



# COMO VAI?

PEAIR  
DOCUMENTAÇÃO



população brasileira

**ipea**

ANO V nº 1

## SUMÁRIO

---

JOVENS BRASILEIROS: JÁ INDEPENDENTES? 1

*Ana Amélia Camarano*

UMA APROXIMAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PÚBLICO  
FEDERAL COM SAÚDE, POR QUINTIL DE RENDA 14

*Sérgio Francisco Piola*

*André Nunes*

A POPULAÇÃO RURAL E A PREVIDÊNCIA  
SOCIAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE COM ÊNFASE  
NAS MUDANÇAS CONSTITUCIONAIS 25

*Kaizô Iwakami Beltrão*

*Sonoê Sugahara Pinheiro*

*Francisco Eduardo Barreto de Oliveira*

O GASTO DOS IDOSOS EM SAÚDE: SINAL DOS TEMPOS 41

*Carlos Octávio Ocké Reis*

ENCARTE

---

## JOVENS BRASILEIROS: JÁ INDEPENDENTES?

*Ana Amélia Camarano\**

### 1 Introdução

Como já se mencionou bastante em outros trabalhos, os idosos brasileiros estão assumindo papéis inesperados na família e na sociedade, em parte, pela crise que estão passando os jovens brasileiros, traduzida em desemprego, gravidez precoce, violência, drogas, etc. Além disso, a população jovem tem apresentado um crescimento elevado em razão da alta natalidade em um passado recente, o que levou a que o segmento populacional de 18 a 24 anos, que é aqui considerado como população jovem, representasse quase 13% da população brasileira em 1996. A partir dessa constatação, este trabalho procura investigar brevemente as condições de vida da população jovem brasileira. No encarte estatístico, encontram-se algumas informações que permitem caracterizar o jovem brasileiro das grandes regiões.

A consideração do segmento populacional de 18 a 24 anos como jovem prende-se ao fato de que, teoricamente, boa parte já terminou o segundo grau e o curso superior, e se prepara ou já está no mercado de trabalho. Contudo, no caso brasileiro, apenas 14,2% dos jovens tinham terminado o segundo grau, e, 3,7%, o curso superior, em 1998. Por outro lado, 53% dos jovens brasileiros estavam no mercado de trabalho, 21,5% dos homens jovens eram chefes de família e 39% das mulheres já tinham se tornado mães. Tais dados sugerem que, em 1998, grande parte dos jovens brasileiros já ingressavam na vida adulta.

Este trabalho está dividido em sete partes, além desta introdução. Na segunda, discutem-se as tendências demográficas dos jovens; na terceira, sua escolaridade. A inserção dos jovens na família é analisada na quarta parte.

---

\* Pesquisadora do IPEA ([aac@ipea.gov.br](mailto:aac@ipea.gov.br)).





A quinta parte trata da inserção dos jovens no mercado de trabalho. A distribuição dos rendimentos da população jovem, comparada com a não-jovem, é considerada na sexta parte. Finalmente, a sétima parte apresenta uma síntese dos principais resultados. Os dados utilizados são, principalmente, os originários da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998.

### 2 Tendências Demográficas

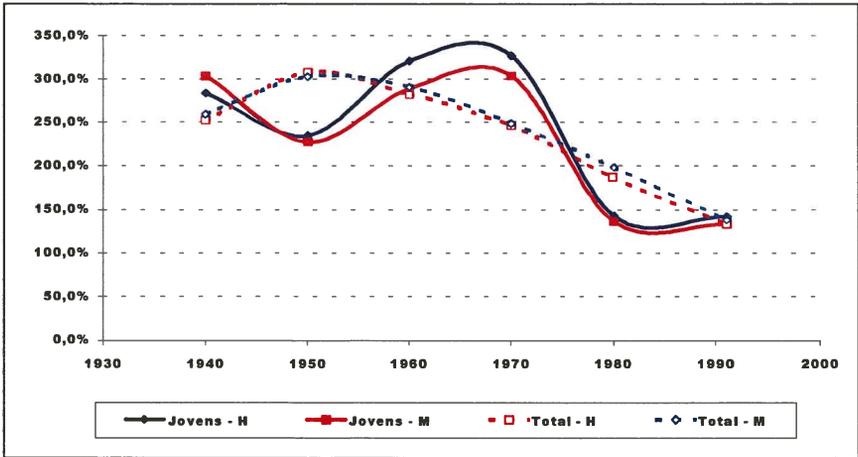
De acordo com a Contagem Populacional de 1996, 20 milhões 350 mil pessoas tinham de 18 a 24 anos. Estima-se que esse segmento esteja em torno de 21 milhões 450 mil pessoas no ano 2000. A sua distribuição por sexo é bem homogênea: aproximadamente a metade desse contingente era composta de homens e a outra metade, de mulheres.

Esse contingente cresceu a taxas mais elevadas do que a população total entre 1960/1980, conforme se pode ver no gráfico 1. Entre 1991 e 1996, esse segmento populacional experimentou um acréscimo de 1,4 milhão de pessoas. A dinâmica demográfica da população jovem reflete, em grande parte, a queda, em curso, da fecundidade e de mortalidade da população brasileira. Entretanto, a dinâmica dessas taxas também apresenta suas especificidades. Por exemplo, a fecundidade das mulheres jovens menores de 15 anos tem aumentado desde a década de 60 [Camarano, 1999]. As taxas de mortalidade da população masculina jovem estão, desde os anos 80, aumentando, em decorrência da mortalidade por causas externas, ou, em outras palavras, pela violência [Camarano *et alii*, 1997].

A população jovem é constituída por pessoas que apenas trabalham, outras que apenas estudam, um contingente que estuda e trabalha, e outro formado pelas pessoas que não se encontram em nenhuma dessas categorias. O gráfico 2 apresenta a proporção dos jovens em cada uma das categorias. Entre os homens, aproximadamente a metade apenas trabalha e 16% apenas estudam, outros 16% estudam e trabalham e 18% não se encontram em nenhuma dessas categorias. Assim, a grande maioria dos homens jovens já está no mercado de trabalho. A maior parte das mulheres jovens não estuda nem trabalha. Enquanto a proporção de mulheres que apenas estudam é mais elevada do que a de homens, a de que apenas trabalha é bastante mais baixa.

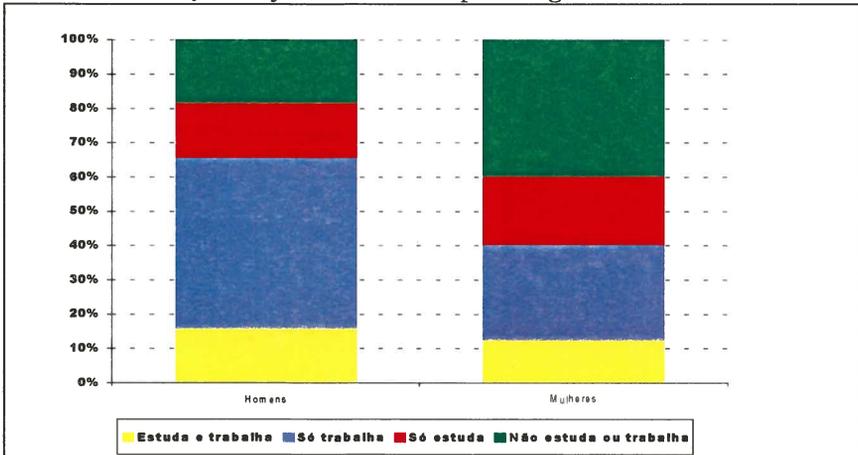


GRÁFICO 1  
Taxa de Crescimento Populacional dos Jovens e Total  
Brasil, 1940-1996



Fonte: IBGE, vários Censos Demográficos.

GRÁFICO 2  
Distribuição dos Jovens Brasileiros por Categorias e Sexo – 1998



Fonte: IBGE, PNAD de 1998.

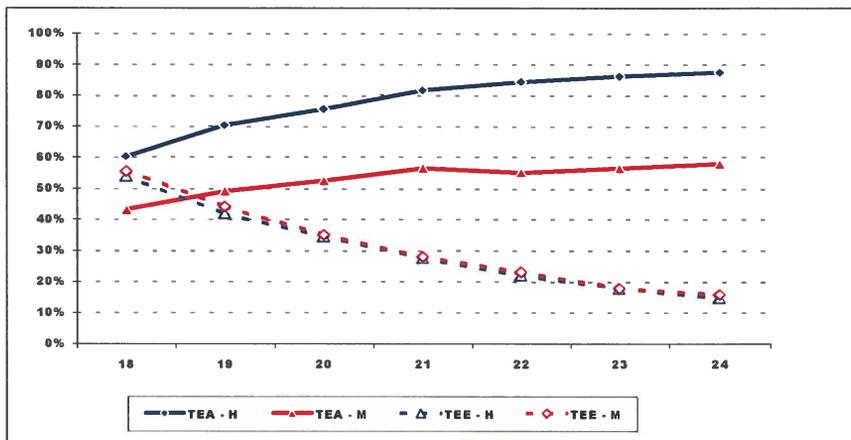


### 3 Escolaridade

Como se viu no gráfico 2, aproximadamente 32% dos jovens brasileiros ainda frequentam a escola, proporção muito semelhante entre os dois sexos. Como era esperado, essa proporção é bastante afetada pela idade. Aos 18 anos, 56% dos jovens brasileiros estavam na escola. Essa proporção cai para 16%, entre a população de 24 anos.

Aproximadamente 94% dos jovens brasileiros sabiam ler e escrever em 1998. A escolaridade da população feminina é maior do que a da masculina. Por exemplo, quase 96% das mulheres jovens eram alfabetizadas; a proporção correspondente para os homens foi de 92,5%. Se considerado o número médio de anos de estudo, as mulheres apresentavam, em 1998, 0,9 ano a mais do que os homens, e essa diferença tem-se ampliado no tempo (ver gráfico 4). O gráfico 4 também permite visualizar os ganhos no número médio de anos de estudo entre 1988 e 1998; em média, estes foram de 1,2 ano para as mulheres e 0,7 ano para os homens.

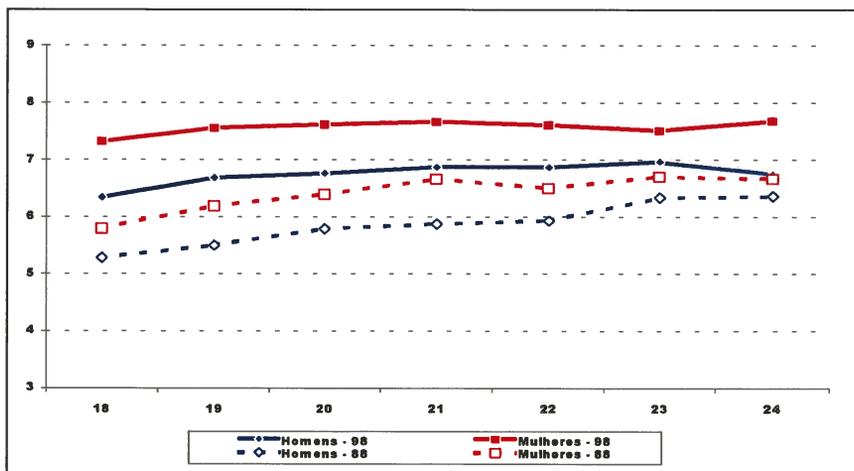
GRÁFICO 3  
Taxas Específicas de Atividade (TEA) e Escolaridade (TEE)  
dos Jovens Brasileiros por Idade e Sexo – 1998



Fonte: IBGE, PNAD de 1998.



GRÁFICO 4  
Número Médio de Anos de Estudo da População Jovem Brasileira por  
Idade e Sexo – 1998



Fonte: IBGE, PNAD de 1998.

#### 4 Jovens e Família

Em 33,7% das famílias brasileiras encontram-se jovens, o que significa uma média de 0,45 jovem por família. No total de chefes de família, 7,2% são jovens. A tabela 1 apresenta algumas características das estruturas das famílias brasileiras, segundo a presença de jovens. As famílias com jovens são maiores do que as famílias sem jovens em razão do maior número de filhos, o que pode ser momento no ciclo de vida desses jovens; aproximadamente 78,5% dos jovens do sexo masculino não eram chefes, o que, dado o seu momento no ciclo de vida, significa uma predominância de filhos. Por outro lado, as famílias nas quais os jovens são chefes são menores em razão do menor número de filhos. Um maior número médio de jovens é encontrado nas famílias estendidas, a saber, as constituídas por homens sem cônjuge e as por casal com filhos.

Entre os três tipos de famílias consideradas na tabela 1, aquelas nas quais os chefes são jovens são as mais pobres, apresentam menor número de pessoas que trabalham e proporção maior da renda que depende do chefe. Por outro lado, os chefes jovens apresentam escolaridade média ligeira-



mente mais elevada do que a dos demais chefes, o que reflete o mencionado aumento da escolaridade e maior precariedade nas suas relações de trabalho. A maior proporção de famílias chefiadas por mulheres encontra-se nessas famílias. Parte da situação relativamente mais desfavorável dos jovens é explicada pelo momento no curso de sua vida: início da vida adulta, profissional e de constituição de famílias. Por exemplo, independentemente do que seja definido por casa própria nas PNAD, apenas 4,7% dos jovens chefes de família residiam em casa própria. Entre os não-jovens, essa proporção aproxima-se dos 20%.

Como em todas as famílias, naquelas em que os jovens são chefes predominam os arranjos do tipo *casal com filhos em famílias nucleares*. No entanto, estes existem em proporção bem menor do que nas demais famílias com jovens, dado o peso bem maior das famílias constituídas apenas por mães e filhos e na de casal com filhos. Entre as famílias com jovens, as proporções de famílias constituídas por homens sem cônjuges ou mulheres sem cônjuges são bem menores do que nas demais famílias.

TABELA 1  
Estrutura das Famílias Brasileiras segundo a Presença de Jovens – 1998

Características das Famílias	Com Jovens	Com Jovens Chefes	Sem Jovens	Total
<i>Perfil das Famílias</i>				
* Tamanho médio	4,02	2,73	3,23	<b>3,50</b>
* Nº médio de filhos	2,00	0,94	1,38	<b>1,59</b>
* Rendimento médio familiar <i>per capita</i> <sup>a</sup>	259,39	179,48	343,61	<b>315,51</b>
* Proporção média da renda que depende do chefe	67,0	84,0	78,0	<b>74,0</b>
* Nº médio de pessoas que trabalham	1,96	1,11	1,34	<b>1,55</b>
* Número médio de jovens por família	1,34	1,46	-	<b>0,45</b>
<i>Características dos Chefes De Família</i>				
* Idade média do chefe (anos)	42,0	22,00	47,0	<b>45,0</b>
* Proporção de chefes homens	75,12	73,75	73,59	<b>74,11</b>
* Proporção de chefes mulheres	24,88	26,25	26,41	<b>25,89</b>
* Número médio de anos de estudo dos chefes	5,51	6,16	5,67	<b>5,62</b>
<i>Distribuição dos Tipos de Famílias (%)</i>				
* Distribuição das famílias segundo a presença de jovens <sup>2</sup>	33,69	7,19	66,31	<b>100,00</b>
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
<i>Nucleares</i>	<i>79,96</i>	<i>87,09</i>	<i>86,56</i>	<b><i>84,33</i></b>
<i>Casal sem filhos</i>	<i>6,84</i>	<i>17,35</i>	<i>13,63</i>	<b><i>11,34</i></b>

(continua)



(continuação)

Características das Famílias	Com Jovens	Com Jovens Chefes	Sem Jovens	Total
Casal com filhos	54,97	38,48	46,78	49,54
Mulher sem cônjuge	0,41	1,91	6,20	4,25
Mãe com filhos	15,20	23,88	12,80	13,61
Homem sem cônjuge	0,99	4,62	5,51	3,98
Pai com filhos	1,55	0,84	1,65	1,62
<i>Extensas</i>	20,04	12,91	13,44	15,67
Casal sem filhos	1,61	1,52	2,10	1,93
Casal com filhos	9,56	2,94	4,42	6,15
Mulher sem cônjuge	2,25	2,67	2,78	2,60
Mãe com filhos	4,36	1,27	2,48	3,12
Homem sem cônjuge	1,79	4,39	1,35	1,50
Pai com filhos	0,46	0,12	0,31	0,36

Fonte dos dados brutos: IBGE, PNAD 1998.

Elaboração: IPEA.

Nota: <sup>1</sup> O rendimento médio familiar *per capita*, em reais, inclui, a soma de todos os rendimentos das pessoas na família dividido pelo número destas.

<sup>2</sup> A proporção de famílias com jovens chefes está incluída na proporção de famílias com jovens.

A tabela 2 apresenta a distribuição dos jovens brasileiros por sexo e condição no domicílio. A maioria dos jovens brasileiros encontrava-se, em 1998, na categoria de filhos, principalmente os homens, cuja proporção alcançou 70%. A segunda maior proporção entre eles foi a de chefes, mas esta não ultrapassou 17%. Entre as mulheres, a maior proporção foi de cônjuges. A proporção de jovens parentes não foi desprezível: em torno de 10%, nos dois sexos.

TABELA 2  
Distribuição Percentual da População Jovem por Condição no Domicílio  
Brasil – 1998

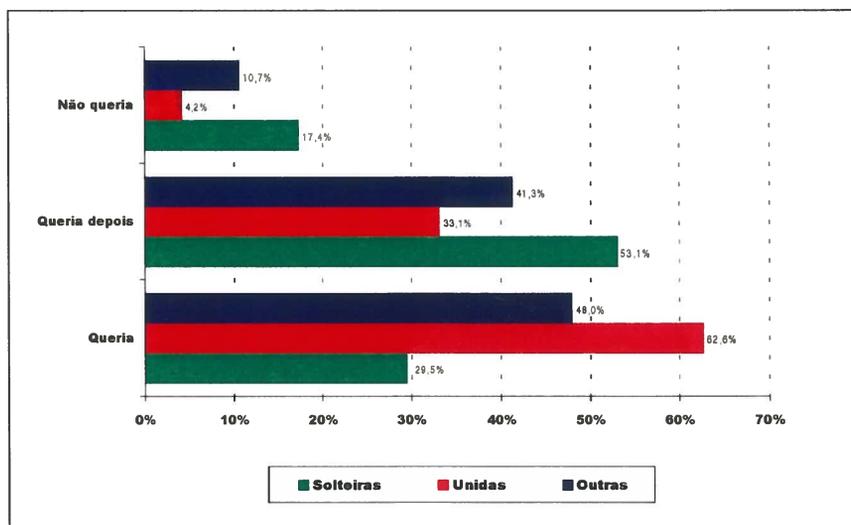
	Não-Jovens			Jovens		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Chefe	45,3	13,3	28,9	17,1	3,2	10,2
Cônjuge	1,3	36,8	19,5	0,7	30,4	15,5
Filho	44,5	39,5	41,9	70,3	53,4	61,9
Parente	8,4	9,6	9,1	10,5	10,3	10,4
Agregado	0,3	0,4	0,4	1,0	0,9	0,9
Pensionista	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	0,2
Empregado	0,0	0,4	0,2	0,1	1,6	0,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE, PNAD de 1998.



Entre as mulheres jovens, 39% já tinham tido pelo menos um filho em 1998. Das que tiveram filhos, 75,7% estavam unidas, em 1996 (13,1% solteiras), segundo a Pesquisa de Saúde Materno-Infantil desse ano. Entre as unidas, 62,6% queriam o filho naquele momento; 31% queriam esperar e 4,2% não queriam de forma nenhuma, conforme mostra o gráfico 5. Entre as solteiras, as proporções comparáveis foram de 29,5%, 51,3% e 17,4%, respectivamente, o que demonstra a importância do estado conjugal na determinação da fecundidade desejada. Contudo, de qualquer forma, mesmo entre as jovens solteiras, a questão da fecundidade desejada não apresenta magnitude expressiva.

GRÁFICO 5  
Distribuição das Mulheres que Tiveram Filhos nos Últimos 5 Anos por Estado Conjugal e Planejamento do Último Filho  
Brasil – 1996



Fonte: DHS de 1996.

## 5 Inserção no Mercado de Trabalho

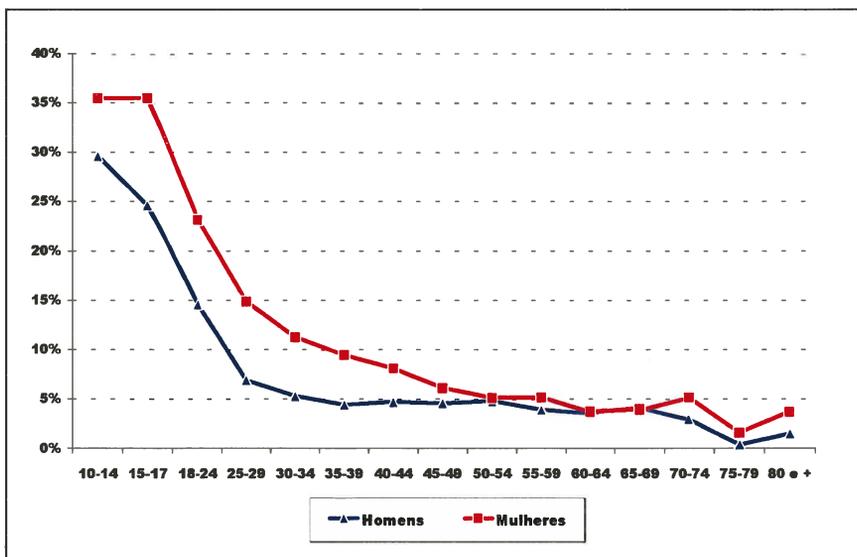
Em 1998, entre os jovens brasileiros, 53% faziam parte da População Economicamente Ativa (PEA). Considerando-se apenas o contingente masculino, essa proporção se eleva para 65%; para o grupo feminino, decresce



a 40%. Essa participação cresce com a idade, especialmente ao se analisar apenas a população masculina (ver gráfico 3): varia de aproximadamente 60%, para a população de 18 anos, a 88%, para a de 24 anos. O impacto da idade na participação feminina foi bem menor do que na masculina: cresce de 41% para 49%.

A taxa de desemprego entre os jovens é relativamente alta, principalmente se comparada com outros grupos etários, como se pode ver no gráfico 6. Enquanto, para a população jovem, essa taxa foi de 15% (tanto entre os homens como entre as mulheres), para o segmento populacional de 40-49 anos, a taxa comparável foi de 5%. É possível, inclusive, que a taxa de desemprego esteja subestimada, principalmente entre os jovens, pelo que os economistas chamam de “desemprego por desalento”: as pessoas desistem de procurar emprego pela consciência da sua falta.

GRÁFICO 6  
Taxas de Desemprego por Idade e Sexo  
Brasil – 1998

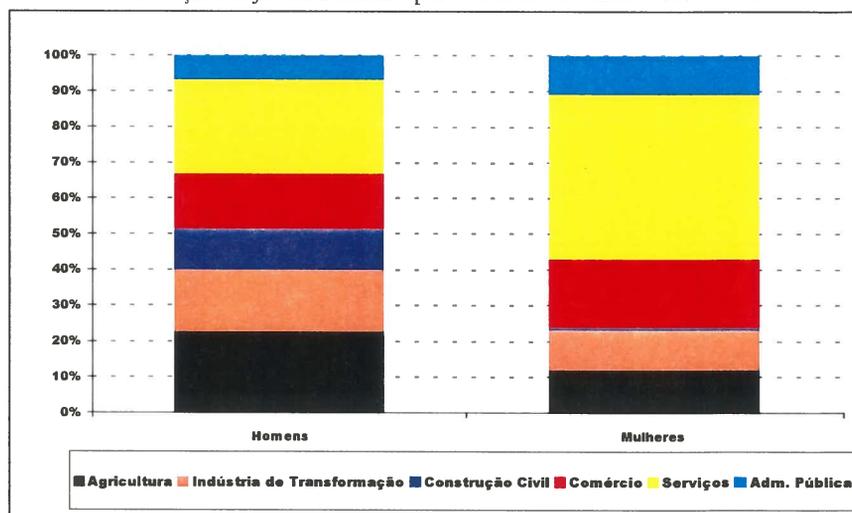


Fonte: IBGE, PNAD de 1998.



A maioria dos jovens brasileiros, tanto homens quanto mulheres, está lotada no setor *serviços*, e, nesse caso, a proporção de mulheres é bem mais elevada do que a de homens. Isso se deve em grande parte ao peso que os serviços domésticos exercem na absorção dessas mulheres: elas são responsáveis por 10% da PEA feminina. O segundo setor de atividade que absorveu a PEA jovem masculina foi a agricultura; para a população feminina, foi o comércio (ver gráfico 7).

GRÁFICO 7  
Distribuição dos Jovens Brasileiros por Setores de Atividade e Sexo – 1998

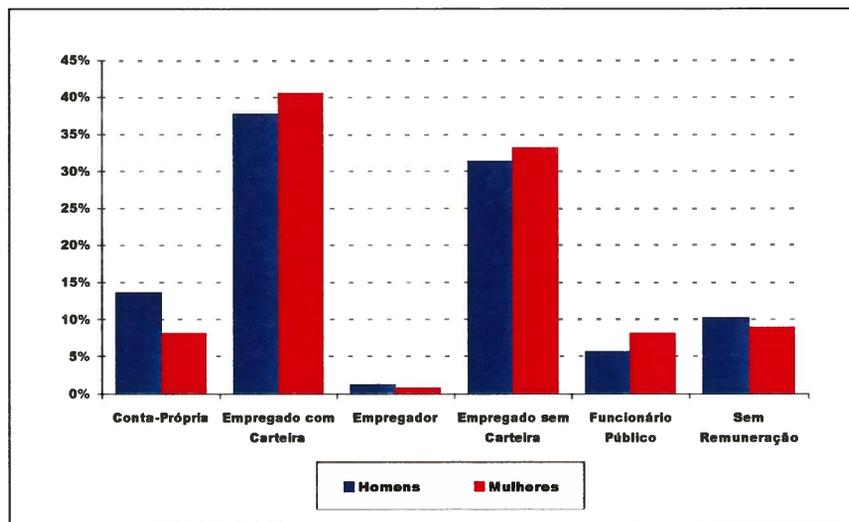


Fonte: IBGE, PNAD de 1998.

Aproximadamente 10% da PEA jovem eram não remunerados. Tal valor é mais elevado do que o verificado para a PEA não-jovem, que foi de 8,5%. A grande maioria dos jovens ocupados era formada pela categoria de empregados, e, destes, 19% não possuíam carteira de trabalho assinada. Entre os não-jovens, a proporção de *sem carteira* foi de 7,7%. Essa proporção foi ligeiramente mais elevada entre as mulheres devido ao peso do serviço doméstico – 15% das mulheres jovens estavam aí lotadas. A proporção de jovens que trabalhavam por conta própria era mais elevada entre os homens, mas não alcançava 15% (ver gráfico 8).



GRÁFICO 8  
Condição na Ocupação dos Jovens  
Brasil – 1998



Fonte: IBGE, PNAD de 1998.

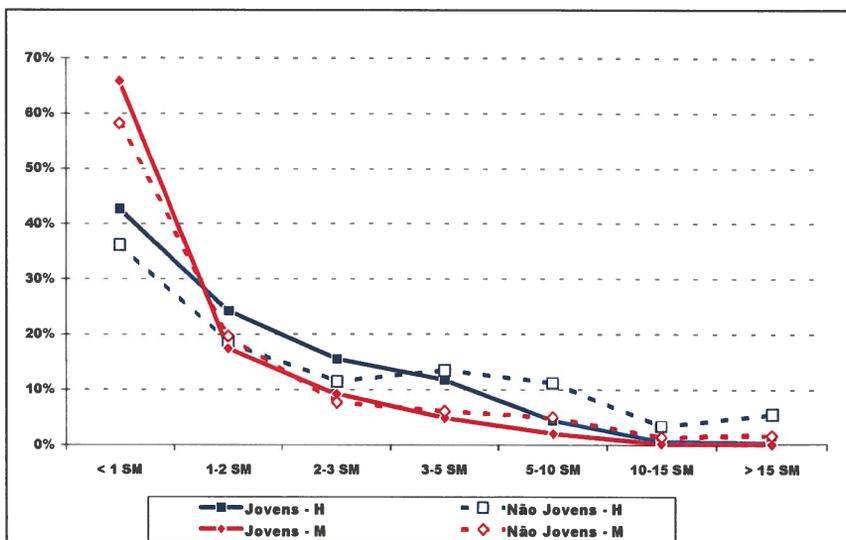
A maior precariedade relativa das relações de trabalho entre os jovens não parece muito coerente com sua maior escolaridade. Entretanto, de acordo com Dedeca (1999), o processo de absorção de mão-de-obra, nos anos 90, não parece ter favorecido sua qualificação. Foi também mostrado por esse autor que tal padrão de absorção foi concentrado nas classes de idade de 25 a 54 anos e entre os chefes de família e cônjuges [Dedeca, 1999, p. 22]. Ou seja, parece que a experiência profissional está sendo privilegiada no mercado de trabalho, muito embora, ainda segundo Dedeca, as atividades de pequeno e de médio porte que mais absorveram mão-de-obra foram as ligadas aos setores de produção de serviços para as famílias.



## 6 Rendimentos

A maior parte dos rendimentos dos jovens brasileiros provinha do trabalho: 95% para os homens e 94% para as mulheres. O gráfico 9 apresenta essa distribuição por sexo. Tais dados são comparados com os da população não-jovem e mostram melhor nível de remuneração para essa última população, o que, em parte, é explicado pelo seu momento no ciclo de vida: quanto mais jovem, menos experiente. Os diferenciais são maiores entre os homens. No ano analisado, a contribuição da renda dos jovens à renda das famílias em que vivem não ultrapassou 26%.

GRÁFICO 9  
Distribuição dos Rendimentos dos Jovens e Não-Jovens por Sexo  
Brasil – 1998



Fonte: IBGE, PNAD de 1998.



## 7 Síntese dos Resultados

Embora venha apresentando taxas decrescentes, a população brasileira de 18 a 24 anos é atualmente constituída por aproximadamente 21,5 milhões de pessoas, o equivalente à população do Iraque ou da Romênia, por exemplo. O segmento de jovens é importante e deve ser estudado não só pela sua magnitude, pelo seu momento no ciclo vital, transição entre a infância e a vida adulta, mas também pelas dificuldades a que estão sendo expostos os jovens na sociedade brasileira.

Dos jovens brasileiros estudados, a maioria já ingressou na vida adulta, se isso for medido pela proporção de jovens que trabalham, já casaram, tiveram filhos, etc. Não obstante a sua melhor qualificação, esse subgrupo populacional é o que está mais afetado pelo mercado de trabalho, devido às suas taxas de desemprego, à sua baixa remuneração e a maior proporção de empregados sem carteira assinada. Essa situação tem sido parcialmente contornada pelos pais idosos que, em maioria, contam pelo menos com o benefício da Previdência Social. Devido a isso, é possível que alterações no valor desse benefício possam afetar a renda das famílias e a situação dos jovens brasileiros.

## Referências Bibliográficas

- CAMARANO, Ana Amélia. Fecundidade e Anticoncepção da população de 15 a 19 anos. In: MELONI, Elizabeth *et alii* (org). *Seminário Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro, 1998. p. 35-46.
- CAMARANO, Ana Amélia *et alii*. Transformações no Padrão Etário da Mortalidade em 1979-194 e o Seu Impacto na Força de Trabalho. IPEA, Texto para Discussão nº 512. 1997.
- DEDECA, Cláudio. *Dinâmica Econômica e Mercados de Trabalho no Brasil*. Campinas, 1999 (mimeo).
-



## UMA APROXIMAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO GASTO PÚBLICO FEDERAL COM SAÚDE, POR QUINTIL DE RENDA

Sérgio Francisco Piola\*  
André Nunes\*\*

### 1 Introdução

O intuito deste artigo é proceder a uma primeira aproximação da distribuição dos gastos públicos com saúde por quintil de renda. A análise se restringe aos gastos do Ministério da Saúde, que, em 1997, alcançou o valor de R\$ 18,8 bilhões. Há, ainda no âmbito do governo federal, despesas com saúde distribuídas por diversos outros ministérios, principalmente com assistência médica e odontológica de servidores e seus dependentes (cerca de R\$ 600 milhões em 1997), que não foram considerados por se destinarem a clientela específica.

É importante ressaltar que o gasto público total com saúde comporta, além dos gastos federais, os dispêndios realizados com recursos próprios de outros entes da Federação (estados e municípios), cujo valor, em 1995, foi estimado em cerca de R\$ 8 bilhões [Fernandes *et alii*, 1998].

As imputações das despesas realizadas pelo Ministério da Saúde foram realizadas com base nas características dos projetos/atividades desenvolvidos e nos resultados da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV), no tocante à procura/utilização de serviços médico-assistenciais, conforme veremos mais adiante.

### 2 Procedimentos Metodológicos

Na análise da distribuição do gasto federal com saúde, por quintil de renda, foram utilizadas as despesas do Ministério da Saúde em 1997, conforme apresentado em tabela distribuída ao Conselho Nacional de Saúde

---

\* Da Diretoria de Estudos e Política Social do IPEA.

\*\* Consultor do IPEA.

---



(ver anexo 1, p.25). As despesas realizadas por projeto/atividade foram reunidas em três grupos, de acordo com os seguintes critérios:

O grupo A, com um total de R\$ 6,5 bilhões, engloba as despesas que serão imputadas igualmente, a partir do critério *per capita*, sem qualquer ponderação pela utilização. Incluem-se nesse grupo: as despesas com pessoal inativo, as despesas com auxílios e assistência médica a servidores e os gastos com amortização da dívida, em um total de R\$ 4,34 bilhões. Incluem-se também no grupo A parte das despesas a cargo do Fundo Nacional de Saúde (FNS), mais especificamente os itens de despesa: manutenção administrativa, campanhas comunitárias, programa do sangue e hemoderivados, erradicação do *Aedes aegypti*, prevenção do câncer de colo uterino, AIDS, Projeto Nordeste II, vigilância sanitária, reaparelhamento do SUS e as emendas parlamentares, em um total de R\$ 622 milhões. Ainda no grupo A incluem-se as despesas de caráter coletivo, as indivisíveis e as ações sobre o meio ambiente; estas são rateadas *per capita*, sem qualquer ponderação. Compõem esse grupo as despesas da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA): manutenção de unidades próprias, manutenção administrativa, infra-estrutura de unidades, vacinas e vacinação, erradicação do *Aedes aegypti* e controle de endemias, e saneamento básico, que somam R\$ 856 milhões; as despesas da Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ): manutenção administrativa e de unidades operacionais, infra-estrutura de unidades, produção de vacinas e outros programas, em um total de R\$ 114 milhões; e as despesas da Central de Medicamentos (CEME): manutenção administrativa e infra-estrutura de unidades, aquisição e distribuição de medicamentos e outros programas, em um total de R\$ 582 milhões.

O grupo B, que totaliza R\$ 12,17 bilhões, teve as imputações ponderadas pela utilização por quintil de renda. Além de ser o mais representativo em valores monetários, é nesse grupo que se concentram as despesas com assistência médica ambulatorial e hospitalar, a cargo do FNS, que representam R\$ 10,46 bilhões. No grupo B são imputadas também as despesas referentes ao pagamento de pessoal ativo (R\$ 1,7 bilhões).

Para a distribuição dos gastos com assistência médica e hospitalar por quintil de renda foram utilizados os resultados da Pesquisa de Padrão de Vida (PPV), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para mensurar os índices de utilização dos serviços de saúde. A pesquisa, que



abrange as duas regiões de maior população no Brasil (Sudeste e Nordeste), cobre 103,6 milhões de pessoas, quase 70% da população do país (trabalha-se aqui com a amostra expandida). Desse universo de 103,6 milhões de pessoas, 13,8 milhões relataram ter tido algum problema de saúde nos últimos trinta dias e, por causa desse problema, demandaram atendimento especializado e foram atendidas. A resposta tabulada foi o local de atendimento. As respostas possíveis eram: hospital público, posto de saúde público, sua residência, hospital particular, hospital particular conveniado, clínica particular conveniada, clínica ou consultório particular, farmácia e outros. A tabela 1 apresenta um resumo dessa tabulação.

Foram considerados como *atenção pública* todos os atendimentos realizados em hospitais, postos ou centros de saúde públicos, além dos atendimentos domiciliares, estes últimos, por serem preponderantemente gratuitos (apenas o quarto e o quinto quintil relataram pagar parcela do atendimento domiciliar). Embora alguns usuários tenham declarado pagar pelo atendimento em estabelecimento público (hospitalar e ambulatorial), optou-se, por simplicidade, pela manutenção dessa classificação, uma vez que o percentual dos que declararam ter efetuado pagamento é bastante reduzido (cerca de 1,1% para o primeiro quintil e 1,8% para o segundo quintil); para os quintis de maior renda, esse percentual tendeu a elevar-se.

TABELA 1  
Número de Pessoas Atendidas por Atenção Pública, Privada,  
Farmácia e Outros, por Quintil de Renda  
Regiões Sudeste e Nordeste – 1997

	1º Quintil	2º Quintil	3º Quintil	4º Quintil	5º Quintil	Total
Atenção pública	1 926 614	2 065 803	1 941 529	1 463 253	688 382	<b>8 085 581</b>
(%)	23,83	25,55	24,01	18,10	8,51	<b>100,00</b>
Atenção privada	218 517	246 392	575 385	1 374 076	2 653 574	<b>5 067 944</b>
(%)	4,31	4,86	11,35	27,11	52,36	<b>100,00</b>
Farmácia	90 337	62 198	75 452	61 704	47 837	<b>337 528</b>
(%)	26,76	18,43	22,35	18,28	14,17	<b>100,00</b>
Outros	67 424	69 542	46 320	80 814	47 087	<b>311 187</b>
(%)	21,67	22,35	14,88	25,94	15,13	<b>100,00</b>
<b>Total</b>	<b>2 302 892</b>	<b>2 443 935</b>	<b>2 638 686</b>	<b>2 979 847</b>	<b>3 436 880</b>	<b>13 802 240</b>
(%)	<b>16,68</b>	<b>17,71</b>	<b>19,12</b>	<b>21,59</b>	<b>24,90</b>	<b>100,00</b>

Fonte: PPV/IBGE.



O item *atenção privada* é composto por todos os atendimentos hospitalares e ambulatoriais ocorridos em hospitais, clínicas e consultórios particulares, assim como nas clínicas e hospitais conveniados. Optou-se por manter clínicas e hospitais conveniados na categoria de atenção privada por não se poder, com clareza, determinar o tipo de convênio captado pela pesquisa, ou seja, se é de natureza privada ou pública (serviço privado conveniado pelo SUS).

Quanto aos graus de utilização dos serviços públicos, percebe-se uma grande concentração da utilização nos primeiros quintis de renda: o segundo quintil é o de maior utilização (25,55%), seguido pelo terceiro (24,01%) e segundo (25,55%) quintis. A utilização dos serviços pelos 40% mais pobres (primeiro e segundo quintis) é de 49,38%.

A demanda por atenção privada é concentrada no quinto (52,36%) e quarto quintis, que, juntos, utilizam 79,47% dos serviços de hospitais, clínicas e consultórios privados. Nesses quintis é menor a utilização da farmácia como local de atendimento ao *problema de saúde*, e essa utilização é de 14,17% no quinto quintil e de 26,76% no primeiro quintil.

Olhando-se para a demanda agregada, podem-se encontrar claros indícios para se supor ser a atenção à saúde um bem superior, pois é bastante clara a elevação do *consumo* desse bem com a elevação da renda. O consumo (aqui utilizado como sinônimo de utilização) cresce de 16,68%, no primeiro quintil, para 24,90%, no quinto quintil. Um fator que pode auxiliar na explicação da maior demanda dos quintis mais elevados é a posse de um convênio ou seguro-saúde, o que ratifica a idéia de essas modalidades de seguro serem indutoras de demanda. A distribuição de segurados de planos e seguros de saúde privados por quintil de renda pode ser observada na tabela 2.

TABELA 2  
Existência de Convênio ou Seguro-Saúde, em Percentual, por Quintil de Renda  
Região Sudeste e Nordeste – 1997

	(Em porcentagem)					
	1º Quintil	2º Quintil	3º Quintil	4º Quintil	5º Quintil	Total
Possui	1,40	5,00	16,80	34,50	63,40	24,20
Não possui	98,60	95,00	83,20	65,50	36,60	75,80
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: PPV.



Para a análise por grupo de renda do caráter distributivo dos gastos federais com saúde (assistência ambulatorial e hospitalar), utilizou-se o critério da imputação, no qual atribui-se como valor do benefício recebido o gasto unitário de produção do serviço de saúde considerado. A imputação pode trazer algumas imperfeições ao resultado final da análise, pois é sabido que esse método não captura o aspecto de eficiência do gasto, além de não diferenciar a utilidade marginal que cada consumidor tem, quando consome uma unidade adicional do bem em questão.

Outro fator que deve ser lembrado ao se utilizar o critério da imputação para mensurar gastos com saúde é a questão da heterogeneidade dos serviços de saúde. Não é difícil imaginar que, em um sistema de saúde como o brasileiro, a utilização por quintis de renda seja diferenciada pelo custo do serviço pretendido, e isso torna seletiva a demanda dos quintis mais elevados. Se isso realmente ocorrer, a simples informação sobre o acesso pode não ser uma boa medida do grau de progressividade do sistema de saúde, pois o uso relativamente pequeno dos grupos de renda mais elevada pode estar concentrado nos serviços ou procedimentos de maior custo unitário.

O grupo C contém os gastos direcionados apenas para o primeiro quintil de renda (o mais pobre). Inclui o Programa do Leite, a cargo da FNS, destinado à distribuição de leite a famílias carentes, no valor de R\$ 98 milhões, e as despesas com o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), de R\$ 5,1 milhões, cuja finalidade é combater as carências nutricionais.

A partir desses três grandes grupos de despesas, construiu-se a classificação da tabela 3, que apresenta as despesas divididas por sua forma de imputação.

Uma constatação imediata é a quase inexistência de programas exclusivamente focalizados para a população mais pobre (grupo C). Na verdade, o único programa que está focalizado na população mais carente é o de Combate a Carências Nutricionais, com um montante de R\$ 103,4 milhões. Existem, contudo, outros programas/atividades, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), com um dispêndio aproximado de R\$ 161 milhões em 1997, e, ainda, a distribuição de medicamentos da *Farmácia Básica*, que, de certa forma, tem como clientela preferencial os segmentos mais pobres da população.



TABELA 3  
Classificação das Despesas do Ministério da Saúde  
pelo Critério de Apropriação das Despesas  
Brasil – 1997

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	(Em R\$mil) Total
Itens globais	4 343 141	1 709 347	-	<b>6 052 488</b>
FNS	622 540	10 462 952	98 159	<b>11 183 651</b>
FUNASA	856 659	-	-	<b>856 659</b>
FIOCRUZ	114 433	-	-	<b>114 433</b>
CEME	582 556	-	-	<b>582 556</b>
INAN	-	-	5 129	<b>5 129</b>
<b>Total</b>	<b>6 519 329</b>	<b>12 172 299</b>	<b>103 288</b>	<b>18 794 916</b>

Fonte: Ministério da Saúde (MS-SOF).  
Elaboração dos autores.

### 3 Resultados

A ponderação da equidade na distribuição dos gastos federais com saúde foi realizada a partir das informações das tabelas 2 e 3. As despesas do grupo A foram imputadas homoganeamente para cada quintil de renda. As despesas do grupo B (assistência ambulatorial e hospitalar) foram imputadas com o uso dos parâmetros de utilização da atenção pública, constantes da tabela 2. As despesas do grupo C foram integralmente imputadas ao primeiro quintil de renda.

TABELA 4  
Apropriação das Despesas com Atenção Pública Federal à Saúde,  
por Quintil de Renda  
Brasil – 1997

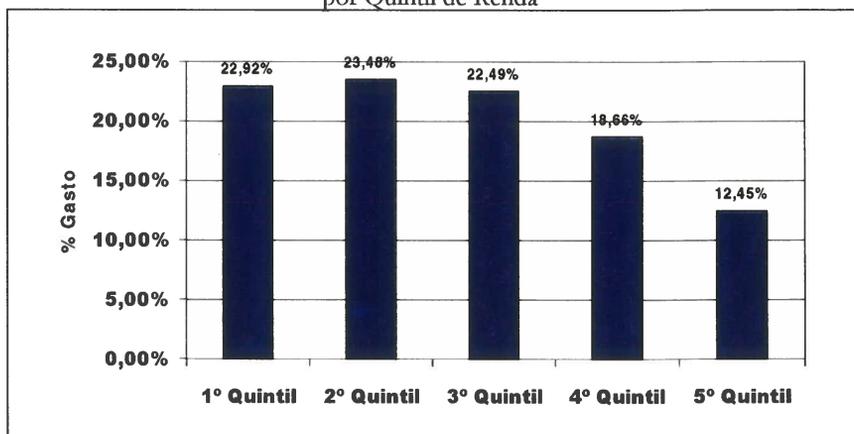
	1º Quintil	2º Quintil	3º Quintil	4º Quintil	5º Quintil	Total
Atenção pública (em R\$ mil)	4 307 813	4 413 888	4 226 435	3 507 052	2 339 729	<b>18 794 917</b>
Em %	22,92	23,48	22,49	18,66	12,45	<b>100</b>

Fonte: Tabulação dos autores.



Os 40% mais pobres se apropriam de 46,50% das despesas públicas com saúde. O quintil de renda mais beneficiado é o segundo quintil, no qual ocorre a apropriação de 23,48% dessas despesas. As diferenças entre os três primeiros quintis são pequenas. O resultado final aponta para a existência de um pequeno grau de progressividade na apropriação da despesa pública com saúde (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1  
Percentual de Apropriação do Gasto Público Federal com Saúde  
por Quintil de Renda



É sempre bom lembrar que se considerou a procura por cuidados de saúde como um bem homogêneo. Um estudo que investigasse o direcionamento dessa demanda em cada uma das classes de renda considerada poderia ser importante para a comprovação desse resultado inicial

Um exemplo interessante, que vai de encontro à suposição de demandas homogêneas, é a resposta à pergunta da Pesquisa de Padrão de Vida: por que procurou atendimento médico? Ao tabular-se a resposta *check-up*, apenas 13,9 % do primeiro quintil procuraram atendimento para esse fim, enquanto no quarto e no quinto quintil esse número chega a 30,3% e 28,5%, respectivamente.



Um trabalho recente [Soares, 1998], que utilizou uma base de dados diferente, a Pesquisa de Condições de Vida (PCV) da Fundação Seade, que incluía apenas o Estado de São Paulo, apontou para índice bem mais elevado de progressividade no gasto social em saúde. A distribuição desse gasto social, por quintil, nessa pesquisa, foi de 31,5% para o primeiro quintil, 26,9% para o segundo quintil e 19,5%, 14,2% e 8,3% para os quintis imediatamente superiores.

Outro trabalho [Clemments, 1997], com um enfoque um pouco diferenciado, ou seja, que relaciona distribuição de renda e gasto social no país, apresenta um quadro menos favorável, ao revelar que a incidência do gasto social é regressiva e beneficia os quintis superiores. No referido trabalho, entretanto, o autor considera o gasto social de modo mais global, e inclui despesas com educação superior e aposentadorias (estas, sim, sabidamente mais regressivas). É provável que esse maior índice de agregação, além de inúmeras diferenças metodológicas, sejam responsáveis pelos resultados assimétricos.

#### 4 Conclusão

Os resultados de nosso trabalho apontam para a existência de um certo grau de progressividade na atenção pública à saúde no Brasil, uma vez que os 40% mais pobres se apropriam de 46,5% das despesas do Ministério da Saúde.

Entre os quintis, o mais beneficiado é o segundo, que se apropria de aproximadamente 23,5% da despesa do Ministério da Saúde, enquanto o primeiro se apropria de 22,9%. O quarto e quinto quintis se apropriam de percentuais mais reduzidos, 18,66% e 12,45%, respectivamente, o que é consistente com a maior cobertura dos planos e seguros-saúde privados nesses segmentos.

As limitações desta análise são inerentes à utilização do critério de imputação de custos e ao tratamento de homogeneidade dado à demanda por saúde pública. Ou seja, ainda que se tenha os dados de utilização por quintis de renda, não se tem a informação do *custo*, para o setor público, do serviço efetivamente utilizado, o que obrigou a utilização, na imputação, de um valor homogêneo.



Apesar de se ter trabalhado apenas com a despesa federal com saúde, que, em 1995, representava 63% do gasto público total, acredita-se que os resultados não seriam muito diferentes caso tivesse sido possível analisar o gasto público total (com os dispêndios de estados e municípios), uma vez que esses recursos são complementares aos despendidos pelo governo federal.

### Referências Bibliográficas

- FERNANDES, M. A. Cunha *et alii*. *Gasto Social das Três Esferas de Governo*, 1995. Brasília: IPEA, 1998. Texto para Discussão nº 598.
- SOARES, Marcelo. *A Mensuração do Impacto Redistributivo do Gasto Social: um estudo para a região metropolitana de São Paulo*. Brasília: IPEA, 1998. Mimeo
- CLEMENTS, Benedict. *Income Distribution and Social Expenditure in Brazil*. Washington: FMI, 1997, 33p. (IMF Working Paper, 97/120).
-



## ANEXO 1

## Ministério da Saúde – Execução Orçamentária e Financeira, 1997

Denominação	Orç. Inicial	Liquidado
<i>Pessoal e Dívida</i>	<i>5 924 272 818</i>	<i>5 781 586 128</i>
Pessoal (ativos e inativos)	4 143 694 227	3 990 808 006
Amortização da Dívida	1 780 578 591	1 790 778 122
<i>Fundo Nacional de Saúde</i>	<i>12 205 952 336</i>	<i>11 342 907 679</i>
Programa do Leite	200 000 000	98 159 146
Manutenção Administrativa	51 000 000	50 473 157
Hospitais Próprios	284 965 762	275 789 534
INCA	70 000 000	59 538 716
GHC	216 756 000	209 856 041
Pioneiras Sociais	191 513 000	162 786 050
Campanhas Comunitárias	45 800 000	43 994 652
Programa Sangue Hemoderivados	22 950 000	680 000
Erradicação <i>Aedes Aegypti</i>	198 060 000	121 187 351
Prevenção Câncer Cérvico-Uterino	42 950 000	28 541 372
Outros Programas	70 745 000	31 389 859
AIDS/Projeto Nordeste II	105 300 000	91 488 175
AIH/SLA/SUS	10 017 900 000	9 754 981 849
Vigilância Sanitária	55 539 000	20 414 657
Partic. Organismos Internacionais	13 601 241	12 416 839
Reaparelhamento Unidades do SUS/MS	152 525 789	86 915 435
Auxílios ao Servidor	104 000 000	88 756 946
Assistência Médica a Servidores	72 800 000	70 500 000
Emendas Parlamentares	289 546 544	135 037 900
<i>Fundação Nacional de Saúde</i>	<i>1 594 259 071</i>	<i>959 379 046</i>
Manutenção Unidades Próprias	138 593 827	87 819 817
Manutenção Administrativa	105 499 080	79 693 041
Infra-Estrutura de Unidades	8 205 350	1 625 829
Vacinas e Vacinação	194 134 999	162 778 944
Erradicação <i>Aedes Aegypti</i>	243 972 855	127 323 817
PCMAM/PCDEN	-	-
Controle de Endemias	257 398 654	156 478 157
Saneamento Básico	225 059 013	90 688 776
Outros Programas	218 556 783	81 130 264
Auxílios ao Servidor	73 330 230	67 999 851
Assistência Médica a Servidores	34 719 800	34 719 800
Emendas Parlamentares	94 788 480	69 120 750

(continua)

## 24 COMO VAI?



(continuação)

Denominação	Orç. Inicial	Liquidado
<i>FIOCRUZ</i>	<i>141 953 078</i>	<i>123 043 647</i>
Manutenção Administrativa	50 501 266	47 535 496
Manutenção de Unidades Operacionais	8 364 877	7 607 654
Infra-estrutura de Unidades	20 000 000	15 866 329
Produção de Vacinas	18 004 710	15 948 198
Outros Programas	36 134 886	27 475 769
Auxílios ao Servidor	5 745 931	5 408 793
Assistência Médica a Servidores	3 201 408	3 201 408
<i>CEME</i>	<i>624 423 719</i>	<i>582 760 843</i>
Manutenção Administrativa	2 903 960	1 437 355
Infra-estrutura de Unidades	7 500 000	5 175 620
Aquisição a Distribuição de Medicamentos	450 000 000	419 984 118
Aquis. e Distribuição Medic. DST/AIDS	150 150 000	149 660 099
Outros Programas	13 382 060	6 299 014
Auxílios ao Servidor	316 576	133 514
Assistência Médica a Servidores	71 123	71 123
Emendas Parlamentares	100 000	-
<i>INAN</i>	<i>22 449 706</i>	<i>5 239 198</i>
Manutenção Administrativa	975 423	610 901
Programa Combate Carências Nutricionais	12 750 000	3 527 089
Outros Programas	8 328 783	990 719
Auxílios ao Servidor	200 796	96 493
Assistência Médica a Servidores	44 704	13 996
Emendas Parlamentares	150 000	-
<i>MS (exclusive pessoal e dívida)</i>	<i>14 589 037 910</i>	<i>13 013 330 413</i>
<b>MS – Total Geral</b>	<b>20 513 310 728</b>	<b>18 794 916 541</b>

Fonte: MS/COF.



## A POPULAÇÃO RURAL E A PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL: UMA ANÁLISE COM ÊNFASE NAS MUDANÇAS CONSTITUCIONAIS

*Kaizô Iwakami Beltrão\**

*Sonoê Sugahara Pinheiro\*\**

*Francisco Eduardo Barreto de Oliveira\*\*\**

A evolução da legislação concernente os direitos previdenciários da população rural teve longa e arrastada evolução, com marchas e contramarchas. Com um total de 6,6 milhões de benefícios em manutenção (dezembro de 1998), a extensão da cobertura previdenciária à clientela rural representou um vigoroso avanço em termos de universalização do sistema, redução das desigualdades e erradicação da pobreza absoluta no Brasil. Por sua vez, a Constituição de 1988 ampliou consideravelmente as condições de elegibilidade, bem como duplicou o valor dos benefícios previdenciários e assistenciais. Este trabalho se propõe a fazer uma análise comparativa da situação da população rural brasileira com respeito à previdência social em dois instantes de tempo: em 1988, ou seja, na situação ainda prévia à implementação dos novos dispositivos constitucionais, e em 1996, ano no qual estes já estão totalmente implantados. Objetiva-se, em resumo, responder às seguintes perguntas:

- Melhorou a cobertura do sistema previdenciário rural?
- Os dispositivos da Constituição de 1988 permitiram a redução da pobreza e da desigualdade entre a população rural ?
- Como foram afetados (diferencialmente ) homens e mulheres?

### **1 Distribuição Espacial da População Brasileira**

A população brasileira, que era predominantemente rural nos anos 40, hoje é principalmente urbana. O grau de urbanização seguiu uma trajetória logística com valores bem perto de 30% em 1940 (data do primeiro censo com a informação de situação de domicílio), e chegou a quase 80% em

---

\* *Diretor da Escola Nacional de Estatística – IBGE.*

\*\* *Consultora do IPEA.*

\*\*\* *Da Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA.*

---



1996 (última contagem existente). A população rural, apesar da alta taxa de emigração para as áreas urbanas, conseguiu manter, até 1970, uma taxa positiva de crescimento do seu contingente; e, a partir daí, apresentou quedas em valores absolutos em torno de 0,75% ao ano.

Os indicadores de distribuição espacial da população brasileira apontam no sentido do aumento da concentração da população nas áreas urbanas e nas grandes cidades. Em 1996, aproximadamente 78% da população brasileira viviam em área urbanas e estavam bastante concentrados na área costeira. A proporção da população que habitava cidades maiores de 20 mil habitantes cresceu de 16%, em 1940, para 76%, em 1996. Nesse mesmo ano, aproximadamente 17% da população brasileira viviam em apenas duas cidades, São Paulo e Rio de Janeiro.

Apesar da menor importância relativa do contingente rural, *vis-à-vis* o urbano, cumpre lembrar que, dadas as dimensões continentais do país, estamos tratando de uma população de 33,3 milhões de pessoas.

## 2 Evolução da Legislação Previdenciária

Embora existisse uma legislação previdenciária ainda no século XIX (principalmente com respeito a servidores militares e civis da União), é a Lei Eloi Chaves, promulgada em 1923, depois de tramitar dez anos no Congresso, que é considerada o marco legal do sistema previdenciário vigente no Brasil. A cobertura foi inicialmente restrita a uma parcela dos empregados urbanos de certas companhias, e, paulatinamente, foi estendida a outros grupos: empregadores, autônomos, empregados domésticos, trabalhadores rurais, etc.

A efetiva inclusão do trabalhador rural no campo da legislação previdenciária só veio a concretizar-se em 1963, com a aprovação do Estatuto do Trabalhador Rural (Lei nº 4 214, de 2 de março), que, entre outras medidas, criou o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL). O Estatuto do Trabalhador Rural foi reformulado pelo Decreto-Lei nº 276, de 28 de fevereiro de 1967, que tentou adequá-lo às suas reais possibilidades. Em 25 de maio de 1971, a Lei Complementar nº 11 extinguiu o Plano Básico e criou, em seu lugar, o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-Rural).

---



Até 1977, as clientela rural e urbana eram assistidas, respectivamente, por dois órgãos distintos: o FUNRURAL e o INPS. Essas entidades eram responsáveis pela prestação de benefícios, assistência médica, assistência social e por toda a estrutura administrativa e financeira de seus respectivos programas. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), pela Lei nº 6 439, de 1ª de setembro de 1977, as duas clientela foram unificadas. Até a Constituição de 1988, a elegibilidade para o benefício rural de aposentadoria por idade era definida aos 65 anos de idade (como para o trabalhador urbano do sexo masculino), limitado ao cabeça do casal, e os valores das aposentadorias eram de meio salário-mínimo, a não ser para a aposentadoria por invalidez por acidente de trabalho, que era de três quartos do salário-mínimo. O benefício de pensão tinha valor ainda inferior. Para o custeio, além da alíquota de 2,5% sobre o valor da primeira comercialização do produto rural, foi criada uma alíquota de 2,4% sobre a folha de salário urbana. Em paralelo aos benefícios previdenciários foram também criados benefícios assistenciais: as rendas mensais vitalícias por idade (elegibilidade aos 70 anos) e por invalidez (também com valor de meio salário-mínimo), que cobriam a parcela da população rural que não podia de alguma forma comprovar a atividade.

A Constituição de 1988 instituiu novos parâmetros para a população rural: idade para elegibilidade do benefício aos 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres (cinco anos a menos do que para os trabalhadores urbanos), e um piso de benefício igual a um salário-mínimo, inclusive para a pensão), além de, na prática, universalizar o benefício para toda a população rural. Homens e mulheres tiveram igualdade de acesso. Isso deu-se sob a alegação (verdadeira) de que a esperança de vida ao nascer da população rural é mais baixa do que a da urbana. Na verdade, em cada estado da Federação, a esperança de vida da população urbana é igual ou mais baixa do que a da população rural. Como, porém, o maior contingente de população rural está concentrado nos estados de mais baixa esperança de vida, a média nacional por situação de domicílio inverte o padrão encontrado localmente.

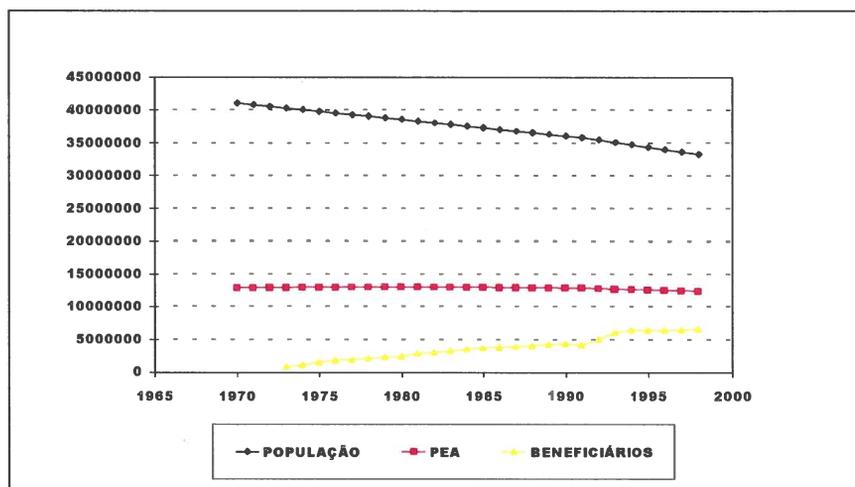
### **3 Evolução da População Rural: Ativos e Beneficiários**

O gráfico 1 mostra a evolução dos contingentes da população rural total, economicamente ativa (PEA) e de beneficiários (previdenciários, acidentários



e assistenciais), para o período 1971/1998. Apesar da grande queda experimentada pelo total da população rural (7,8 milhões entre 1970 e 1998), a População Economicamente Ativa permaneceu praticamente constante (queda de 0,5 milhão no mesmo período – uma diminuição de 0,14% ao ano), em consequência de um perfil populacional mais velho. Concomitantemente, evidencia-se um vigoroso crescimento inicial dos contingentes inativos, *vis-à-vis* a força de trabalho ativa. Fica também claro o *salto* no contingente de beneficiários da previdência rural, fruto da redução das idades de elegibilidade determinada pela Constituição de 1988 (com uma defasagem de quatro anos para a promulgação das leis complementares).

GRÁFICO 1  
População Rural — Total, Economicamente Ativa e de Beneficiários  
Brasil — 1970/1998



Os gráficos 2 e 3 apresentam as distribuições da população rural com mais de dez anos de idade por idade, sexo e condição de benefício/atividade. Note-se que esses dados, retirados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD),<sup>1</sup> utilizam a definição do IBGE do que é

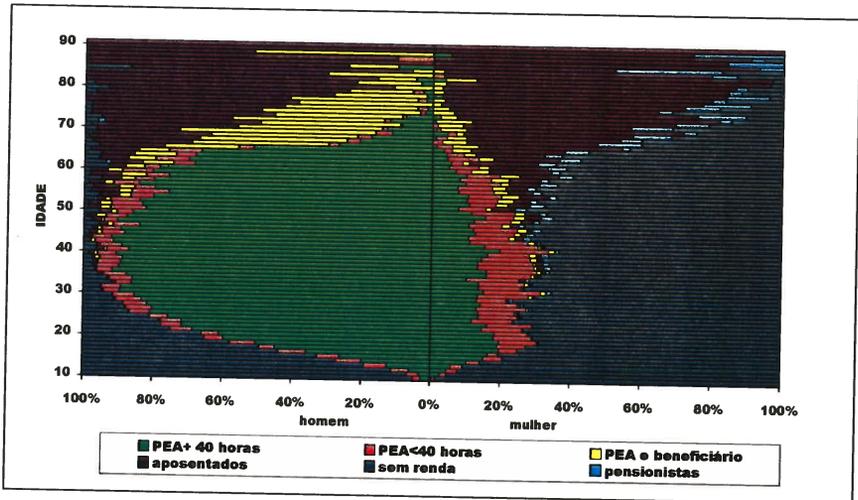
<sup>1</sup> Realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).



rural,<sup>2</sup> porque os registros da previdência social não permitem o recorte por sexo. Assim, nem todas as pessoas que recebem benefícios da previdência rural estão aí incluídas, e nem todos aqueles aqui tabulados como recebedores de benefícios foram obrigatoriamente trabalhadores rurais. Além disso, não se incluiu a área rural da região Norte (com exceção do Estado de Tocantins). Optou-se, nas tabulações, pelos cortes de *ativos com 40 ou mais horas semanais de trabalho, ativos com menos de 40 horas semanais de trabalho, beneficiários ainda em atividade, aposentados, pensionistas e inativos sem rendimentos*.<sup>3</sup>

## GRÁFICO 2

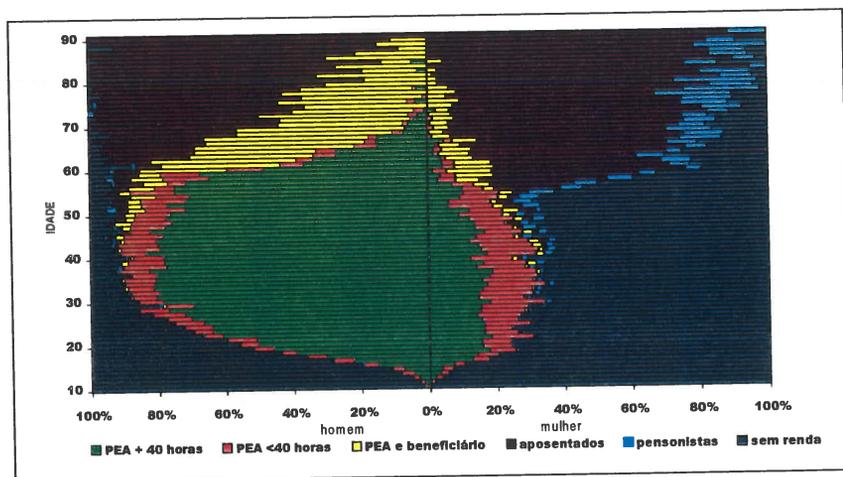
Distribuição da População Rural com Mais de 10 Anos por Idade, Sexo, Condição de Beneficiário/Atividade – PNAD 1998



- <sup>2</sup> O IBGE assume a definição administrativa feita em nível municipal das áreas consideradas urbanas e rurais. Em princípio, todas as sedes de município, distrito e vila são consideradas urbanas e, conseqüentemente, também a sua população.
- <sup>3</sup> O grupo dos ativos com 40 ou mais horas semanais de trabalho foi definido como aqueles que trabalharam 40 horas ou mais na semana da pesquisa e que não recebiam nem pensão nem aposentadoria; beneficiários ainda em atividade foi definido como aqueles que tinham renda mensal da ocupação principal e que também recebiam pensão ou aposentadoria; aposentados e pensionistas foram definidos como aqueles que não tinham renda mensal da ocupação principal e recebiam rendimentos de aposentadoria e pensão, respectivamente; e inativos sem rendimentos foram definidos como aqueles que tinham rendimento mensal de todas as fontes nulo.



GRÁFICO 3  
Distribuição da População Rural com Mais de 10 Anos por Idade, Sexo, Condição de Beneficiário/Atividade – PNAD 1996



A primeira constatação, até certo ponto surpreendente, é a alta incidência da acumulação de benefícios de aposentadoria e trabalho pelos homens rurais, mesmo em idades avançadas, tanto em 1988 quanto em 1996. Por exemplo, em 1988, cerca de 40% dos homens nas faixas de idade de, aproximadamente, 70 anos continuam em atividade e recebendo benefício. Apesar da melhoria do valor do benefício, que duplicou em termos do número de salários-mínimos,<sup>4</sup> o mesmo padrão se repete em 1996. Este pode ser um construto social, dado o valor positivo alocado a pessoas idosas *vigorosas* que, apesar da idade, declaram continuar trabalhando.

No Brasil, existe um problema de mensuração na atividade feminina, que ocorre principalmente no campo, mas também é comum na cidade, pois, em regime de economia familiar, o trabalho da mulher não é valorado da mesma

<sup>4</sup> Reconhece-se que, para efeitos de uma análise mais aprofundada, o referencial de mensuração em termos de número de salários-mínimos é inadequado. Seria necessário estabelecer uma escala que refletisse o poder de compra do benefício nos dois instantes de tempo considerados, o que, entretanto, está fora do escopo deste trabalho. Como *proxy*, utilizou-se o valor real, corrigido pelo INPC.



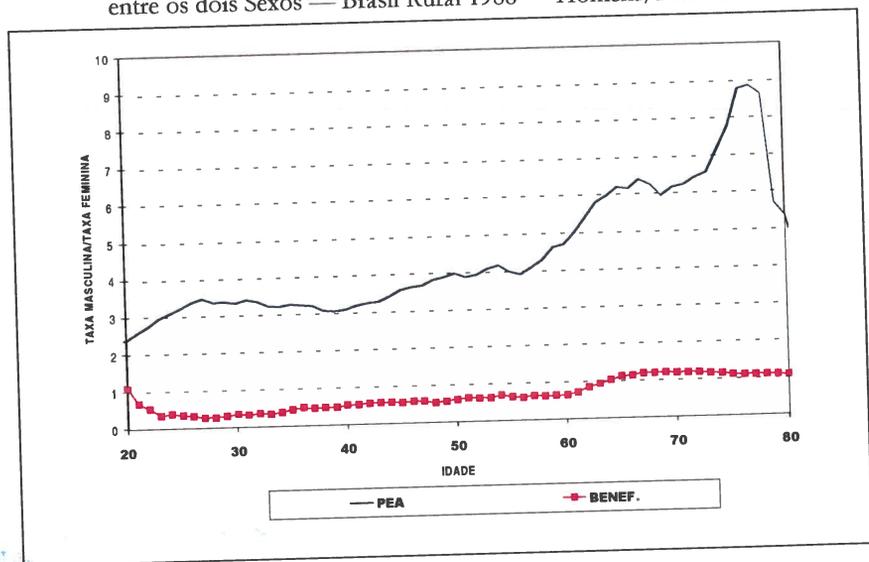
forma que o do homem, e, assim, não é corretamente reportado nas pesquisas. As taxas de atividade apresentadas pelas mulheres nas duas datas são consistentemente inferiores a 40%, para todas as idades, para ambos os anos considerados. No entanto, a incidência de beneficiárias é bem alta, mesmo em 1988, quando a legislação incluía somente o cabeça do casal. Isso denota, provavelmente, um vazamento entre as categorias de *aposentadas e pensionistas*. Observe-se que as taxas são crescentes a partir de 60 anos (nesse caso, provavelmente trata-se de benefícios urbanos ou aposentadorias por invalidez, porque a idade para elegibilidade é 65 anos), e atingem cerca de 80% das pessoas com idades próximas aos 80 anos.

Com a implementação da nova legislação, em 1996, é bem nítida a retração da População Economicamente Ativa não recebedora de benefícios (ver gráfico 3). Por outro lado, existe uma expansão dos beneficiários e, principalmente entre os homens, de beneficiários ainda em atividade. É também clara a nova conformação das taxas de incidência de recebimento de benefícios de aposentadoria entre a população do sexo feminino. Ao contrário do que acontecia em 1988, quando as taxas cresciam suavemente a partir de 60 anos, em 1996 temos um crescimento rápido a partir de 55 anos de idade, e os mesmos 80% de incidência ocorrem já aos 60 anos de idade. Cresce também a taxa de incidência de pensionistas entre as mulheres mais velhas.

Comparando-se as taxas de atividade dos homens às das mulheres em 1988 (ver gráfico 4), encontramos razões cada vez maiores conforme a idade: vai de duas vezes mais para o grupo de pessoas de 15 a 20 anos, a algo como seis a sete vezes mais nos de idade mais avançada. Em outras palavras, como se mencionou, a força de trabalho rural é preponderantemente masculina. Observe-se, entretanto, que o mesmo não ocorre em relação aos benefícios. O gráfico da razão das taxas de usufruto de benefícios entre homens e mulheres tem a forma de U: nas primeiras idades (abaixo de 20 anos), a incidência é maior entre os homens, talvez por causa das aposentadorias por invalidez. A partir daí, a incidência feminina é cada vez maior (pela concessão de pensões), até atingir um máximo da diferença aos 30 anos, quando esta começa a declinar. A partir dos 65 anos, a maior incidência no recebimento dos benefícios é novamente masculina (dada a legislação que restringia o benefício ao cabeça de casal).



GRÁFICO 4  
Razão das Taxas de Atividade e de Recebimento de Benefícios  
entre os dois Sexos — Brasil Rural 1988 — Homens/Mulheres

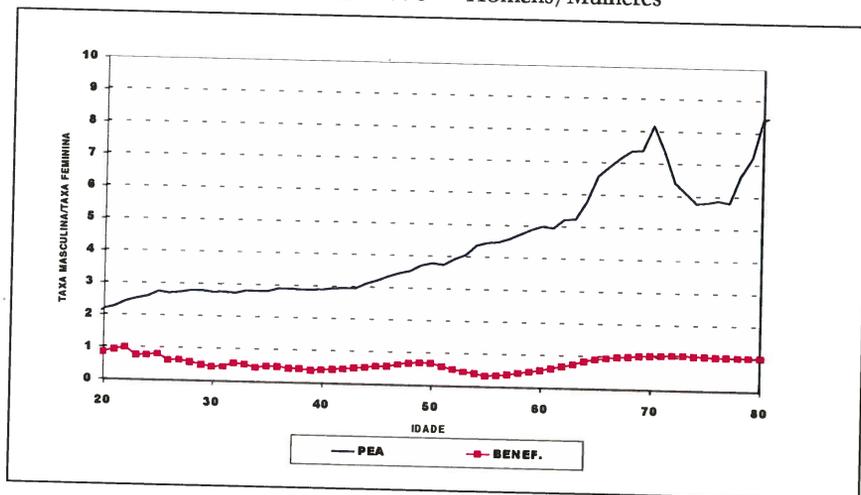


Essas constatações podem levar a algumas conclusões interessantes sobre o inter-relacionamento entre o trabalho e o sistema de previdência rural no Brasil. Observe-se que, a princípio, poder-se-ia supor que a distribuição dos benefícios entre homens e mulheres espelhasse a da PEA. Como foi demonstrado, isso não ocorre: há enorme predominância masculina no mercado de trabalho, enquanto, do lado dos benefícios, há participação muito maior das mulheres. Isso significa que as mulheres rurais, embora não se declarem trabalhadoras, conseguem, de alguma forma, obter os benefícios previdenciários e assistenciais.



As razões das taxas de atividade de homens e mulheres em 1996 (ver gráfico 5) é muito semelhante ao observado, em 1988, na maior das idades ativas; as maiores diferenças encontram-se na população acima de 70 anos. Em outras palavras, o padrão de masculinização da força de trabalho permaneceu praticamente inalterado durante o período de análise. A razão de usufruto dos benefícios entre homens e mulheres, por sua vez, modifica-se consideravelmente: o mínimo ocorre em idade mais avançada (56 anos, em 1996, contra 28 anos, em 1988), e, a partir dos 65 anos, os valores são mais próximos da unidade. De qualquer forma, a conclusão permanece a mesma: apesar da pouca participação (declarada) no mercado de trabalho, as mulheres têm alta participação no que toca ao recebimento dos benefícios previdenciários e assistenciais rurais.

GRÁFICO 5  
Razão das Taxas de Atividade e de  
Recebimentos de Benefícios Entre os Dois Sexos  
Brasil — Rural 1996 — Homens/Mulheres

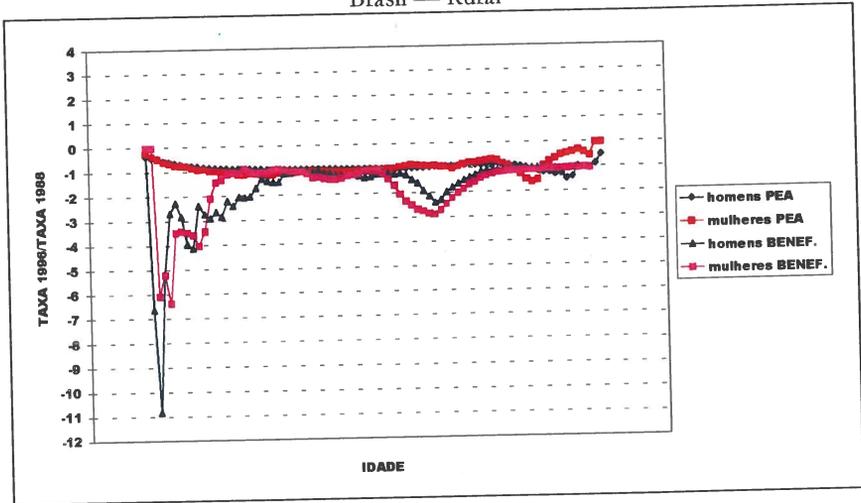


Para apreciar a mudança ocorrida entre 1988 e 1996, o gráfico 6 apresenta a razão entre as taxas de atividade e de recebimento de benefícios nessas duas datas. Comparando-se as taxas de atividade e de usufruto de benefícios em



1996 e 1988, é bem visível a entrada mais tardia do trabalhador (e da trabalhadora) rural no mercado de trabalho. Isso é evidenciado por razões menores que a unidade para os homens até cerca de 35 anos e até 25 anos para as mulheres. Em contrapartida, no caso dos benefícios, as razões são, para quase todas as idades, superiores à unidade, tanto para os homens quanto para as mulheres. Em outras palavras, para cada faixa etária há uma proporção maior de pessoas aposentadas em 1996 do que havia em 1988. Embora seja difícil isolar os efeitos dos novos dispositivos constitucionais sobre a previdência e assistência social rurais como se fossem os únicos causadores dessa mudança, é bastante provável que estes tenham desempenhado papel fundamental. Ao reduzirem as idades de elegibilidade para a aposentadoria, esses dispositivos parecem ter provocado uma verdadeira explosão dos contingentes de beneficiários. Por exemplo, aos 60 anos, a proporção de mulheres aposentadas na área rural, em 1996, era cerca de três vezes o que era em 1988; para os homens, essa razão entre proporções de aposentados com a mesma idade é de aproximadamente 2,5.

GRÁFICO 6  
Razão das Taxas de Atividade e de Recebimentos de  
Benefícios entre 1996 e 1998  
Brasil — Rural





#### 4 Renda Familiar *per Capita* Com e Sem Idosos

Os gráficos 7 e 8 apresentam o resultado de um exercício que consiste na exclusão do idoso do grupo familiar e no cálculo da renda *per capita* antes e depois da exclusão. Esses gráficos apresentam a variação na renda familiar *com* e *sem* os idosos, respectivamente, para os anos de 1988 e 1996.

GRÁFICO 7  
Valorização na Renda Familiar *per Capita* com Exclusão dos Idosos  
Brasil Rural – 1988 – Todas as Famílias

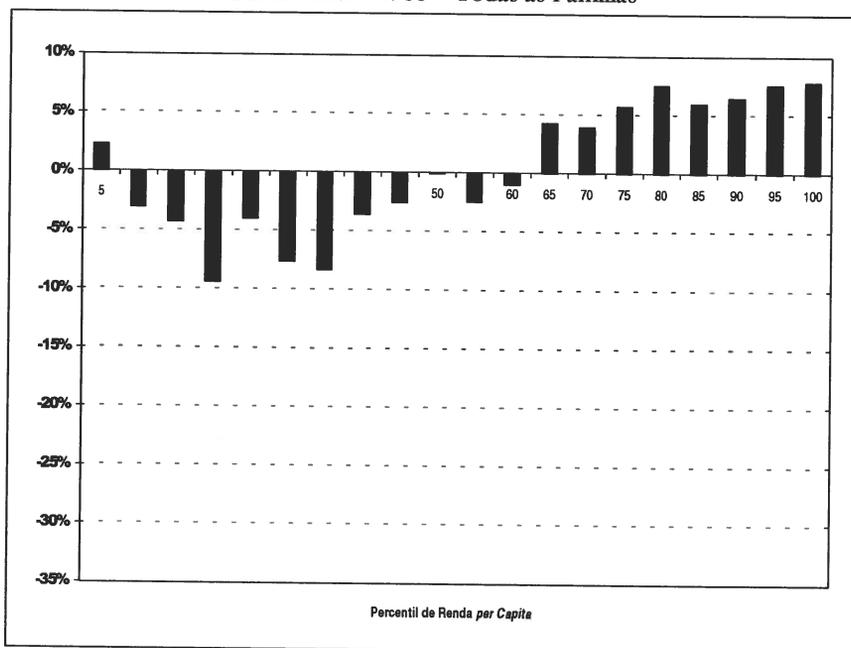
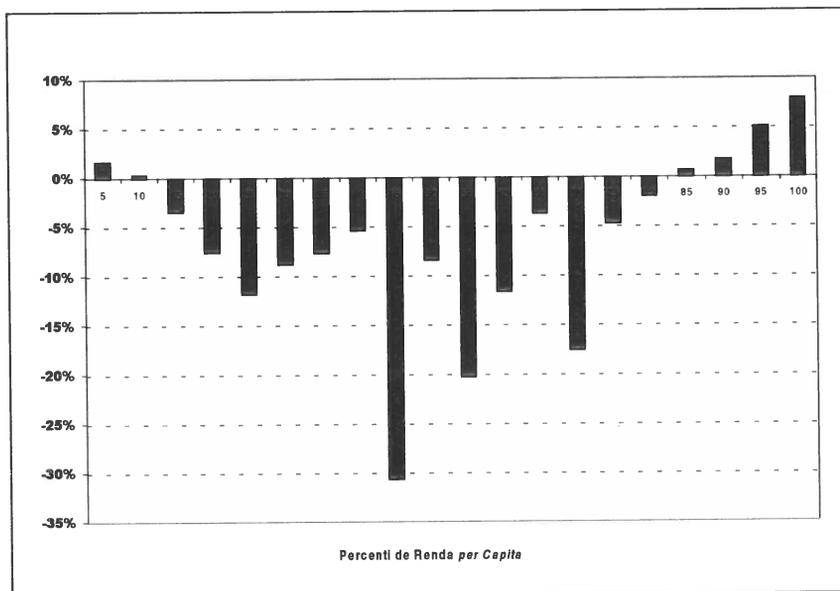




GRÁFICO 8  
Valorização na Renda Familiar *per Capita* com Exclusão dos Idosos  
Brasil Rural – 1996 – Todas as Famílias



Em 1988, verifica-se que os grupos abaixo do percentil 60 teriam sua renda *per capita* diminuída com a exclusão dos idosos, com uma redução média próxima a 6%. Em 1996, por sua vez, o impacto e o número de famílias atingidas negativamente seria muito maior: as famílias abaixo do percentil 80 sofreriam redução na renda familiar com a exclusão dos idosos: um impacto da ordem de 13%. Isso demonstra, mais uma vez, a crescente importância econômica do idoso no grupo familiar de baixa renda, fruto não só dos processos de envelhecimento demográfico mas também das melhorias nas condições de elegibilidade e valor dos benefícios.

Poder-se-ia, entretanto, argüir que esse fenômeno poderia decorrer de uma mudança no perfil da família rural brasileira, com respeito à proporção de idosos.

Isso não é verdadeiro, como se pode verificar nos gráficos 9 e 10, nos quais a proporção de idosos na família se mantém razoavelmente constante



entre 1988 e 1996 (mostrando um ligeiro crescimento, em 1996, apenas para as famílias menores e de até doze elementos), quando consideramos o universo de todas as famílias. Quando consideramos apenas as famílias com idosos, o mesmo comportamento se verifica, com exceção das famílias de tamanhos 4 e 5, que mostram pequena queda. Também não parece verdade que, com o aumento da renda do idoso, teríamos mais filhos a permanecer em casa para usufruir dessa renda certa. Existem evidências de que, em algumas cidades do Nordeste, a renda auferida por aposentadorias sobrepassa em muito o Fundo de Participação de Municípios, mas esse fato não teve efeito positivo ou negativo na estrutura familiar.

GRÁFICO 9  
Proporção de Idosos na Família por Tamanho de Família  
Brasil Rural — 1988 e 1996

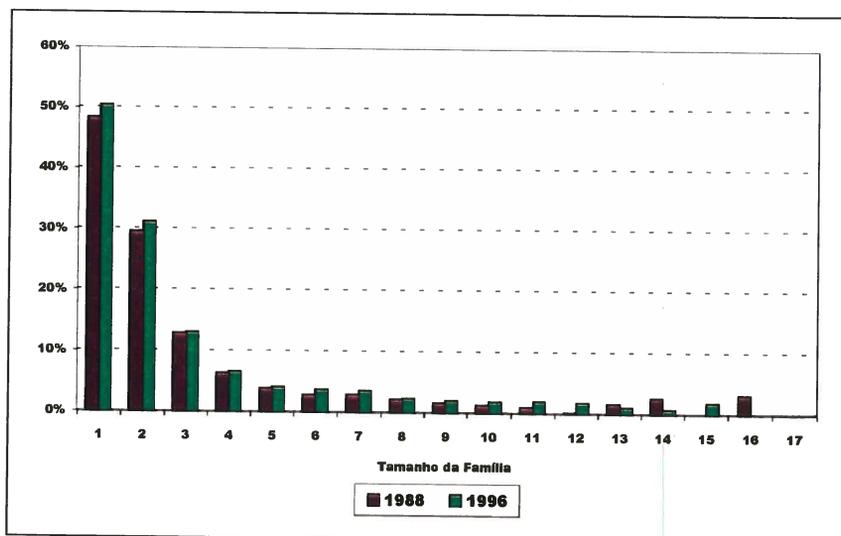
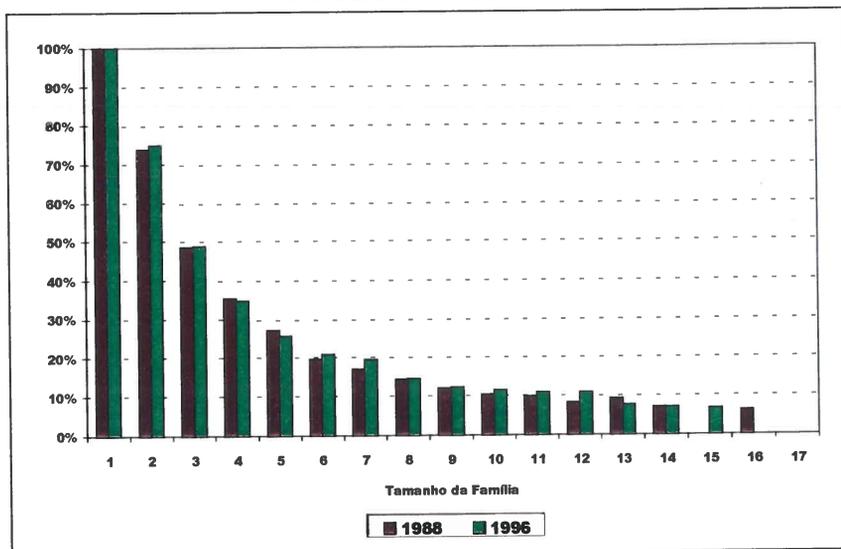




GRÁFICO 10  
 Proporção de Idosos na Família por Tamanho de Família com Idosos  
 Brasil Rural — 1988 e 1996



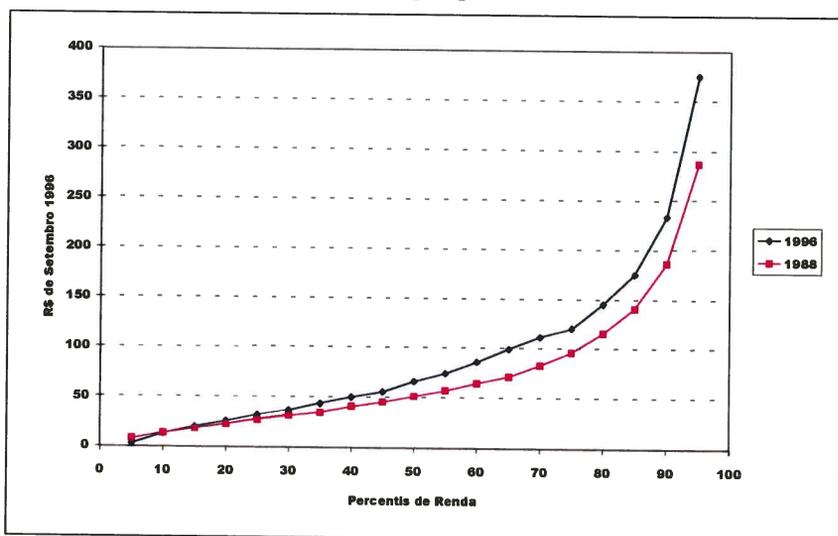
Em outras palavras, pode-se rejeitar a hipótese de que a maior importância econômica dos idosos nas famílias rurais seja causada por uma mudança demográfica e não pelos novos dispositivos constitucionais.

## 5 Comentários e Conclusões

O gráfico 11 apresenta os valores de percentis selecionados de renda familiar *per capita* da região rural brasileira para os dois instantes do tempo considerados neste texto. Todos os valores correspondentes aos percentis acima de 15 foram majorados em termos reais, de 1988 a 1996. Também é importante observar que os acréscimos de 1988 a 1996 são maiores quanto mais elevada for a renda da família. Como são justamente essas as famílias em que, progressivamente, se concentram os idosos e, ainda, é nessas em que mais cresce a participação do idoso na renda familiar, fica bastante claro que as mudanças constitucionais foram as determinantes desse fenômeno.



GRÁFICO 11  
Valor da Renda Familiar *per Capita* para Percentis Seleccionados



Ainda que os benefícios previdenciários tenham a função específica de servir como *seguro contra perda de capacidade laborativa*, é inegável o papel social que a previdência rural tem desempenhado na elevação da renda no campo e, nesse sentido, colaborado com a erradicação da pobreza.

### Referências Bibliográficas

BELTRÃO, K.I, PINHEIRO, S. S., OLIVEIRA, F. E. B. *A População Rural e a Previdência Social no Brasil: Uma Análise com Ênfase nas Mudanças Constitucionais*. Documento apresentado no seminário Pobreza e População Rural, organizado pela CEPAL, Chile, 1999.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei nº 7 526, de 7 de maio de 1945 (Lei Orgânica dos Serviços Sociais).

BRASIL. Lei nº 2 613, de 23 de setembro de 1955 (criou o Serviço Social Rural).



BRASIL. Lei nº 4 214, de 2 de março de 1963 (Estatuto do Trabalhador Rural).

BRASIL. Decreto-Lei nº 276, de 28 de fevereiro de 1967 (Reformulação do Estatuto do Trabalhador Rural).

BRASIL. Decreto-Lei nº 564, de 1º de maio de 1969 (Plano Básico da Previdência Social).

BRASIL. Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971 (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural – Pró-Rural).

BRASIL. Lei nº 6 179, de 11 de dezembro de 1974 (Amparo Previdenciário).

BRASIL. Lei nº 6 195, de 19 de dezembro de 1974 (Seguro Acidentes do Trabalho Rural).

BRASIL. Lei nº 6 260, de 6 de novembro de 1975 (Empregador Rural).

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1988.

OLIVEIRA, Francisco E. B. de, BEVILAQUA, Afonso S. *Um Diagnóstico da Previdência e Assistência Social Rural*. IPEA, Rio de Janeiro, 1984.

OLIVEIRA, Francisco E. B. de, BELTRÃO, Kaizô I. e, MEDICI, André C. *A Reforma da Seguridade Social no Brasil: Passado, Presente e Futuro*. Relatório para OIT, Rio de Janeiro, 1993.



## O GASTO DOS IDOSOS EM SAÚDE: SINAL DOS TEMPOS\*

Carlos Octávio Ocké Reis\*\*

### 1 Introdução

O crescimento da população idosa é um dos principais fenômenos sociais da atualidade. O aumento da esperança de vida, somado à redução da fecundidade, podem mesmo estar inaugurando sociedades fortemente baseadas em transferências monetárias entre as gerações, intermediadas ou não pelos governos [Rosanvallon, 1998]. Em que pesem as desigualdades de renda *per capita* e as diferenças por sexo — que devem ser levadas em consideração na formulação das políticas de previdência e saúde, a maior esperança de vida implica, por si só, uma reestruturação dessas políticas, pois esse novo perfil etário produz alterações epidemiológicas e sociais.

O objetivo deste trabalho é avaliar o comportamento da demanda por saúde das pessoas com 60 anos ou mais. Foram utilizados microdados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF),<sup>1</sup> e buscou-se identificar a estrutura de gasto, receita e poupança das famílias.<sup>2</sup> Em particular, daremos ênfase a

---

\* O autor agradece a orientação dada pela prof<sup>a</sup> dra. Ana Amélia Camarano, editora deste periódico, os esclarecimentos fornecidos por Marcelo Madeiros, Fernando Gaiger, Luis Carlos Magalhães e a colaboração de Rejane Sayuri Izaki, na coleta e tabulação dos dados da pesquisa social empírica. De qualquer forma, quaisquer avaliações incorretas remanescentes são de responsabilidade do autor.

\*\* Pesquisador da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA. Doutorando da Escola de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ, Rio de Janeiro.

<sup>1</sup> A POF 96 compreendeu um período de doze meses, entre 1<sup>a</sup> de outubro de 1995 e 30 de setembro de 1996. A data específica de referência foi 15 de setembro de 1996, quando o salário-mínimo apresentava o valor monetário de R\$ 112,00 (cento e doze reais). As pesquisas abrangem as regiões metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, além dos municípios de Goiânia e Brasília.

<sup>2</sup> No total são cinco cadernetas entregues às famílias: (i) Questionário de Domicílios; (ii) Questionário de Despesa Coletiva; (iii) Caderneta de Despesa Coletiva; (iv) Questionário de Despesa Individual; e (v) Questionário de Rendimento Individual. Elas apresentam, por exemplo, segundo grupos de produto, um período de referência diferente no que se refere à coleta de dados, que pode ser de 7, 30, 90 ou 180 dias. Por outro ângulo,



uma descrição preliminar da distribuição dos gastos dos idosos em saúde com 60 anos ou mais. Discutimos *o quanto* (a proporção) e *em quê* (o tipo) os idosos destinaram seus recursos financeiros. Seleccionamos, *ad hoc*, a população de 30 a 50 anos para efetuar comparações com os dispêndios da população de 60 anos ou mais.

Nesse estágio do trabalho não se considerou nenhuma desagregação por grupos de renda. Tampouco foi levada em conta, na avaliação da distribuição dos gastos em saúde segundo as faixas etárias, o peso relativo de cada faixa no universo populacional expandido a partir da amostra da POF. Em outras palavras, a participação no gasto de cada faixa etária não foi ponderada por seu respectivo peso na população.<sup>3</sup>

A despeito da convivência de doenças crônico-degenerativas com doenças infecciosas e nutricionais, não se pode negar que os avanços da medicina, entre outros, têm contribuído para o aumento da elevação da expectativa de vida. Essa elevação, entretanto, somente pode ser festejada se realmente for acompanhada por um aumento da qualidade de vida, sobretudo dos mais pobres. Por isso é que a emergência de sociedades com estrutura etária mais envelhecida passa a constituir um desafio permanente para os formuladores de políticas.

## 2 Quadro Geral

As nove regiões metropolitanas (RM) e as duas cidades consideradas abrigam 46 milhões de habitantes, o equivalente a 30% da população brasileira em 1996. Representam as famílias que vivem nas áreas urbana e industrial, concentradas principalmente nas regiões Sudeste e Sul.

---

a investigação da “Séries Relatórios Metodológicos da POF” (Obtenção de Informações em Campo, Tratamento das Informações e Aspectos da Amostragem) acaba permitindo que o pesquisador conheça a fundo como se operam os passos da pesquisa de campo e, simultaneamente, como se calculam seus resultados.

<sup>3</sup> O IBGE não oferece os pesos dos indivíduos na amostra, no caso do cálculo da expansão do número total de indivíduos *segundo as faixas etárias*.

---



TABELA 1  
Gasto Total com Saúde das Famílias  
RM, Brasília e Goiânia  
1996

RM e Cidades	Gasto Total das Famílias (R\$ milhões)	Gasto Total com Saúde das Famílias (R\$ milhões)	População Considerada	Gasto <i>per Capita</i> com Saúde	Percentual do Gasto com Saúde das Famílias <sup>2</sup>
RM Belém	1 269	186	950 845	196	14,66
RM Fortaleza	2 971	311	2 517 375	124	10,47
RM Recife	3 645	552	2 910 148	190	15,14
RM Salvador	3 501	473	2 619 613	181	13,51
RM Rio de Janeiro	16 948	2 384	10 043 297	237	14,07
RM Belo Horizonte	7 797	948	3 556 695	267	12,16
RM São Paulo	35 803	5 230	15 710 042	333	14,61
RM Curitiba	4 854	723	2 221 578	325	14,89
RM Porto Alegre	6 918	908	3 086 721	294	13,13
Brasília	3 804	520	1 684 089	309	13,67
Goiânia	2 046	267	994 473	268	13,05
<b>Total<sup>1</sup></b>	<b>89 556</b>	<b>12 502</b>	<b>46 294 876</b>	<b>270</b>	<b>13,96</b>

Fonte: POF 96 / IBGE. Elaboração do autor.

Notas: <sup>1</sup> Trata-se da soma das áreas da POF. Desse modo, o cálculo do gasto *per capita*, bem como o percentual de gasto em saúde das famílias, não foram feitos a partir de médias ponderadas.

<sup>2</sup> Para efeitos dessa pesquisa, a agregação dos itens que compõem os gastos em saúde das famílias por meio dos microdados não é idêntica àquela tabulada pelo IBGE.

Na tabela 1, observa-se que os gastos das famílias em saúde, em 1996, atingiram a magnitude de R\$ 12,5 bilhões. Tais gastos representaram 50% do gasto público das três esferas de governo em saúde nesse ano.<sup>4</sup> Há, entretanto, diferenças marcantes na magnitude do gasto *per capita* anual entre as diversas áreas da pesquisa. As regiões metropolitanas de São Paulo, Curitiba e Brasília apresentam gastos acima de R\$ 300. Em uma posição inferior encontram-se as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre e a cidade de Goiânia, cujos dispêndios variaram entre R\$ 237 e R\$ 294. Nas áreas localizadas nas regiões Norte e Nordeste encontram-se os menores valores de gasto. Esse fato sugere que as famílias residentes nas regiões mais pobres gastam menos em saúde; por exemplo, na Região Metropolitana de Fortaleza, o gasto *per capita* anual foi de R\$ 124 — apenas um terço do gasto efetuado em São Paulo.

A avaliação da POF permite igualmente verificar que o gasto em saúde das famílias correspondeu a cerca de 14% do total de gasto das famílias no

<sup>4</sup> A informação relativa ao montante do gasto público consolidado em saúde, em 1996, foi fornecida pela equipe de gasto social da Diretoria de Estudos Sociais do IPEA.



conjunto das áreas da pesquisa (ver tabela 1). Essa participação não pode ser considerada desprezível. De um lado, deve-se levar em consideração a diversidade de gastos que pesam sobre o orçamento domiciliar, tais como habitação, alimentação, transporte, educação, etc. Por outro lado, a própria implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (que garantiu formalmente o acesso universal à saúde), deve ter afetado, em alguma medida, o padrão de consumo em saúde das famílias, no sentido de estas substituírem seu gasto privado pela utilização de bens e serviços públicos.

As regiões metropolitanas cujas famílias tiveram um percentual mais elevado de gasto privado com saúde são as de Recife, Curitiba, Belém, São Paulo e Rio de Janeiro (entre 14% e 15%). As famílias da Região Metropolitana de Porto Alegre e as cidades de Brasília e Goiânia têm participação percentual dos gastos em saúde no orçamento domiciliar ligeiramente menor: aproximadamente 13%. E, finalmente, as famílias das regiões metropolitanas de Fortaleza e Belo Horizonte apresentam o menor percentual de gasto em saúde: em torno de 12%.

### 3 Quanto os Idosos Gastam Com Saúde?

De modo geral, o gasto privado em saúde é uma função das necessidades de saúde, da renda *per capita* domiciliar, das pré-condições do acesso e da qualidade da oferta do setor público. Estudos clássicos de medicina social apontam para uma correlação positiva entre o nível de renda e de educação dos indivíduos e a taxa de utilização dos bens e serviços de saúde.

A avaliação dos dados da tabela 2 nos dá uma dimensão do montante de gasto dos idosos em saúde: em 1996, chegou a R\$ 1 bilhão, o que representa aproximadamente 8% do total de gasto em saúde.<sup>5</sup> Metade desses gastos está concentrada nas regiões metropolitanas da região Sudeste.<sup>6</sup> O que chama atenção na tabela 2 é que o gasto das pessoas entre 30 a 50 anos

---

<sup>5</sup> Segundo o censo de 1996, as pessoas com 60 anos e mais totalizavam 12,4 milhões (8% da população).

<sup>6</sup> Em termos da participação percentual do gasto em saúde, segundo a região metropolitana, da faixa etária de 60 anos ou mais, verifica-se que, em Salvador e Belo Horizonte, houve as mais altas participações entre o conjunto das áreas da pesquisa. Em contrapartida, na Região Metropolitana de São Paulo e nas cidades de Brasília e Goiânia, a participação percentual do gasto em saúde dos idosos foi relativamente baixa.

---



são duas vezes maiores do que o gasto dos idosos, e representa cerca de 20% do total de gastos. No caso dessa faixa etária, as regiões metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro absorvem a quase totalidade dos gastos.<sup>7</sup>

TABELA 2  
Distribuição Percentual do Gasto Total e com  
Saúde por Grupos de Idade Selecionados  
RM, Brasília e Goiânia – 1996

RM e Cidades	Total	Em R\$ (milhões)		Percentual	
		30 a 50 Anos	60 Anos e +	30 a 50 Anos	60 Anos e +
RM Belém	186	28	18	15,05	9,68
RM Fortaleza	311	43	31	13,83	9,97
RM Recife	552	100	65	18,12	11,78
RM Salvador	473	100	67	21,14	14,16
RM Rio de Janeiro	2 384	507	176	21,27	7,38
RM Belo Horizonte	948	87	126	9,18	13,29
RM São Paulo	5 230	1 148	338	21,95	6,46
RM Curitiba	723	166	58	22,96	8,02
RM Porto Alegre	908	120	86	13,22	9,47
Brasília	520	82	35	15,77	6,73
Goiânia	267	57	12	21,35	4,49
<b>Total</b>	<b>12.502</b>	<b>2.438</b>	<b>1.012</b>	<b>19,50</b>	<b>8,09</b>

Fonte: POF 96 / IBGE.

Elaboração do autor.

#### 4 Em Que os Idosos Gastam em Saúde?

Os gastos dos idosos em saúde são agrupados em sete tipos de gasto: (a) remédios; (b) profissionais de saúde; (c) prestadores hospitalares; (d) planos de saúde; (e) órtese e prótese; (f) serviços terapêuticos e diagnósticos; e (g) óculos. Na tabela 3, demonstramos a demanda por saúde dos indivíduos segundo o tipo de gasto. O primeiro dado que chama atenção é a magnitude do gasto com medicamentos por parte dos idosos. Em termos percentuais, tais gastos representam mais de um terço do total de gastos no conjunto das regiões metropolitanas (quase 50% nas cidades de Brasília e Goiânia). Do ponto de vista econômico, alguns dos fatores responsáveis

<sup>7</sup> Na mesma linha da nota anterior, para a faixa etária de 30 a 50 anos, verifica-se que, em Curitiba e São Paulo, houve as duas mais altas participações. Do lado oposto, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, esses indivíduos apresentaram participação percentual do gasto muito baixa; em torno de 9%.



pelo peso dos remédios no orçamento da população de 60 anos ou mais devem ser: (i) a pequena produção e a precária distribuição de remédios pelos laboratórios das três esferas de governo; (ii) a ausência de cobertura dos planos de saúde – que, quando muito, pagam apenas uma parte dos gastos com remédios; e finalmente (iii), o aumento sistemático de preços desse bem (acima da taxa média de inflação).

Os remédios pesam em torno de um terço no orçamento de saúde dos indivíduos da faixa etária entre 30 a 50 anos, salvo nas regiões metropolitanas de Belo Horizonte e Porto Alegre; ou seja, em termos percentuais, a demanda por remédios é maior entre os idosos.

Os planos de saúde também ocupam lugar de destaque entre os gastos com saúde dos idosos. Sabe-se que, a partir da década de 80, tais planos constituíram-se em uma alternativa de financiamento à compra direta dos bens e serviços de saúde com a ajuda do Estado (renúncia de arrecadação fiscal) e das empresas (com participação no custeio) [Ocké Reis, 1997]. Para a terceira idade, entretanto, deve-se ressaltar que, em alguns casos, os planos são *de adesão* (individuais), com menores chances de se negociar preço, qualidade e cobertura.

Na tabela 3, nas regiões metropolitanas de Belém, Salvador e Rio de Janeiro, a participação percentual dos gastos com os planos é superior a um terço do total de gastos com saúde, e, no caso de Recife, chega quase à metade do total desses gastos. Nas demais regiões, a participação percentual dos gastos varia entre 15% a 30%, salvo no Distrito Federal, onde a participação do gasto dos planos no orçamento com saúde das pessoas de 60 anos ou mais foi de 6,2%. Cabe ressaltar que, na faixa etária entre 30 a 50 anos, nas regiões metropolitanas de Recife e Salvador, o volume de gastos com planos de saúde representa, em termos percentuais, a metade do total de dispêndios com saúde.

Também nos chama atenção o expressivo percentual de gasto com profissionais de saúde. Inferimos que as famílias, apesar de usuárias de planos de saúde, desembolsam recursos financeiros para pagar médicos, dentistas, enfermeiras, etc. Isso sugere que a cobertura desses planos é insuficiente, o que também é reforçado pelas denúncias dos beneficiários nos órgãos de defesa do consumidor.

---



TABELA 3  
Distribuição Percentual do Gasto em Saúde por Tipo e Grupos Etários Seleccionados  
RM, Brasília e Goiânia – 1996

RM e Cidades	Remédios		Profissionais de Saúde		Prestadores Hospitalares		Planos de Saúde	
	30 a 50 Anos	60 Anos e +	30 a 50 Anos	60 Anos e +	30 a 50 Anos	60 Anos e +	30 a 50 Anos	60 Anos e +
RM Belém	34,76	37,59	18,11	14,01	1,83	0,00	39,50	38,32
RM Fortaleza	41,33	43,10	20,12	24,85	0,00	2,11	29,74	27,72
RM Recife	32,73	37,10	10,58	10,41	0,92	1,33	50,69	45,25
RM Salvador	33,83	34,20	10,82	21,08	0,50	2,65	50,56	38,75
RM Rio de Janeiro	34,35	37,47	26,51	12,26	5,13	0,00	28,35	42,65
RM Belo Horizonte	31,88	31,84	32,67	32,09	0,59	9,42	19,88	19,27
RM São Paulo	27,07	43,05	34,06	19,11	3,87	0,55	31,02	28,88
RM Curitiba	25,79	37,24	32,99	29,35	16,80	1,54	19,96	16,38
RM Porto Alegre	45,63	43,59	21,48	27,92	0,89	1,56	21,78	15,65
Brasília	30,50	46,49	27,50	29,39	9,51	0,00	18,13	6,22
Goiânia	37,13	49,40	28,31	18,43	6,19	10,34	15,86	14,59

RM e Cidades	Órtese e Prótese		Serviços Terapêuticos e Diagnósticos		Óculos		Total	
	30 a 50 Anos	60 Anos e +	30 a 50 Anos	60 Anos e +	30 a 50 Anos	60 Anos e +	30 a 50 Anos	60 Anos e +
RM Belém	0,62	1,86	1,66	2,12	3,51	6,10	100,00	100,00
RM Fortaleza	1,26	1,25	1,18	0,06	6,37	0,92	100,00	100,00
RM Recife	0,93	0,73	0,91	1,18	3,23	4,00	100,00	100,00
RM Salvador	0,13	0,53	0,76	1,41	3,40	1,39	100,00	100,00
RM Rio de Janeiro	2,07	1,02	1,64	1,00	1,95	5,60	100,00	100,00
RM Belo Horizonte	11,93	0,59	1,93	3,41	1,12	3,37	100,00	100,00
RM São Paulo	1,27	0,92	0,94	3,95	1,77	3,55	100,00	100,00
RM Curitiba	0,37	4,21	1,24	3,80	2,84	7,47	100,00	100,00
RM Porto Alegre	2,31	3,68	1,71	3,77	6,21	3,85	100,00	100,00
Brasília	9,97	0,00	1,15	10,27	3,24	7,63	100,00	100,00
Goiânia	5,59	0,00	3,60	2,43	3,32	4,81	100,00	100,00

Fonte: POF 96 / IBGE.  
Elaboração do autor.

Na faixa etária de 60 anos ou mais, em muitas regiões metropolitanas, a participação percentual do gasto com profissionais de saúde mantém-se entre 20% e 30% do total de gasto em saúde. Em especial, na região metropolitana de Belo Horizonte, o gasto dos idosos com esse tipo de despe-



sa chega a 32% do total de gasto com saúde. Em sentido oposto, no Rio de Janeiro, talvez devido ao tamanho dos serviços de referência da rede pública, os dispêndios equivalem a 12,2% do total. Na faixa etária entre 30 e 50 anos, os gastos com profissionais de saúde na região Sudeste ultrapassam os 30%. Nas demais regiões, oscilam entre 18 e 28%, exceto em Recife e Salvador.

Na tabela 3, nota-se que os gastos dos indivíduos na faixa etária entre 30 e 50 anos com prestadores hospitalares são expressivos na Região Metropolitana de Curitiba e, na faixa etária de 60 anos ou mais, na cidade de Goiânia. Em relação aos gastos com órtese e prótese, é bastante elevada a participação dos gastos dos indivíduos de 30 a 50 anos em Belo Horizonte. No tocante aos gastos com serviços terapêuticos e diagnósticos destaca-se, na faixa de 60 anos ou mais, a cidade de Brasília, que conta com serviços médicos de referência nacional e alta complexidade tecnológica. Isso deve obrigar as famílias a custearem parte de suas despesas médicas. A participação percentual dos gastos com óculos nas duas faixas etárias avaliadas, embora baixa em termos percentuais, apresentou distribuição relativamente homogênea no conjunto das áreas da pesquisa.

### **5 Comparação entre os Gastos da População entre 30 a 50 Anos e os Idosos (60 anos ou mais)**

Constatou-se anteriormente que o gasto dos indivíduos de 30 a 50 anos é maior do que o gasto dos idosos. A partir da tabela 4, verificamos a razão entre o gasto com saúde da população de 30 a 50 anos em relação ao gasto da população de 60 anos ou mais no ano de 1996.

Os gastos com remédios dos indivíduos de 30 a 50 anos são de 0,7 a 3,6 vezes maiores do que os dos idosos. No tocante aos gastos com profissionais de saúde, destacam-se as regiões metropolitanas da região Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo) e a cidade de Goiânia, cujo gasto das pessoas de 30 a 50 anos representa 7,4 vezes o gasto dos idosos. Igualmente, é muito expressiva a diferença dos gastos com prestadores hospitalares entre as duas faixas etárias em São Paulo e Curitiba: 25 e 30 vezes, respectivamente.

---



TABELA 4  
Razão entre o Gasto em Saúde, segundo Tipo,  
da População de 30 a 50 Anos em Relação à População de 60 Anos ou Mais  
RM, Brasília e Goiânia – 1996

RM e Cidades	Remédios	Profissionais de Saúde	Prestadores Hospitalares	Planos de Saúde	Órtese e Prótese	Serviços Terapêuticos e Diagnósticos	Óculos	Total
RM Belém	1,4	2,0	-	1,6	0,5	1,2	0,9	1,6
RM Fortaleza	1,3	1,1	0,0	1,4	1,4	24,5	9,4	1,3
RM Recife	1,4	1,6	1,1	1,7	2,0	1,2	1,2	1,5
RM Salvador	1,5	0,8	0,3	2,0	0,4	0,8	3,7	1,5
RM Rio de Janeiro	2,6	6,2	-	1,9	5,9	4,7	1,0	2,9
RM Belo Horizonte	0,7	0,7	0,0	0,7	13,8	0,4	0,2	0,7
RM São Paulo	2,1	6,0	24,1	3,6	4,7	0,8	1,7	3,4
RM Curitiba	2,0	3,2	30,9	3,5	0,2	0,9	1,1	2,8
RM Porto Alegre	1,5	1,1	0,8	2,0	0,9	0,6	2,3	1,4
Brasília	1,6	2,2	-	6,9	-	0,3	1,0	2,4
Goiânia	3,6	7,4	2,9	5,2	-	7,1	3,3	4,8

Fonte: POF 96/IBGE.  
Elaboração do autor.

No que se refere aos planos de saúde, os gastos dos indivíduos entre 30 e 50 anos nas regiões metropolitanas de São Paulo e Curitiba são 3,5 vezes maiores do que os gastos dos idosos. Nas cidades de Brasília e Goiânia, essa diferença chega a ser quase o dobro. Vale ressaltar ainda que a proporção dos gastos com órtese e prótese das pessoas de 30 a 50 anos, em relação aos idosos, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, é 13,8 vezes maior. Igualmente, em relação aos serviços diagnósticos e terapêuticos e aos gastos com óculos, os idosos gastaram 24,5 e 9,4 vezes, respectivamente, menos do que os indivíduos entre 30 e 50 anos na Região Metropolitana de Fortaleza.

Finalmente, em relação ao gasto total, os gastos da população entre 30 e 50 anos, nas cidades de Goiânia e nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba, apresentam um volume de gastos 3 a 5 vezes maior do que os gastos dos idosos.

## 6 Considerações Finais

Os gastos das famílias em saúde chegam a R\$ 12,5 bilhões. Tais despesas representam 50% do gasto público das três esferas de governo em saúde. Isso corresponde a cerca de 14% do total de gasto das famílias no conjunto das áreas da pesquisa. Em particular, o montante de gasto dos idosos em



saúde foi de R\$ 1 bilhão em 1996, o que representa aproximadamente 8% do total de gasto em saúde.<sup>3</sup> Metade desses gastos está concentrada nas regiões metropolitanas da região Sudeste.

*O consumo de medicamentos é responsável por grande parcela dos gastos dos idosos, na medida em que os fármacos produzidos e distribuídos pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde não cobrem as necessidades da população [Bermudez, 1992]. Do mesmo modo, os planos de saúde e os profissionais de saúde são itens de gastos significativos no orçamento das pessoas da terceira idade.*

Constata-se, finalmente, que o gasto dos indivíduos de 30 a 50 anos é maior do que o gasto dos idosos. Nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba, essas pessoas apresentam um volume de despesas três a cinco vezes maior do que o gasto dos idosos. Provavelmente, os indivíduos entre 30 e 50 anos apresentam participação percentual maior na amostra da pesquisa – o que reflete o maior número de pessoas nessa faixa etária no total da população brasileira.

### Referências Bibliográficas

- CASTRO, P.F. de, MAGALHÃES, L.C. de. *Recebimento e Dispendio das Famílias Brasileiras: evidências recentes da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) – 1995/1996*. – Brasília: IPEA, 1998. Texto para Discussão nº 614.
- BARROS, R.P., MENDONÇA, R. I. NERI, M. An Evaluation of the Measurement of Income and Expenditure in Household Surveys: POF versus PNAD. *Anais do Encontro Brasileiro de Econometria*, XVIII, 1995, p. 105-129.
- BERMUDEZ, J. *Remédio: Saúde ou Indústria? A Produção de Medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- OCKÉ REIS, C.O. *O Setor Privado Autônomo: um caso de política*. Seminário: A Regulamentação dos Planos e Seguros Privados no Brasil (coord. Ana L. Viana e C. Octávio Ocké Reis). Estudos em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), 152, 1997, p. 5-18.
- ROSANVALLON, P. *A Nova Questão Social*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

---

<sup>3</sup> Curiosamente, o volume desses gastos, que gira em torno de 8%, corresponde exatamente ao valor do percentual de idosos na população brasileira em 1996.

---

# COMO VAI?

## POPULAÇÃO BRASILEIRA

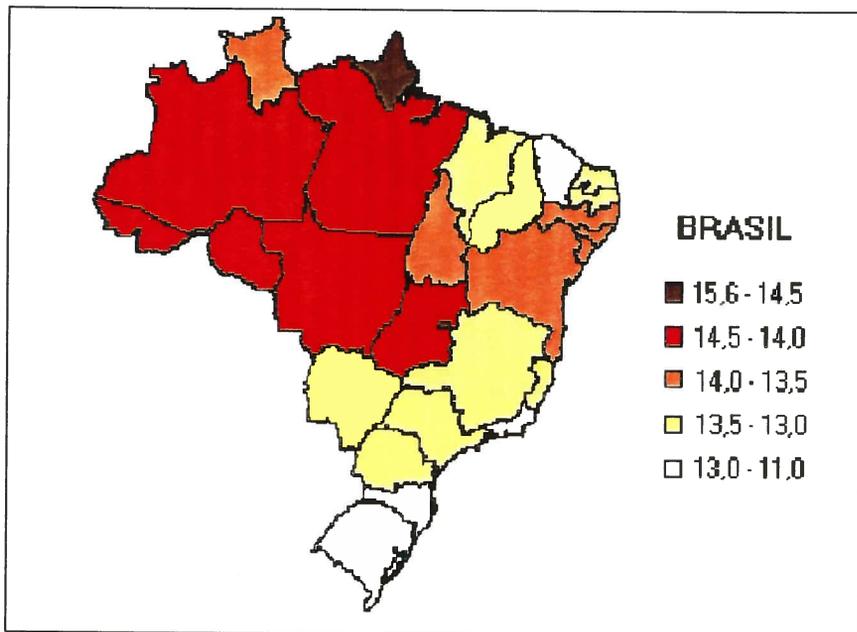
PERÍODICO  
DOCUMENTAÇÃO

ANO V Nº 1

BRASÍLIA, DF

Março/00

MAPA 1\*  
Distribuição da População Jovem por UF  
Brasil – 1996

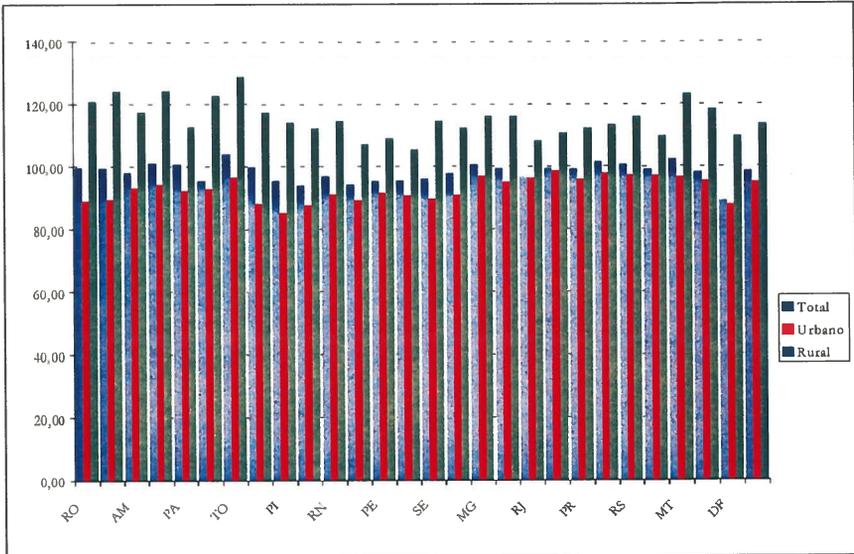


Fonte: IBGE, Contagem Populacional de 1996.

\* Os gráficos e as tabelas deste encarte foram elaborados por Ana Roberta Patti Pascom.



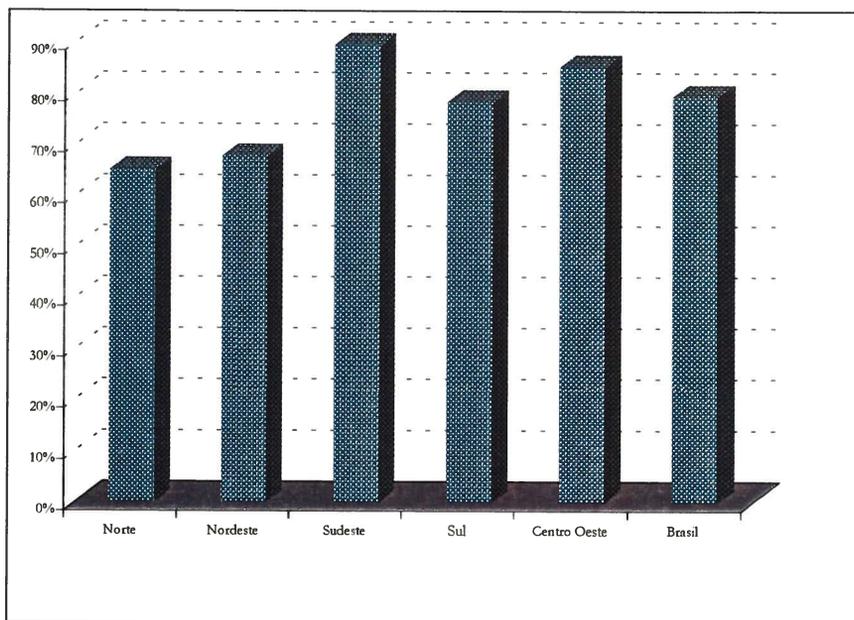
GRÁFICO 1  
Razão de Sexo dos Jovens por Situação de Domicílio e UF  
Brasil –1996



Fonte: IBGE, Contagem Populacional de 1996.



GRÁFICO 2  
Grau de Urbanização dos Jovens Brasileiros por Região – 1996



Fonte: IBGE, Contagem Populacional de 1996.



GRÁFICO 3  
Escolaridade Completa dos Jovens Brasileiros por Sexo  
1998

Fonte: IBGE, PNAD de 1998.

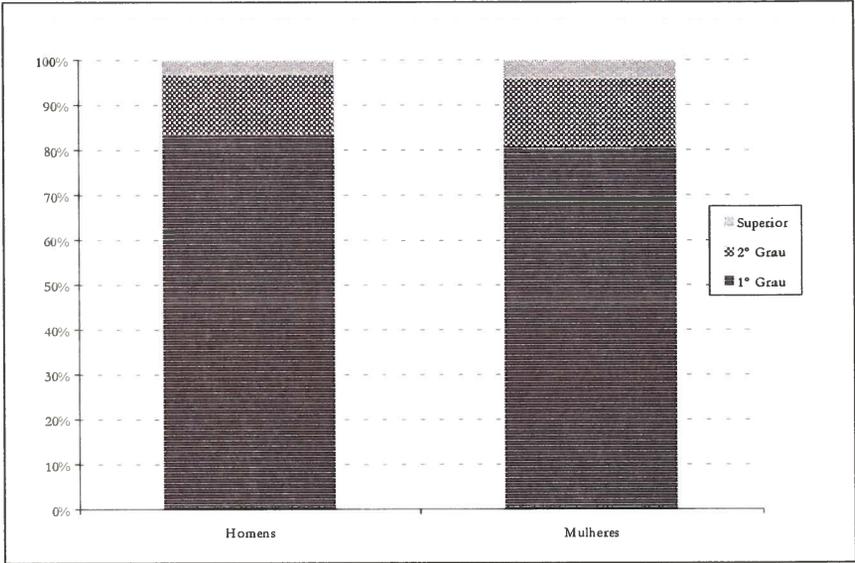
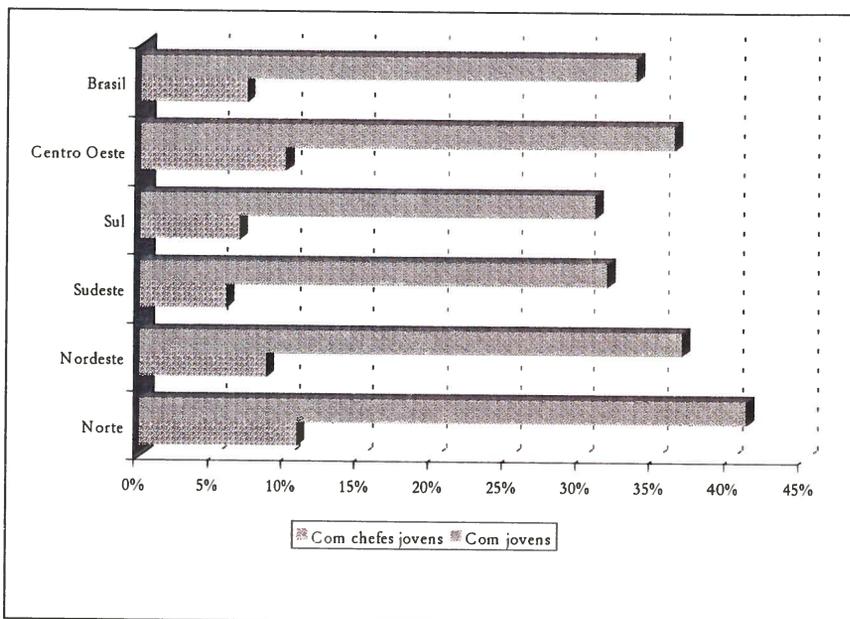




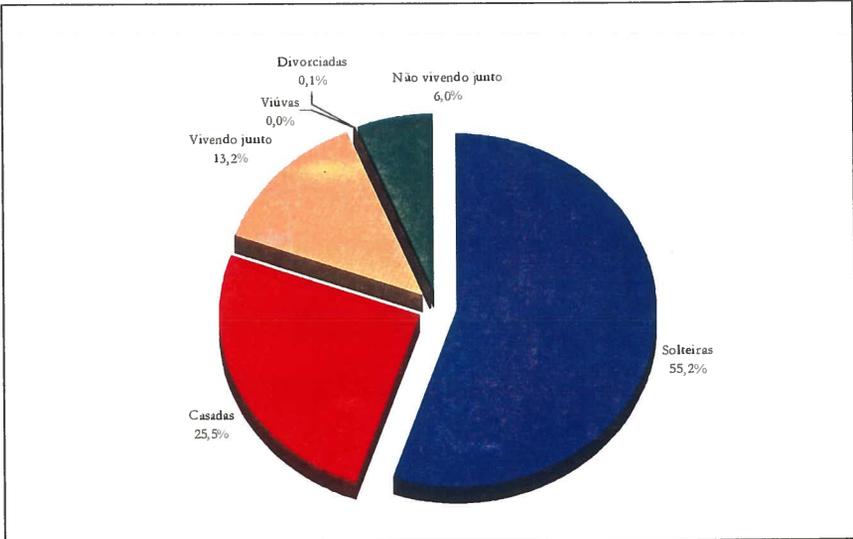
GRÁFICO 4  
Proporção de Famílias com Jovens e com  
Chefes Jovens por Grandes Regiões  
Brasil – 1998



Fonte: IBGE, PNAD de 1998.



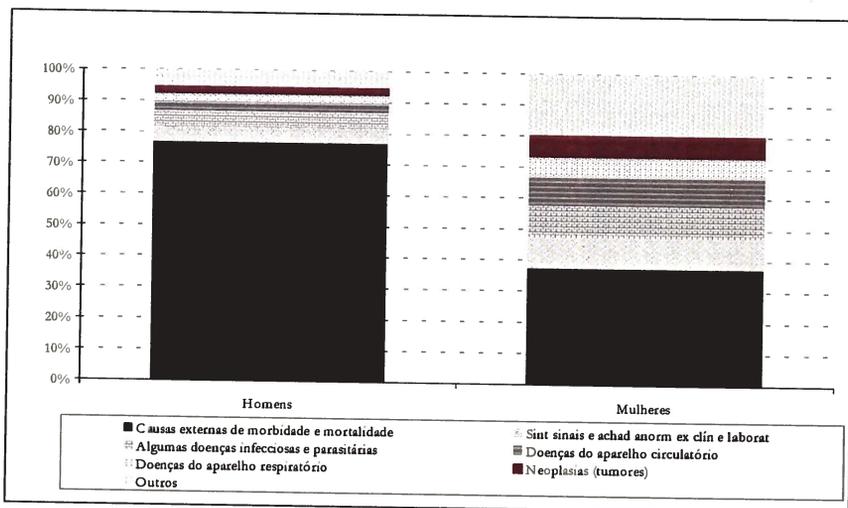
GRÁFICO 5  
Distribuição das Mulheres Jovens por Estado Conjugal  
Brasil – 1996



Fonte: DHS de 1996.



GRÁFICO 6  
Principais Causas de Morte entre os Jovens  
Brasil – 1996



Fonte: Ministério da Saúde, SIM.

PEA/RIO  
DOCUMENTAÇÃO



TABELA 1  
População Jovem Brasileira por Situação de Domicílio e  
Região de Residência – 1996

	Total			Urbano			Rural		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Norte	1 586 446	794 782	791 664	1 031 404	496 397	535 007	555 042	298 385	256 657
Nordeste	6 010 365	2 953 870	3 056 495	4 065 199	1 924 945	2 140 254	1 945 166	1 028 925	916 241
Sudeste	8 697 457	4 335 072	4 362 385	7 782 795	3 848 253	3 934 542	914 662	486 819	427 843
Sul	2 919 867	1 463 149	1 456 718	2 285 704	1 125 447	1 160 257	634 163	337 702	296 461
Centro-Oeste	1 505 071	743 125	761 946	1 282 565	622 903	659 662	222 506	120 222	102 284
<b>Brasil</b>	<b>20 719 206</b>	<b>10 289 998</b>	<b>10 429 208</b>	<b>16 447 667</b>	<b>8 017 945</b>	<b>8 429 722</b>	<b>4 271 539</b>	<b>2 272 053</b>	<b>1 999 486</b>

Fonte: IBGE, Contagem Popacional de 1996.

TABELA 2  
Distribuição Proporcional dos Jovens Brasileiros (18-24 anos) por  
Categorias e Grandes Regiões – 1998

	Estuda e trabalha	Só trabalha	Só estuda	Não estuda ou trabalha
<i>Homens</i>				
Norte	15,96	48,01	18,69	17,34
Nordeste	13,45	45,45	18,69	22,41
Sudeste	17,30	50,51	15,41	16,78
Sul	16,06	55,16	12,59	16,18
Centro-Oeste	16,92	54,12	12,72	16,24
<b>Brasil</b>	<b>15,88</b>	<b>49,82</b>	<b>15,95</b>	<b>18,35</b>
<i>Mulheres</i>				
Norte	12,49	22,86	25,30	39,35
Nordeste	10,18	22,70	22,47	44,65
Sudeste	12,77	31,36	19,09	36,79
Sul	15,00	29,57	17,20	38,24
Centro-Oeste	14,44	28,73	17,65	39,19
<b>Brasil</b>	<b>12,43</b>	<b>27,84</b>	<b>20,06</b>	<b>39,67</b>
<b>Total</b>				
Norte	14,20	35,23	22,05	28,52
Nordeste	11,80	34,01	20,59	33,60
Sudeste	15,05	40,99	17,24	26,72
Sul	15,53	42,34	14,90	27,23
Centro-Oeste	15,66	41,24	15,22	27,89
<b>Brasil</b>	<b>14,15</b>	<b>38,81</b>	<b>18,01</b>	<b>29,02</b>

Fonte dos dados brutos: IBGE, PNAD 1998.



TABELA 3  
Média dos Anos de Estudo dos Jovens por Unidades da Federação e Sexo  
Brasil – 1998

	Homens	Mulheres	Total
<i>Norte</i>	6,67	7,24	6,96
Rondônia	7,45	7,72	7,60
Acre	7,99	7,87	7,93
Amazonas	7,08	7,44	7,27
Roraima	7,74	7,90	7,83
Pará	6,25	7,06	6,64
Amapá	7,27	7,66	7,48
Tocantins	5,95	6,52	6,23
<i>Nordeste</i>	5,01	6,34	5,68
Maranhão	4,71	6,24	5,48
Piauí	4,24	6,08	5,19
Ceará	5,06	6,13	5,60
Rio Grande do Norte	5,37	6,83	6,09
Paraíba	4,99	6,35	5,71
Pernambuco	5,62	6,93	6,29
Alagoas	4,06	5,69	4,88
Sergipe	5,23	6,69	5,98
Bahia	4,98	6,17	5,56
<i>Sudeste</i>	7,69	8,42	8,06
Minas Gerais	6,48	7,55	7,02
Espírito Santo	7,09	7,12	7,10
Rio de Janeiro	7,73	8,26	8,01
São Paulo	8,26	9,01	8,62
<i>Sul</i>	7,63	8,14	7,89
Paraná	7,44	7,83	7,64
Santa Catarina	7,76	8,30	8,03
Rio Grande do Sul	7,76	8,38	8,07
<i>Centro-Oeste</i>	6,96	7,63	7,30
Mato Grosso do Sul	6,99	7,36	7,18
Mato Grosso	6,78	7,41	7,11
Goiás	6,60	7,41	7,00
Distrito Federal	7,94	8,52	8,24
<b>Brasil</b>	<b>6,78</b>	<b>7,64</b>	<b>7,21</b>

Fonte: IBGE, PNAD de 1998.



TABELA 4  
Estrutura das Famílias Brasileiras com Jovens por  
Classe de Rendimento Familiar – 1998

Características das Famílias	< 3 SM	3-5 SM	5-10 SM	> 10 SM	Total
<i>Perfil das Famílias</i>					
* Tamanho médio	3,65	4,08	4,20	4,33	4,02
* N.º médio de filhos	2,04	2,11	2,21	1,99	2,00
* Rendimento médio familiar <i>per capita</i> <sup>1</sup>	67,57	140,41	241,26	727,06	259,39
* Proporção média da renda que depende do chefe	78,0	64,0	58,0	61,0	67,00
* N.º médio de pessoas que trabalham	3,65	4,08	4,20	4,33	1,96
* N.º médio de jovens	1,25	1,32	1,36	1,40	1,32
<i>Características dos Chefes de Família</i>					
* Idade média do chefe (anos)	37,0	42,0	44,0	48,0	42,00
* Proporção de chefes homens	48,70	51,13	51,22	51,28	75,12
* Proporção de chefes mulheres	51,30	48,87	48,78	48,72	24,88
* Número médio de anos de estudo dos chefes	2,99	4,34	5,67	8,51	5,51
<i>Distribuição dos Tipos de Famílias (%)</i>					
* Distribuição das famílias por categoria	38,49	19,81	21,81	19,89	100,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
<i>Nucleares</i>					
Casal sem filhos	8,67	7,70	6,64	3,19	6,84
Casal com filhos	50,05	55,64	57,01	61,25	54,97
Mulher sozinha	0,75	0,25	0,25	0,14	0,41
Mãe com filhos	22,30	12,79	11,68	8,29	15,20
Homem sozinho	1,80	0,93	0,40	0,25	0,99
Pai com filhos	1,50	1,74	1,33	1,71	1,55
<i>Extensas</i>					
Casal sem filhos	14,93	20,95	22,69	25,17	20,04
Casal com filhos	1,10	1,73	2,13	1,94	1,61
Mulher sozinha	5,39	9,34	11,32	15,15	9,56
Mãe com filhos	2,62	2,10	2,10	1,83	2,25
Homem sozinho	4,00	5,18	4,74	3,77	4,36
Pai com filhos	1,47	2,18	1,89	1,81	1,79
Pai com filhos	0,34	0,41	0,52	0,67	0,46

Fonte dos dados brutos: IBGE, PNAD 1998.

Elaboração: IPEA.

Nota: <sup>1</sup> O rendimento médio familiar *per capita*, em reais, inclui a soma de todos os rendimentos das pessoas na família, dividido pelo número destas.



## COMO VAI?

POPULAÇÃO BRASILEIRA

Uma publicação da  
Diretoria de Política Social do IPEA  
Diretoria de Pesquisa do IBGE

*Editora*

Ana Amélia Camarano ([aac@ipea.gov.br](mailto:aac@ipea.gov.br))

*Edição Técnica*

Coordenação Editorial do IPEA (BRASÍLIA)

Colaboram neste número: Ana Amélia Camarano, André Nunes,  
Carlos Octávio Ocké Reis; Francisco Eduardo Barreto de Oliveira;  
Kaizô Iwakami Beltrão; Sérgio Francisco Piola; Sonoê Sugahara Pinheiro

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-IPEA, operacionalizado pelo Projeto BRA/97/013 de Cooperação Técnica com o PNUD.