou parte dele(s)*, para pessoas que não tenham um dos membros superiores ou inferiores, ou ambos, desde o nascimento ou por posterior amputação, devido a doença ou acidente.
 - *Deficiência mental*, para a pessoa com retardamento mental resultante de lesão ou síndrome irreversível que se manifesta durante a infância e se caracteriza por grande dificuldade de aprendizagem e adaptação social.
 - *Mais de uma*, para a pessoa portadora de mais de uma das deficiências enumeradas.
 - *Nenhuma das enumeradas*, para a pessoa que não tem nenhuma das deficiências enumeradas anteriormente ou para aquela que não é deficiente.
 - As pessoas que não apresentaram resposta à indagação foram registradas no grupo *sem declaração*.” Ver: Censo Demográfico 1991. Número 1. Brasil, p. 30.
-



GRÁFICO 1
Taxas Específicas de Deficiência Física ou Mental da População Brasileira Idosa
1991

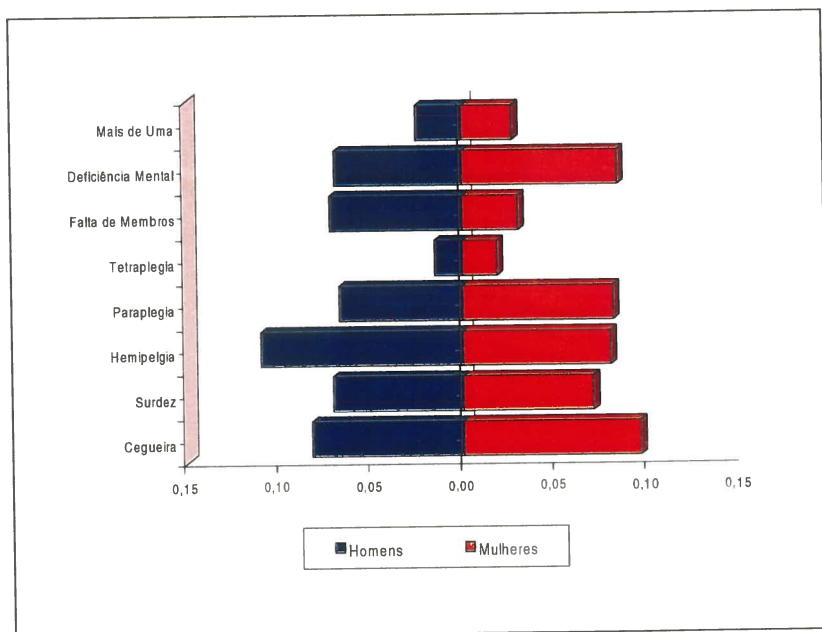


Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1991.

O gráfico 2 mostra a distribuição proporcional das deficiências entre a população de 60 anos e mais, por tipo e sexo. Como se viu, os homens idosos eram mais atingidos por algum tipo de deficiência do que as mulheres, com predominância de hemiplegia, cegueira e falta de membros. O número de homens que apresentava falta de algum membro superou em mais de duas vezes o de mulheres. Isso pode estar associado ao fato de os homens estarem mais expostos ao risco de contrair acidentes de trânsito, de trabalho, etc. Por outro lado, entre as mulheres predominavam as deficiências por cegueira, paraplegia e hemiplegia. Em 1981, a cegueira e a hemiplegia também foram as principais causas de deficiência entre a população idosa, mas, nesse caso, foi considerada toda a população idosa, ou seja, ambos os sexos.



GRÁFICO 2
 Proporção das Deficiências Entre a População Brasileira Idosa por Tipo e Sexo
 1991



Fonte: IBGE, Microdados do Censo Demográfico 1991.

O quadro 1 apresenta a principal causa de deficiência entre a população idosa brasileira, por sexo e grupos de idade. Entre os homens até os 75 anos, predominava a hemiplegia e, a partir dessa idade, a cegueira. Entre as mulheres abaixo de 70 anos, predominavam as deficiências mentais, e, a partir dos 70 anos, a cegueira. Essas informações lamentavelmente não permitem avaliar em que medida essas deficiências físicas acarretam algum tipo de dependência de cuidados pessoais. Em alguns casos como a cegueira, é bastante clara a associação entre dependência e deficiência, o que, nesse caso, representa aproximadamente 2% da população de mais de 80 anos. Aproximadamente 1% desses idosos declarou estar com paralisia total, o que também indica dependência total. Mesmo ao considerar-se que todas as deficiências impliquem dependência de cuidados pessoais, essa dependência, tal como



declarada no Censo, não atinge mais do que 8,1% da população idosa. Em pesquisa domiciliar feita para o município de São Paulo, observou-se que 10% dos idosos³ residentes em domicílios particulares, em 1984, possuíam algum tipo de deficiência que requeria cuidados pessoais em tempo integral.⁴

QUADRO 1
Principais Causas de Deficiências entre os Idosos Brasileiros
por Sexo e Grupos de Idade

Idade	Homens	Mulheres
60 – 64	Hemiplegia	Deficiência mental
65 – 69	Hemiplegia	Deficiência mental
70 – 74	Hemiplegia	Cegueira
75 – 79	Cegueira	Cegueira
80 e +	Cegueira	Cegueira

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1991.

3 Benefícios por Invalidez da Previdência Social

Outra forma de avaliar-se o grau de incapacidade física da população idosa é por intermédio dos benefícios de aposentadoria por invalidez pagos à população idosa pelo Instituto Nacional de Seguridade Social. Em 1997, esses benefícios respondiam por 15% do total de benefícios de aposentadoria pagos à população urbana, e menos de 1% dos benefícios pagos à população rural (ver tabela 1). Ou seja, se essas proporções são realmente um indicador de dependência física, pode-se falar de uma dependência muito baixa por invalidez, especialmente nas áreas rurais, o que, nesse caso, deve estar também associado à menor contribuição para a previdência social nessas áreas, o que limita a cobertura do benefício.

No total dos benefícios por invalidez, os idosos residentes nas áreas urbanas eram responsáveis por 57% do seu total, e os residentes na área rural, por 25%. Ou seja, nas áreas rurais, a grande maioria dos benefícios pagos por invalidez foram para pessoas com menos de 60 anos. Nas áreas urbanas, as mulheres recebiam uma proporção maior de benefícios por invalidez do que a população masculina; nas áreas rurais, o inverso se verifica. Comparando-se a 1995, poucas variações foram observadas nas proporções dos benefícios por invalidez no total de benefícios pa-

3 Nesse capítulo, idoso foi definido como a população de 65 anos e mais.

4 Ver Ramos (1990, p 164).



gos pelo INSS. A população masculina urbana experimentou pequena redução nessa proporção, conforme se observa na tabela 1.

TABELA 1
Distribuição Percentual da População de 60 Anos e
Mais que Recebe Algum Benefício Previdenciário
Brasil – 1995, 1996 e 1997

Ano	Urbano		Rural	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
<i>Invalidez total</i>				
1995	15,7	19,0	1,2	0,2
1996	14,8	18,7	1,5	0,2
1997	13,9	18,3	1,7	0,2
<i>Invalidez por Idade</i>				
1995	54,9	57,7	27,9	20,7
1996	55,7	59,2	29,4	19,4
1997	55,7	59,7	30,9	18,5

Fonte: DATAPREV, Sistemas de Benefícios, Plano Tabular da DIGLE.

4 Síntese dos Resultados

Do que foi visto, parece que se pode dizer, mesmo levando-se em conta as restrições dos dados, que a deficiência física não parece atingir parcela muito importante da população idosa. Além disso, essa parcela tem decrescido no tempo, ou seja, entre 1981 e 1991. Nos dois anos pesquisados, a cegueira e a hemiplegia foram as principais causas de deficiência entre a população idosa.

Em termos de benefícios pagos por invalidez pelo INSS, não foram os idosos os responsáveis pela maior parcela dos benefícios pagos na segunda metade desta década. É claro que isso não reflete apenas menor invalidez por parte dos idosos, mas pode estar refletindo um efeito coorte. Ou seja, os idosos de hoje pertencem a gerações que foram menos protegidas pela seguridade social.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GOLDANI, Ana Maria (1992). Families in latter years in Brazil: burdens of family care giving care to the elderly and the role of public policy *in*: SAWYER, Diana Owaya e MacCRACKEN S. D. *in*: The young and the elderly: issues on morbidity and mortality. Belo Horizonte, CEDEPLAR, pp. 245-277.
- RAMOS, Roberto Luís e SAAD, Paulo M. (1990). Morbidade da População Idosa *in*: Fundação SEADE, *O Idoso na Grande São Paulo*, Coleção da Realidade Paulista, São Paulo, pp. 162-172.
-

COMO VAI? POPULAÇÃO BRASILEIRA

IPÊAIRIO
DOCUMENTAÇÃO

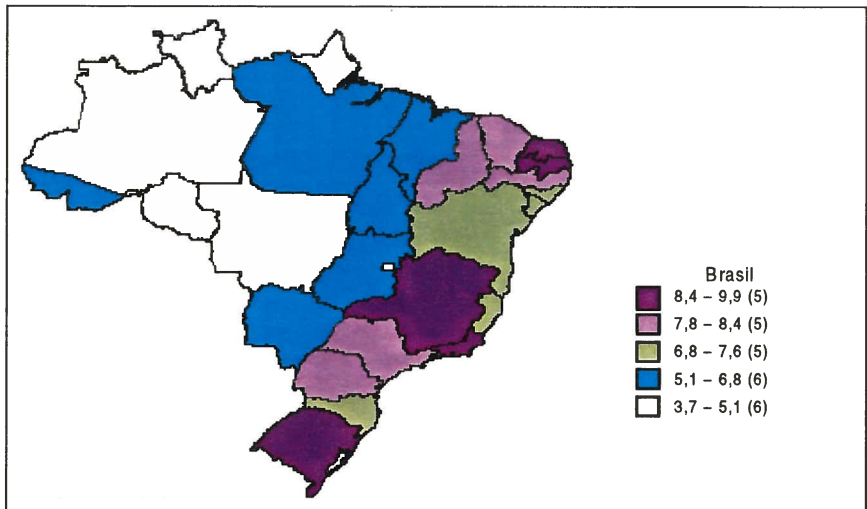
ANO IV Nº 2

BRASÍLIA, DF

Setembro/99

PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

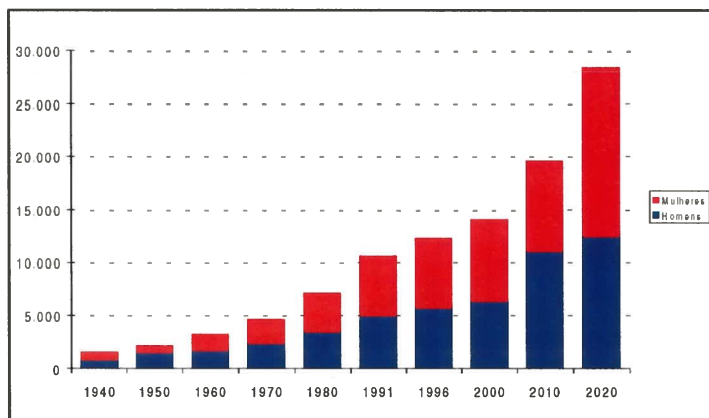
MAPA 1
Proporção da População Idosa no Total da
População Brasileira por UF
Brasil, 1996



Fonte: IBGE, Contagem Populacional de 1996.

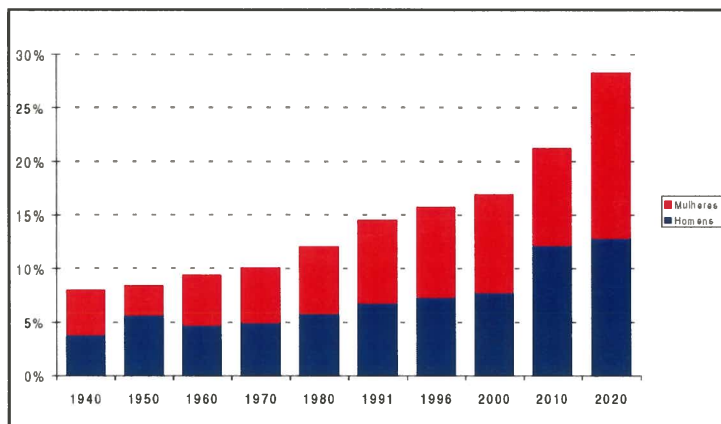


GRÁFICO 1
Número de Pessoas de 60 Anos e Mais por Sexo
Brasil, 1940-2020



Fonte: IBGE, vários Censos Demográficos; e Projeções IPEA.

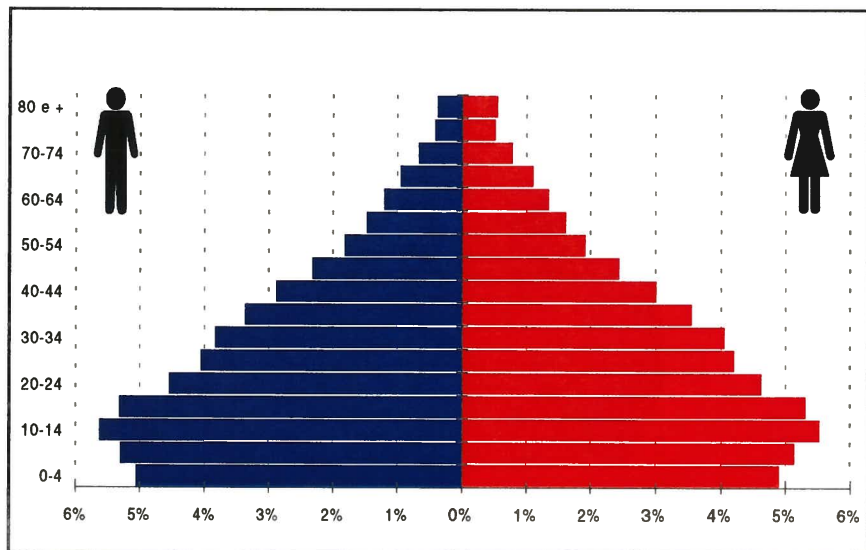
GRÁFICO 2
Proporção de Pessoas de 60 Anos e Mais
na População Total por Sexo
Brasil, 1940-2020



Fonte: IBGE, vários Censos Demográficos; e Projeções IPEA.



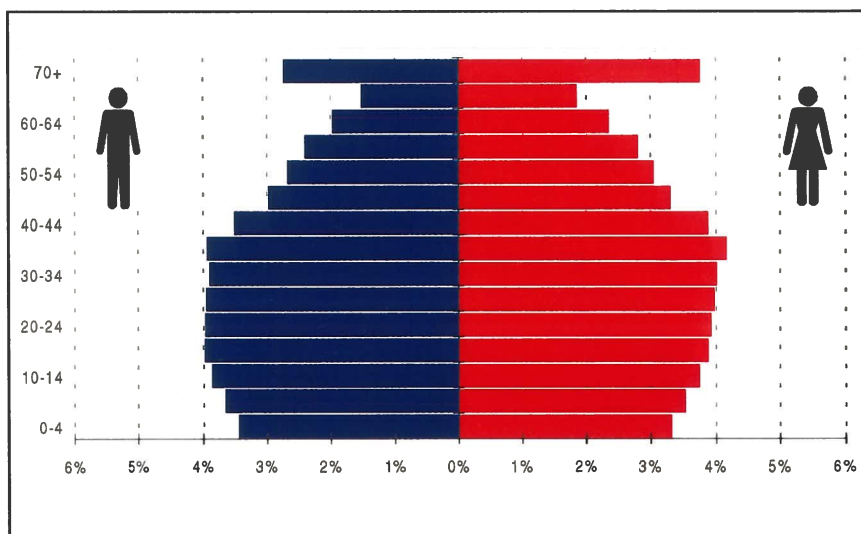
GRÁFICO 3
Distribuição Etária da População
Brasil, 1996



Fonte: IBGE, Contagem Populacional de 1996.



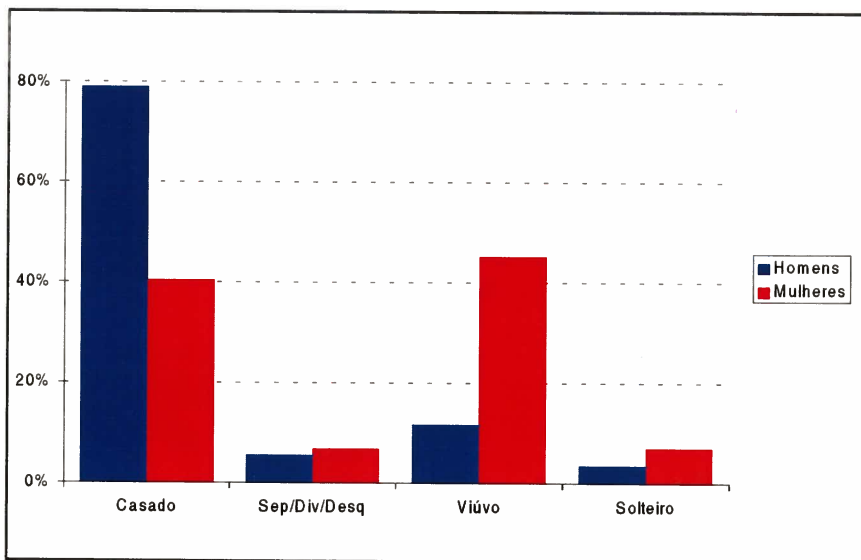
GRÁFICO 4
Distribuição Etária da População
Brasil, 2020



Fonte: IPEA – Projeções Populacionais.



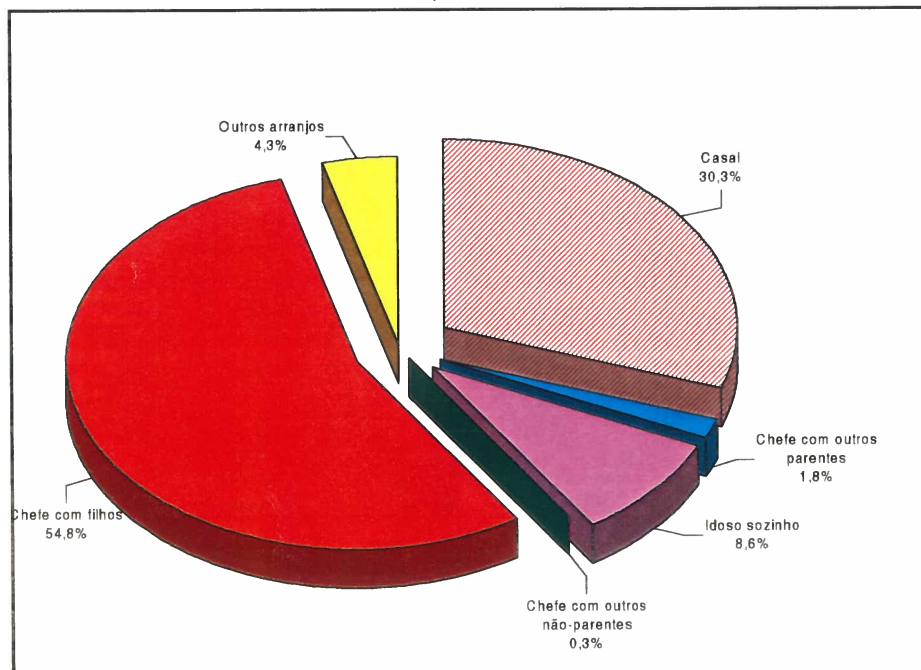
GRÁFICO 5
Distribuição dos Idosos por Estado Conjugal e Sexo
Brasil, 1995



Fonte: IBGE, PNAD 1995.



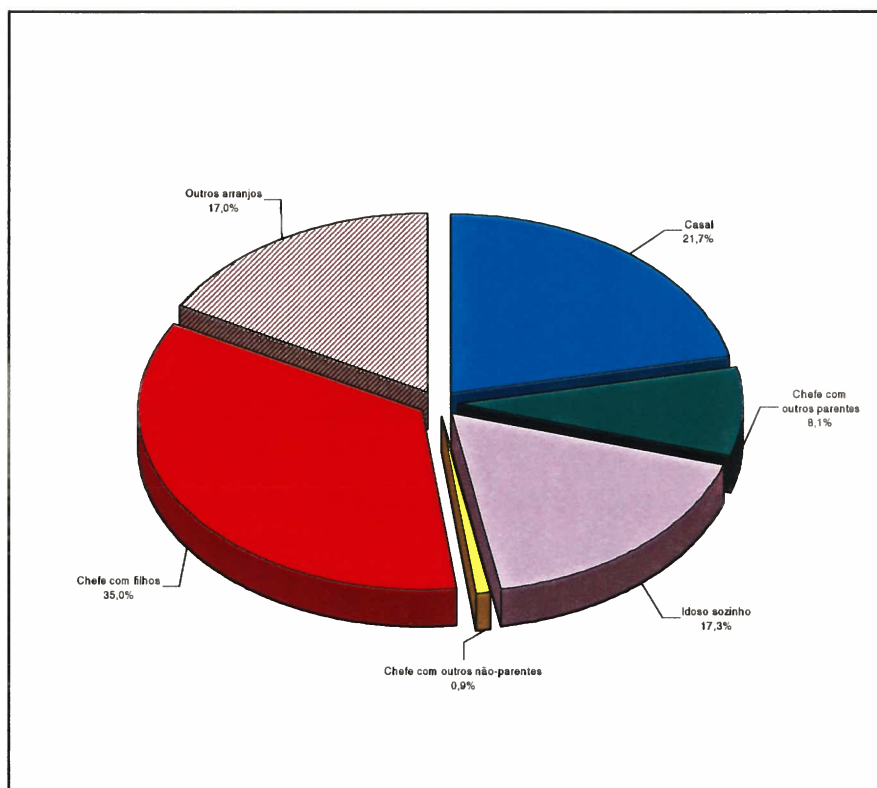
GRÁFICO 6
Distribuição da População Idosa por Arranjos
Familiars em Famílias Com Homens Idosos
Brasil, 1997



Fonte: IBGE, PNAD 1997.



GRÁFICO 7
Distribuição da População Idosa por Arranjos Familiares
em Famílias com Mulheres Idosas
Brasil, 1997



Fonte: IBGE, PNAD 1997.



TABELA 1
Distribuição da População Idosa segundo
Algumas Características e Grandes Regiões
Brasil, 1997

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Arranjos familiares						
Casal	12,76	18,14	25,84	32,23	25,06	24,22
Chefe com outros parentes	11,72	10,57	5,75	5,71	9,03	7,43
Sozinho	19,88	20,78	20,98	22,91	21,81	21,22
Chefe com outros não-parentes	0,65	1,10	0,81	0,79	0,86	0,89
Chefe com filhos	40,94	32,66	27,80	24,42	26,70	28,99
Outros arranjos	14,04	16,76	18,83	13,93	16,54	17,25
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Idade						
60-64	30,86	28,70	32,33	33,21	35,21	31,53
65-69	25,22	24,40	27,54	27,42	27,59	26,56
70-74	17,62	18,82	18,01	17,84	16,65	18,13
75-79	11,64	13,56	11,24	11,37	10,02	11,87
80 e +	14,66	14,52	10,89	10,17	10,52	11,91
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Condição na atividade						
PEA	32,53	38,59	25,72	35,59	35,09	31,55
Não PEA	67,47	61,41	74,28	64,41	64,91	68,45
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Casa própria						
Com casa própria	91,79	87,17	82,55	86,75	81,77	84,76
Sem casa própria	8,21	12,83	17,45	13,25	18,23	15,24
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Anos de estudo						
Menos de 1 ano ou sem instrução	50,19	62,86	32,42	30,92	49,58	42,25
1 a 4 anos	29,87	25,17	44,72	46,31	34,95	38,45
5 a 8 anos	12,58	6,84	11,43	14,94	6,60	10,46
9 a 11 anos	5,81	3,22	5,99	4,49	4,73	4,91
12 ou mais anos	1,55	1,91	5,43	3,34	4,14	3,93
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Rendimentos (em salários-mínimos)						
Sem rendimentos	12,34	8,46	15,74	10,77	14,67	12,77
< 3 SM	73,82	80,50	55,58	66,47	66,87	65,43
3 a 5 SM	4,49	4,53	10,80	9,08	6,56	8,35
5 a 10 SM	5,87	3,60	10,43	8,00	5,63	7,75
10 e + SM	3,48	2,91	7,45	5,67	6,27	5,71
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE, PNAD 1997.

Nota: Os dados aqui apresentados integram o número 2 (Ano IV) do periódico "Como Vai? População Brasileira", a ser publicado proximoamente pelo IPEA.



COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

Uma publicação
Diretoria de Estudos e Políticas Sociais do IPEA
Diretoria de Pesquisa do IBGE

Editora
Ana Amélia Camarano

Edição Técnica
Coordenação Editorial do IPEA (BRASÍLIA)

Colaboram neste número: Guilherme C. Delgado, José Celso Cardoso Jr.,
Marcelo Medeiros, Rafael Osório, André Nunes, Ana Amélia Camarano

Tiragem: 1 000 exemplares



A produção editorial deste volume contou com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, por intermédio do Programa Rede de Pesquisa e Desenvolvimento de Políticas Públicas. Rede-PEA, operacionalizado pelo Projeto BRA/97/013 de Cooperação Técnica com o PNUD.