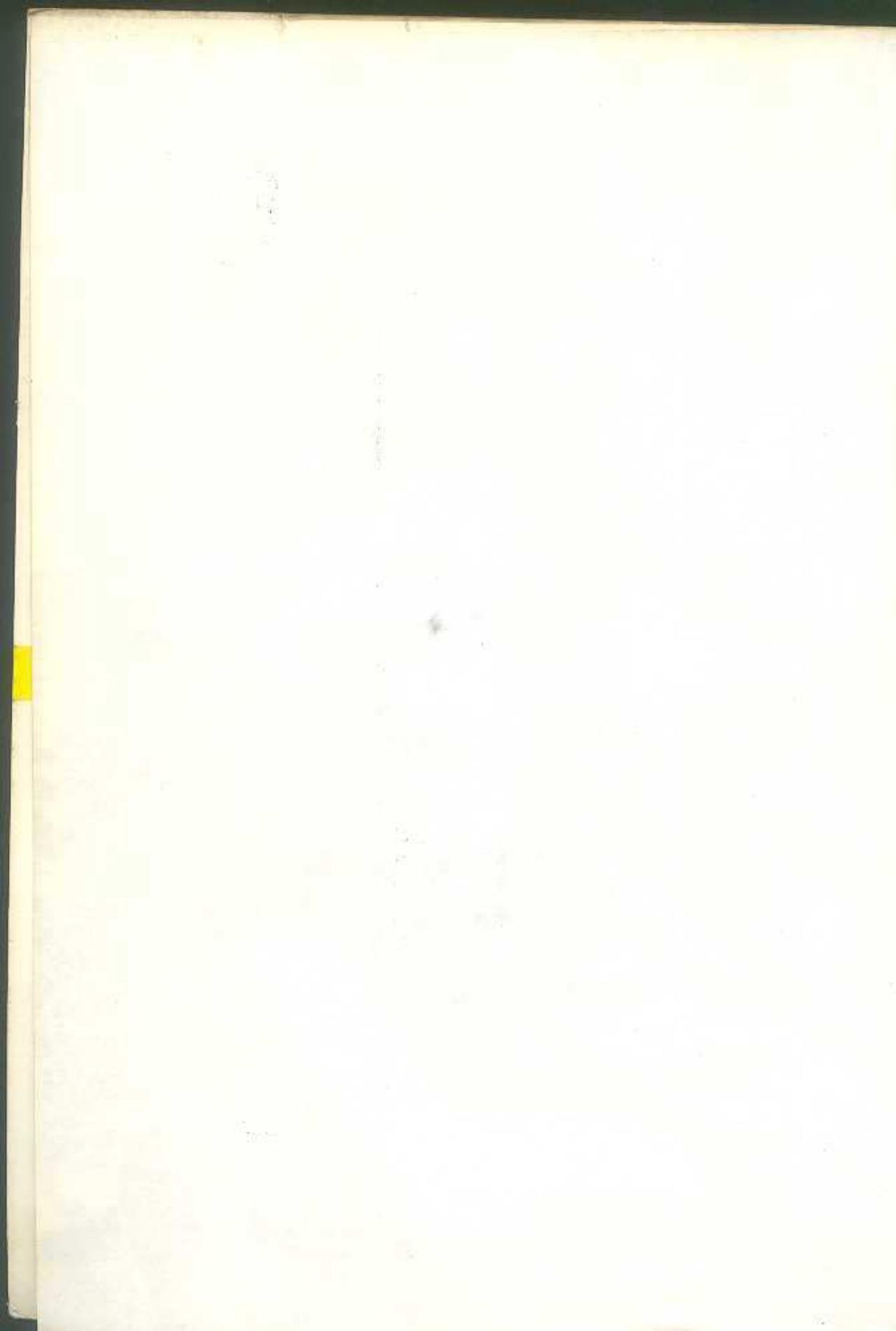




coleção
**Realidade
Paulista**

**O Idoso
na
Grande São Paulo**







coleção Realidade Paulista

O Idoso na Grande São Paulo



SEADE

Fundação
Sistema
Estadual de
Informática e Censos

Departamento de Estatística
Bibliotecária: Maria Inês de Freitas

Número 20995

Data 5.2.99

Enc. \$

Governador do Estado

Orestes Qu3rcia



Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.
Entidade de direito privado, instituída pela Lei 1.866 de 4 de
dezembro de 1978, vinculada à Secretaria de Economia e Pla-
nejamento do Estado de São Paulo.

Presidente

Nildo Masini

Conselho de Curadores

Antonio Marcio Fernandes da Costa
Carlos Eduardo do Nascimento Gonçalves
Eduardo Maia de Castro Ferraz
Eurico Hideki Ueda
Iara Francisca Fernandes
Liana Maria Lafayette Aurellano da Silva
Maria Angélica Travolo Popoutchi
Mariana Gomes Rodrigues Alves
Wilson Cano

Conselho Fiscal

Adimir José Pinheiro
Ana Maria Tebar
Edgard Camargo Rodrigues

Diretor Executivo

Márcio Percival Alves Pinto

Diretor Adjunto Administrativo e Financeiro

José Antonio Ramos

Diretor Adjunto de Análise Sócio-Econômica

Annez Andraus Troyano

Diretor Adjunto de Estudos Populacionais

Neide Lopes Patarra

Diretor Adjunto de Produção de Dados

Vera Lúcia Richter

Tiragem: 1000 Exemplares
Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
Av. Cásper Líbero, 464
01033 São Paulo SP Tel. 229-2433 (PABX)
Caixa Postal 8223
Endereço Telegráfico ESTATÍSTICA
Telex (011) 31390 SEAD

coleção
**Realidade
Paulista**

**O Idoso
na
Grande São Paulo**



Junho 1990

Diretor Adjunto de Estudos Populacionais
Neide Lopes Patarra

Coordenação
Paulo Murad Saad

Equipe Técnica
Paulo Murad Saad, Lúcia Mayumi Yazaki, Antonio Benedito Marangone Camargo, Lizete Emília Prata, Maria das Graças P. de H. Cavalcanti.

Consultores
Felicja Reicher Madeira, Pedro Luís Barros Silva, Roberto do Nascimento Rodrigues, Aparecida Vieira de Melo.

Colaboradores
Luiz Roberto Ramos, Vilmar Faria.

Apoio Técnico
Mariliza Satsuki Nakamura, Carla Amaro dos Santos, Regina Rodrigues Baptista, Deise Akiko Oushiro.

Apoio Informática
Grupo de Apoio à Informática-GAI, da Diretoria Adjunta de Estudos Populacionais.

Departamento de Editoração e Programação Visual-DEPV: Ioláia Alves Cury (Chefe); Frank Roy Cintra Ferreira, Vania R. Fontanesi da Silva (Copidesque); Alexandre Moraes (Normalização); Neuma M. de B. Menegatti (Coordenação Composição); Maria Aparecida B. de Andrade e Eliane de Rosa Barros Amaral (Revisão); Nilcéia P. P. de Oliveira e Cristiane de Rosa Meira (Programação Visual).

Produção Gráfica: Departamento Gráfico da Fundação Seade.

Pesquisa parcialmente financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq (Processo nº 412.485/88).

Dados de Catalogação na Publicação (CIP) Internacional
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Fundação-Sistema Estadual de Análise de Dados (SP).
O idoso na Grande São Paulo / Fundação Sistema
Estadual de Análise de Dados. -- São Paulo : SEADE,
1990. -- (Coleção realidade paulista)

Bibliografia.
ISBN 85-85016-

1. Levantamentos demográficos - Brasil - São
Paulo, Região metropolitana 2. São Paulo, Região
metropolitana - População 3. Velhos - Brasil - São
Paulo, Região metropolitana I. Título. II. Série.

90-0702

CDD-312.92098161

Índices para catálogo sistemático:

1. Grande São Paulo : População idosa 312.92098161
2. Grande São Paulo : Velhos : Análise demográfica
312.92098161
3. Grande São Paulo : Velhos : População
312.92098161
4. População idosa : Grande São Paulo 312.92098161
5. Velhos : Análise demográfica : Grande São Paulo
312.92098161

APRESENTAÇÃO

O *Idoso na Grande São Paulo*, trabalho interdisciplinar realizado ao longo dos dois últimos anos pelos técnicos da Diretoria Adjunta de Estudos Populacionais (Daep) da Fundação Seade, traz à discussão uma problemática emergente e que tende a agravar-se no futuro próximo. Procurou-se evidenciar como a dinâmica demográfica recente, ao gerar uma estrutura etária em rápida transformação, suscita novas desigualdades sociais, somando-se ao quadro geral de carências e demandas por políticas públicas.

Esta publicação, na verdade, representa um passo importante na consolidação de um estilo de trabalho da Daep. Esse estilo concretizou-se, num primeiro momento, na publicação intitulada *O Jovem na Grande São Paulo*, também parte da série Realidade Paulista. Neste caso, buscou-se reconstituir as condições que cercam as trajetórias dos indivíduos, desde o nascimento até a idade adulta, reproduzindo e ampliando as desigualdades sociais, num quadro de carências que alia precária remuneração do trabalho a precárias condições de infra-estrutura urbana e políticas sociais, para amplos segmentos populacionais.

Em ambos os casos, no *Jovem* e no *Idoso*, os estudos tratam da espacialização dos grupos sociais envolvidos. Assim, é possível vislumbrar o espaço metropolitano como superposição de carências, que afetam diferencialmente os grupos etários. É uma ponte importante até o processo de implementação de políticas públicas adequadas às situações analisadas.

No caso particular deste esforço interdisciplinar, além da equipe técnica da Daep, contou-se com a valiosa colaboração de colegas de outras instituições. Gostaríamos, nesta oportunidade, de agradecer a Pedro Luis Barros e Silva, professor do IE/Unicamp e presidente da Fundação Centro de Formação do Servidor Público da Presidência da República; ao dr. Luiz Roberto Ramos, chefe do Setor de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina. Esses dois amigos nos acompanharam em todas as etapas do trabalho. Finalmente, ao amigo Vilmar Faria, professor do IFCH/Unicamp, pesquisador do Cebrap e atual presidente da Anpocs, nossos agradecimentos pelo estímulo sempre presente e pela participação sintetizada nas *Conclusões* deste volume.

Márcio Percival Alves Pinto
Diretor Executivo



SUMÁRIO

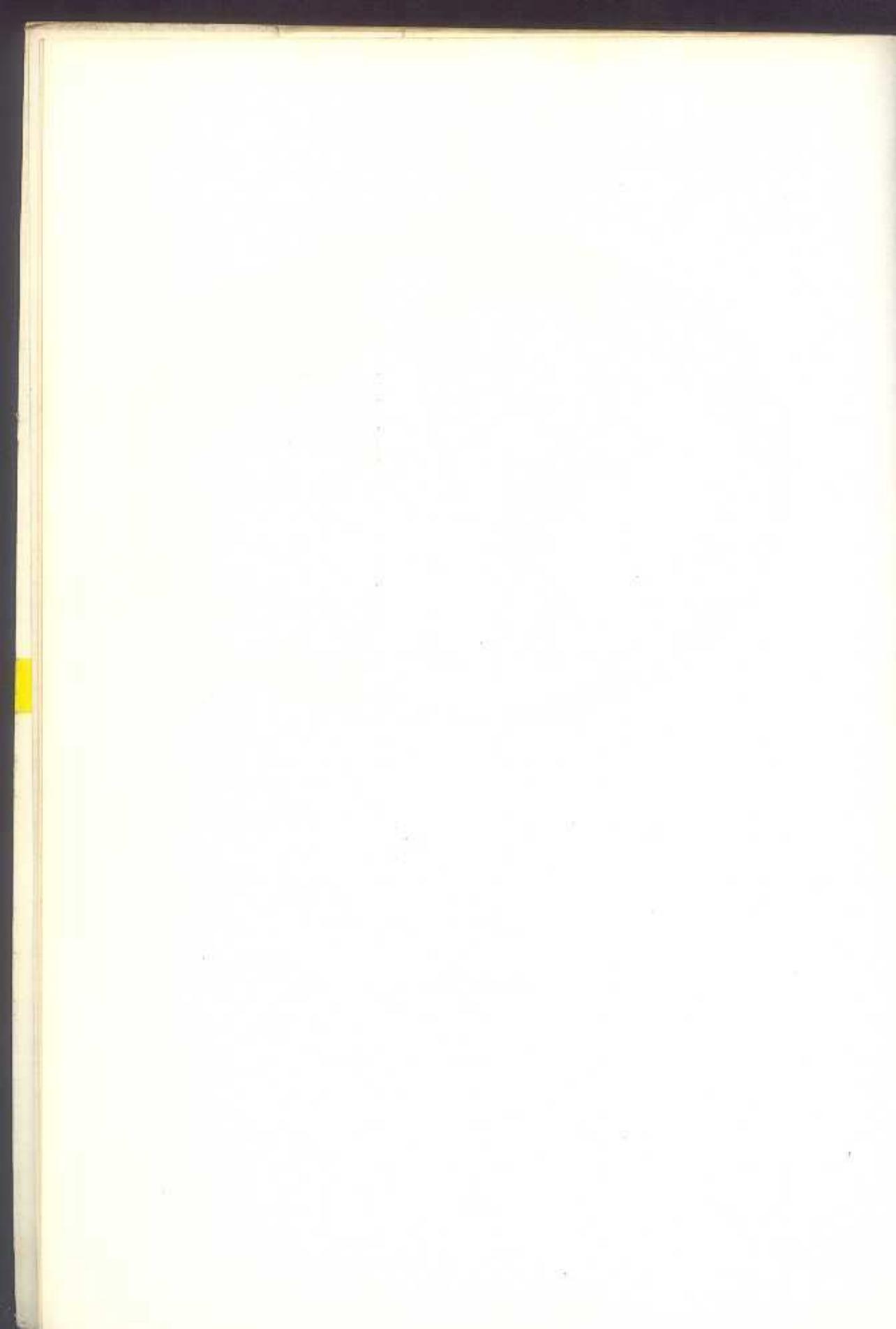
APRESENTAÇÃO	v
INTRODUÇÃO	1
O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	7
A Transição Demográfica no Brasil e as Transformações na Estrutura Etária da População	9
A população idosa no Brasil	20
Bibliografia	24
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SÓCIO-ECONÔMICAS	27
A Evolução da População Idosa e sua Distribuição Espacial em São Paulo	29
A situação na Grande São Paulo	31
Bibliografia	39
Características Demográficas e Sócio-Econômicas da População Idosa	41
Nacionalidade	43
Estado conjugal	48
Alfabetização	56
Atividade e rendimento	66
Família	77
Bibliografia	98
Diferenças Intra-Regionais na Grande São Paulo	101
Índice de masculinidade	107
Estado conjugal	108
Alfabetização	110
Atividade e rendimento	111
Bibliografia	122
MORTALIDADE E MORBIDADE	123
Mortalidade da População Idosa	125
A transição epidemiológica	125
As transformações no padrão de mortalidade por idade e causas no Município de São Paulo	128
As causas múltiplas de morte	145
Bibliografia	159
Morbidade da População Idosa	161
Morbidade referida e incapacidades	161
Morbidade hospitalar	168
Bibliografia	172

A ESTRUTURA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA E OS IDOSOS	173
Considerações Preliminares e o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento	175
O Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento	176
Bibliografia	179
Os Idosos no Contexto da Saúde Pública	181
A política de atenção à saúde no Brasil: uma síntese	181
Implicações do envelhecimento populacional para a intervenção estatal na atenção à saúde	185
Bibliografia	205
Os Idosos Face aos Benefícios Previdenciários	207
Características da situação vigente	207
As modificações no sistema de previdência social a partir da nova Constituição brasileira	227
Bibliografia	230
Os Programas Especificamente Destinados à População Idosa	233
Breve histórico	233
Características dos programas	236
Bibliografia	249
CONCLUSÕES	251

Agência Folhas



INTRODUÇÃO



Introdução

Paulo Murad Saad

Aos poucos, o tema relacionado à Terceira Idade vem ganhando relevância no Brasil, não só entre os estudiosos das áreas específicas que tratam desta questão, como também junto a um foro de debates mais amplo e popular. Disso é testemunha o espaço que o assunto adquiriu dentro da mídia.

A raiz desta preocupação está no rápido aumento do segmento mais idoso da população brasileira nas últimas décadas, mais precisamente a partir dos anos 60, quando então este grupo populacional começou a crescer em ritmo bem mais acelerado que as populações adulta e jovem, caracterizando um processo de envelhecimento populacional.

Se, por um lado, as transformações demográficas em curso, contrariam as previsões catastróficas – que vislumbram a iminência e a perversidade, a curto e médio prazos –, de uma “explosão demográfica” tais mudanças, por outro lado, começam a merecer maior atenção dos setores públicos responsáveis pelo planejamento das demandas sociais, dadas as importantes alterações que vêm imprimindo à estrutura etária da população.

Em primeiro lugar, é importante ressaltar e reafirmar a tendência de crescimento bastante desacelerado da população brasileira. Esta realidade demográfica, com a qual se convive há algum tempo, ainda não foi absorvida por uma parcela significativa da sociedade, que continua apontando a explosão demográfica como um dos graves problemas nacionais. De uma maneira geral, a área de planejamento continua raciocinando, por equívoco, em termos de uma população essencialmente jovem, que cresce a taxas médias de 2,5% ao ano (Carvalho, 1988).

Por outro lado, identifica-se como das mais importantes características da reestruturação etária, a proximidade, já no final da década, de uma verdadeira “explosão da Terceira Idade”.

De fato, é consenso entre os demógrafos, o caráter irreversível destas transformações demográficas que ora se descortinam e também, portanto, a expectativa da intensificação do processo de envelhecimento, sobretudo a partir do início do próximo século. Neste horizonte, a população idosa, segundo as estimativas, estará crescendo a uma taxa oito vezes maior que a jovem e quase duas vezes maior quando comparada com a população total (Ramos, 1987). Em outras palavras, o que se espera para o futuro próximo, é um número cada vez maior de idosos em comparação com as camadas mais jovens da população brasileira. Em conseqüência, a intensificação de suas demandas específicas passará a exercer uma pressão crescente sobre o conjunto da sociedade, em especial sobre o aparato estatal. O mais grave é que tais demandas já começam a competir com as de outros segmentos etários, cujos problemas estão longe da solução.

A superposição de exigências e carências de diferentes grupos etários, constitui-se em particular objeto de preocupação, pois o processo que começa a se desenrolar, tem por cenário um quadro de enorme déficit social, cuja raiz está, como já se afirmou inúmeras vezes, na forte concentração da renda, decorrente do modelo econômico estabelecido.

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos, atualmente em etapa bastante adiantada, transcorreu de forma gradual, durante um período que coincidiu com grandes transformações de cunho sócio-econômico, responsáveis também por avanços consideráveis no que diz respeito às condições de vida e bem-estar geral da população, incluindo-se o segmento mais idoso. Além disso, a própria consciência precoce da intensidade deste fenômeno permitiu a sua inclusão entre os fatores considerados no processo global de planejamento, amortecendo assim o seu impacto. O desenvolvimento da geriatria e da gerontologia social, ramos científicos especializados na população idosa, são exemplos desta conscientização. Evidenciam também a preocupação com o problema os encontros e seminários internacionais voltados à discussão da temática do envelhecimento, que começaram a despontar e a reproduzir-se já no decorrer da década de 50, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos.

No decorrer daquela mesma década, quase a totalidade dos países do chamado Terceiro Mundo, entre eles o Brasil, encontrava-se em uma fase de franco crescimento populacional, de tal forma que a problemática específica do idoso estava longe de qualquer pauta de preocupação e reivindicação.

A questão do envelhecimento da estrutura etária nestes países começou a despontar na década de 80, quando caminhava-se a passos largos para a crise decorrente do endividamento interno e externo; ou seja, em um momento de exacerbação das desigualdades e dos problemas sociais.

Isto significa dizer que, além dos problemas comuns e até certo ponto inerentes às pessoas idosas - como por exemplo o decréscimo da capacidade física e mental, a perda gradativa da memória, a maior dependência de terceiros em suas atividades de rotina, a maior propensão a contrair doenças, etc. -, deve-se acrescentar o fato de que uma grande parcela dos brasileiros idosos de hoje viveu sua juventude e sua fase adulta sob condições de vida amplamente desfavoráveis, que tenderam a se deteriorar ainda mais na velhice. É fatal que esta situação haverá de repetir-se em relação ao expressivo número de jovens e adultos que estão expostos, neste momento, a condições precárias de vida.

Com a dupla finalidade de trazer à consciência a problemática em questão e de levantar subsídios para possíveis alternativas de planejamento, este trabalho procura retratar a situação presente e oferecer algumas perspectivas futuras com relação à população idosa no Brasil, procurando dar ênfase especial para a Região da Grande São Paulo.

Quais os reflexos de uma população mais envelhecida sobre as áreas de educação, de trabalho, de lazer, e principalmente sobre as políticas de saúde e aposentadoria? Onde estão as maiores concentrações de idosos no País e em que condições vivem? Estariam, por acaso, em situação desfavorável frente aos demais grupos populacionais? O desenvolvimento econômico de um estado como São Paulo acarretaria melhores condições sócio-econômicas para sua população idosa, se comparado com outras regiões do País? O que o Brasil poderia oferecer, no futuro, em termos de satisfação das demandas de seus habitantes mais idosos? A complexidade que envolve estes questionamentos inviabiliza respostas mais singulares, ainda mais porque elas, é óbvio, estão vinculadas ao comportamento futuro da economia e das relações sociais. No entanto, alguns tópicos abordados neste trabalho constituem, sem dúvida, valiosos subsídios para a tarefa de equacionar esta problemática que começa agora a se esboçar.

O traçado do perfil da população idosa no que diz respeito à sua magnitude, à sua distribuição espacial e suas características sócio-econômicas serve como pano de fundo para a configuração do quadro de demandas específicas deste grupo, permitindo uma visualização daqueles setores que se verão mais fortemente pressionados por este crescente contingente populacional.

Neste sentido, os dados mostram que a situação atual dos idosos na Grande São Paulo, e no Brasil, em geral não é nada alentadora, haja vista, por exemplo, os seus baixíssimos níveis de alfabetização e de rendimento. Se isto não se aplica à totalidade deles, é verdade para a esmagadora maioria. Este é o quadro do momento, quando a participação relativa da população idosa ainda é pequena (embora em termos absolutos o contingente seja bastante expressivo) e não é difícil imaginar os contornos que irá adquirir num futuro próximo, caso não se inicie, desde já, um trabalho conseqüente de planejamento.

À medida que o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento – aprovado durante a Assembléia Mundial sobre Envelhecimento realizada na Áustria em 1982 – se constitui em uma espécie de referência a todas as nações preocupadas com a questão do planejamento frente ao processo de envelhecimento, julgou-se importante, além de proceder a uma breve descrição de seus pontos básicos, indentificar as principais dificuldades para sua implementação no contexto nacional.

Com relação às políticas oficiais, no âmbito da estrutura de proteção social brasileira, a análise centrou-se em setores particularmente sensíveis ao fenômeno do envelhecimento – Previdência Social e Saúde –, que por sua vez têm implicações diretas no que diz respeito à qualidade de vida do cidadão idoso.

A previdência social, no que se refere às pensões e aposentadorias, se defrontará com um número de beneficiários que cresce com rapidez. Este tema, aliás, vem despertando desde já grande interesse, e constitui objeto de

forte polêmica: de um lado está o governo que considera seu dispêndio com esse item excessivamente volumoso; de outro, os aposentados e pensionistas que reclamam da baixa remuneração e das perdas ocorridas nos últimos anos.

Considerando-se, por outro lado, a situação de crise permanente em que se encontra a saúde no Brasil, onde o desenvolvimento de formas de atendimento diferenciado ao idoso ainda caminha a passos lentos como resultado de esforços isolados, e tendo presente a tendência de intensificação das demandas nesta área, o conhecimento dos padrões de morbidade e mortalidade e suas implicações no que se refere à utilização dos equipamentos e serviços sanitários vem se constituir em importantes subsídios na tarefa de direcionar as ações voltadas à saúde da população idosa. O grande desafio que se coloca nesta área é equacionar a problemática do envelhecimento dentro de um contexto onde o sistema médico social está voltado fundamentalmente para o cuidado materno-infantil, empenhado na difícil batalha que se trava contra as altas taxas de mortalidade infantil que ainda persistem no Brasil.

Além das implicações nas áreas de saúde e previdência, que ganham relevância pela premência com que demandam respostas ágeis e rápidas, também mereceram uma análise destacada os principais programas voltados a atender especificamente as necessidades dos idosos.

O levantamento de tais programas - tarefa bastante dificultada pela falta de uma coordenação geral, em escala nacional, na elaboração, execução e gerenciamento dos mesmos - se reveste de extrema importância no sentido de se tentar estabelecer uma conexão entre eles e, em especial, constatar as exigências que permanecem desatendidas.

Mas a questão imediata que surge quando alguém se propõe a estudar a população idosa é delimitar os que fazem parte desta população, ou seja, definir o momento em que as pessoas passam a pertencer à categoria de idosos. Logicamente, estabelecer a linha divisória da velhice é tarefa árdua, se não impossível. Para tanto, basta ver a diversidade de concepções existentes acerca da mesma, em geral subjetivas, variáveis no tempo e segundo o estágio sócio-cultural em que se encontram as diferentes sociedades.

Apesar das diversidades, algumas situações típicas estão comumente associadas as concepções de velhice.

Com frequência, a pessoa é considerada idosa perante a sociedade a partir do momento em que encerra suas atividades econômicas. Em outras ocasiões, é a saúde física e mental o fator de peso, sendo fundamental a questão da autonomia; o indivíduo passa a ser visto como idoso quando começa a depender de terceiros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou tarefas rotineiras.

Tais situações, porém, variam enormemente conforme o contexto analisado. Em alguns lugares observa-se um maior estímulo à aposentadoria compulsória, e em conseqüência, uma maior e mais rápida expulsão das pessoas de mais idade do mercado de trabalho. Em outros, a atividade produtiva é uma constante que se encerra, na prática, ao final da vida. O tipo de trabalho exercido durante a vida ativa, por outro lado, se reflete de maneira direta nas condições de sanidade física e mental do indivíduo que se retira do trabalho. Ou seja: enquanto a grande maioria se aposenta nas sociedades mais desenvolvidas com plena capacidade física, o mesmo não se pode dizer daqueles que o fazem nas regiões menos desenvolvidas, após se sujeitarem por longos anos a tarefas desgastantes em extremo grau, sob condições de trabalho adversas e precárias. Onde o acesso ao sistema de saúde é mais fácil e as condições de vida mais satisfatórias, é provável que o tempo de vida durante o qual os indivíduos permanecem sadios e autônomos tenda a ser bem maior.

Para efeito metodológico, quando sempre existe a necessidade de estabelecer algum tipo de corte que delimite a população objeto de estudo, em geral se lança mão do critério ou corte cronológico. A verdade é que a idade na qual o cidadão é definido como idoso, pode ser concebida de forma variada entre os indivíduos de uma mesma sociedade. Em pesquisa desenvolvida pelo National Council on Aging nos Estados Unidos, por exemplo, pessoas abaixo de 65 anos responderam, em média, que esta idade era 63 anos. Sete anos depois, em uma nova pesquisa, esta média subiu para 66 anos. Além deste significativo acréscimo num período de apenas sete anos, perceberam-se diferenciais importantes nas respostas, conforme o nível educacional, exercício de atividades econômicas, e as condições de saúde. As pessoas de 18 a 54 anos e que tinham completado a "high-school" consideraram como idosos aqueles que atingiam os 67 anos, enquanto para os que estavam abaixo deste nível de escolaridade a média ficou em 63 anos. Da mesma maneira, a média entre os aposentados foi sensivelmente inferior à dos não aposentados de mesma idade, fato este relacionado, de certa forma, às condições de saúde. A idade média respondida pelas pessoas de 55 a 64 anos que gozavam de excelente ou muito boa saúde, esteve por volta dos 69 anos, quase cinco a mais do que a respondida por pessoas do mesmo grupo etário, mas com condições de saúde regulares ou ruins (Sheppard, 1985).

Enfim, como se pode perceber, qualquer tipo de corte etário que se faça estará sempre carregado de uma dose razoável de arbitrariedade. Por outro lado, embora se tenham presentes as limitações do critério cronológico, não há como descartá-lo, para cumprir os objetivos a que este trabalho se propõe.

Considerou-se, portanto, como idosa, a população de 60 anos e mais, optando pelo critério utilizado pela Organização da Nações Unidas (Nações Unidas, 1985). Em geral, para os países desenvolvidos, onde a expectativa média de vida é maior, costuma-se adotar os 65 anos como limite mínimo.

Bibliografia

- CARVALHO, J.A.M. (1988). O tamanho da população brasileira e sua distribuição etária: uma visão prospectiva. In: ABEP. **Anais do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Águas de São Pedro, ABEP, v. 1:37-66.
- NAÇÕES UNIDAS (1982). **Informe da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da População**. A/Conf./31. Viena, Áustria.
- RAMOS, L.R. (1987). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 21(3):211-24.
- SHEPPARD, H.L. (1985). Population aging as progress, not as burden. **J. Florida M.A.**, 72(4):241-244, abril.





O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

1875

1876

1877

1878

A Transição Demográfica no Brasil e seu Impacto na Estrutura Etária da População

Antonio Benedito Marangone Camargo
Paulo Murad Saad

As intensas transformações que vêm sendo observadas nos últimos anos junto à dinâmica demográfica brasileira, sobretudo no que diz respeito às quedas acentuadas e até certo ponto inesperadas de seus níveis de fecundidade, têm obrigado os demógrafos a reverem projeções calcadas em tendências correntes nos anos 60 ou 70.

De fato, estimativas recentes indicam, para o final deste século, um contingente populacional próximo dos 172 milhões de habitantes (Neupert, 1987). Tal número é consideravelmente menor do que aquele que se poderia esperar há cerca de duas ou mesmo uma década. As projeções feitas pelo IBGE, nessa época, para o ano 2000, indicavam 200 milhões de habitantes – segundo a hipótese que impunha um declínio rápido da fecundidade – até, aproximadamente, 222 milhões, ao se considerar um declínio mais lento (IBGE, 1974). Outra projeção elaborada por Santos (1974), partindo de uma queda mais acentuada da fecundidade entre 1970 e 2000, apontava para quase 190 milhões de habitantes no final do século. Se, por um lado, a diminuição do ritmo de crescimento populacional recente e a expectativa de comportamento futuro afastam o temor daqueles que consideravam iminente a possibilidade de uma "explosão demográfica", por outro colocam novas questões e preocupações que emergem como resultantes das grandes transformações na estrutura etária da população brasileira, derivadas exatamente desta queda acentuada da fecundidade. Comparadas as estimativas populacionais recentes com aquelas de alguns anos atrás, observa-se que o diferencial encontrado – e que varia de aproximadamente 20 a 50 milhões de pessoas – repercute de forma especial sobre os grupos etários mais jovens, aumentando a proporção da população adulta e idosa.

A rapidez e o vigor com que vêm ocorrendo as transformações na dinâmica demográfica brasileira têm gerado sérios questionamentos às teorias e explicações "clássicas" da transição demográfica, não apenas no que se refere às suas distintas etapas, mas também e, principalmente, quanto aos fatores desencadeadores do processo de transição.

De forma bastante resumida, as teorias estabelecidas descrevem o transcurso de uma situação de altos níveis de natalidade e mortalidade para outra em que estes níveis são bem menores, através de três etapas distintas:

- primeira: a natalidade permanece alta e a mortalidade inicia um descenso;
- segunda: a mortalidade continua a cair e a natalidade inicia uma fase decrescente;
- terceira: a natalidade e a mortalidade se aproximam em níveis consideravelmente mais baixos.

Quanto aos fatores responsáveis pela queda da mortalidade, os mais recorrentemente citados são os avanços na área da medicina – sobretudo a partir da difusão do uso de antibióticos –, o aperfeiçoamento de técnicas de saneamento, a melhoria nas condições de vida, etc. Quanto à queda da fecundidade, em geral se apontam variáveis indicativas do grau de modernização da sociedade, tais como urbanização e industrialização, assalariamento das relações de trabalho, inserção da mulher no mercado de trabalho, expansão da escolaridade, etc.

De acordo com este modelo clássico, a maior parte dos países desenvolvidos já estaria vivendo a terceira etapa da transição, enquanto os menos desenvolvidos estariam divididos entre a primeira e a segunda etapas.

Algumas críticas têm sido feitas a este modelo. Patarra & Ferreira, por exemplo, destacam a não inclusão da migração e da nupcialidade, o uso de taxas brutas como indicadores de referência, o fato de não se considerar a relação entre movimentos e estruturas demográficas e, ainda, os problemas relativos ao conhecimento da própria evolução de cada etapa (Patarra & Ferreira, 1986).

A natureza da vertiginosa queda recente da fecundidade, no Brasil, tem questionado também os determinantes classicamente enumerados para explicar esta tendência. Segundo Martine & Camargo, o modelo clássico se adaptaria apenas de forma aparente, uma vez que "... a magnitude e a rapidez da queda da fecundidade, assim como a amplitude de seu alcance a todas as regiões do País, sugerem que a Teoria da Transição é insuficiente" (Martine & Camargo, 1984). A semelhança seria apenas aparente, pois a redução da fecundidade se deu independentemente do nível de desenvolvimento das diferentes áreas do País, contrariando, portanto, uma das principais postulações das teorias clássicas da transição, segundo a qual esta queda ocorreria devido, principalmente, ao avanço do processo de modernização. E. Faria, em trabalho recente citado por Madeira & Oliveira (1989), discute políticas implícitas e explícitas adotadas pelo Estado brasileiro que teriam tido impacto na redução dos níveis de reprodução da população.

Madeira & Oliveira destacam desse autor que:

Em primeiro lugar, em pouco tempo – cerca de 20 ou 30 anos – o enquadramento institucional de vida do cidadão comum se viu alterado em aspectos significativos, do ponto de vista da demanda por meios de controle da fecundidade. Algumas medidas oficiais, ainda que de caráter setorial, tiveram como consequência alterar referências que organizam a vida cotidiana, permitindo que o controle da prole passasse a fazer parte da prática das maiorias. São elas: ampliação dos atingidos pelos benefícios da previdência social, retirando da família parte da responsabilidade face à invalidez e à velhice; ampliação da assistência médica pública, em moldes institucionalizados; a instituição e popularização de mecanismos de crédito ao consumidor, propiciando, ao mesmo tempo, avanços na mercantilização do consumo e alterações no perfil de necessidades; e o salto nas teleco-

municacões, integrando o País de norte a sul do ponto de vista da informação e provocando a homogeneização de mensagens via televisão. Tais medidas, voltadas para objetivos diversos e seguramente não-demográficos, produziram efeitos não-antecipados no comportamento reprodutivo da população. (Madeira & Oliveira, 1989, p. 4).

Quanto às etapas sequenciais contidas no modelo clássico (a parte de considerações a respeito de seus determinantes), é possível identificar uma melhor adaptação ao caso brasileiro, embora em determinados momentos tenham sido observadas quedas concomitantes e acentuadas tanto da mortalidade como da natalidade. Existem, no entanto, algumas dificuldades para delimitar com precisão a duração de cada uma destas etapas, principalmente no que diz respeito à primeira, já que as informações referentes ao período anterior a 1940 são poucas e não coincidentes quanto aos coeficientes de mortalidade.

Merrick & Graham (1981) citam as estimativas feitas por Arriaga de que, no período de 1870 a 1890, a esperança de vida ao nascer estava por volta de 27 anos, aproximando-se dos 30 anos, em 1910, e evoluindo lentamente até alcançar os 36,7 anos, em 1940. Santos apresenta estimativas para as taxas de mortalidade e esperança de vida ao nascer a partir de 1900 e, embora um pouco diferentes, os resultados apontam também para a evolução lenta desses indicadores. O coeficiente de mortalidade geral padronizado passa de 29,1 por mil, em 1900, para 24,4 por mil, em 1940, e a esperança de vida ao nascer aumenta de 33,3 anos para 37,6 anos para os homens e de 34,1 anos para 39,4 anos para as mulheres neste mesmo período (Santos, 1978).

A taxa bruta de natalidade teria permanecido ao redor de 46 nascimentos por mil habitantes de 1870 até 1900 e diminuído muito pouco nos 40 anos seguintes: 45 por mil de 1900 a 1920 e 43,5 por mil de 1920 a 1940, de forma que o crescimento vegetativo ficou quase constante no período de 1890 a 1940 (Mortara, 1947).

Com tais comportamentos dos níveis de fecundidade e mortalidade, o crescimento populacional somente pôde alcançar taxas um pouco mais elevadas - 2,4% ao ano - entre 1890 e 1900, graças à contribuição da migração internacional, que nessa década acusou a entrada de cerca de 1,2 milhão de imigrantes, cujos reflexos, no entanto, seriam mais sentidos nas regiões Sul e Sudeste (Levy, 1974). Nos demais períodos compreendidos entre o primeiro Censo Demográfico de 1872 e o de 1940, com exceção da década destacada anteriormente, o crescimento esteve, em média, ao redor de 2%.

As informações sobre a estrutura etária da população brasileira indicam que, neste quadro, foram poucas as alterações em termos de grandes grupos entre 1890 e 1940. Neste período, a proporção de pessoas com menos de 15 anos variou entre 41% e 44%, a de pessoas entre 15 e 59 anos, entre 52% e 54% e a de pessoas com 60 anos ou mais permaneceu em torno dos 4%.

É só a partir de 1940 que vão se intensificar as alterações demográficas, que, inicialmente, ocorrem através da diminuição dos níveis de mortalidade, permitindo incrementos significativos nas taxas de crescimento populacional, uma vez que a natalidade manteve-se em patamares elevados. Na década de 40, o crescimento populacional foi de cerca de 2,4% ao ano. Nas duas décadas seguintes alcançou os 3%.

As estimativas de Santos (1978) indicam que, de 1940 a 1950, a taxa de mortalidade diminuiu quase 13%, enquanto nos 40 anos anteriores tal decréscimo havia sido de 16%. Em relação ao aumento da esperança de vida ao nascer, o incremento ocorrido nessa década também equivale, no caso dos homens, ao observado nos 40 anos anteriores - cerca de 4 anos. No caso das mulheres, chega a ser ainda maior - 6,8 anos - contra 5,4 anos de 1900 a 1940.

Verifica-se, portanto, que o ritmo da redução da mortalidade, no Brasil, difere substancialmente daqueles observados na maioria dos países desenvolvidos, onde as melhorias em termos de saneamento básico, habitação, condições de trabalho, alimentação e de nível de vida em geral resultaram na diminuição gradativa das taxas brutas de mortalidade desde meados do século passado. Ao contrário, no Brasil, a redução destas taxas se deu de forma intensa, num período de tempo muito mais reduzido, graças, fundamentalmente, à importação de técnicas médicas e sanitárias dos centros mais desenvolvidos, que possibilitaram um maior controle sobre as doenças infecciosas (Sawyer, 1980). Na França, por exemplo, a taxa de mortalidade passou de 27 por mil em 1800, para 21 por mil em 1900 e para 18 por mil em 1913, alcançando os 13 por mil em 1946, enquanto no Brasil decaíram de cerca de 24 por mil entre 1930 e 1940 para, aproximadamente, 12 por mil na década de 60 (Mattelart, 1964; Santos, 1978).

A despeito da diminuição das taxas de mortalidade, nas décadas citadas (Tabela 1), a estrutura etária da população brasileira praticamente não se alterou de 1940 a 1960, quando então os menores de 15 anos representavam, aproximadamente, 43%, os de 15 a 59 anos 52% e os de 60 anos ou mais 5%.

Somente com a diminuição da fecundidade, a partir da década de 60, alterações mais significativas puderam ser observadas na estrutura populacional do Brasil. Segundo algumas estimativas, 1965 teria sido o marco inicial da redução da taxa de fecundidade total, que até então apresentava uma média de cerca de seis filhos por mulher, diminuindo, já ao final da década de 60, para menos de cinco filhos (Wong, 1983 b, c). Essa diminuição incidiu diretamente sobre o grupo etário de 0 a 4 anos do Censo Demográfico de 1970, cujo percentual baixou dos cerca de 16%, observados entre 1940 e 1960, para 14,9%, marcando, dessa forma, o final do que seria a primeira etapa da transição demográfica.

Como foi visto, existe uma certa dificuldade em apontar o momento em que essa etapa teria se iniciado, já que pouco se conhece a respeito da mortalidade, no Brasil, no período anterior a 1940. Se fossem consideradas, como

Tabela 1

Evolução da População, Taxa de Crescimento Anual e Distribuição Etária Brasil 1900-2025.

Anos	População (Em 1.000 hab.)	Taxa de Crescimento Anual (%)	Distribuição Etária (%)		
			0 a 14 Anos	15 a 59 Anos	60 Anos e Mais
1900	18.200	2,1	44,4	52,3	3,3
1920	27.500 (1)	2,0	42,8	53,2	4,0
1940	41.236 (1)	2,4	42,5	53,4	4,1
1950	51.944	3,0	41,9	53,9	4,2
1960	70.119	2,9	42,7	52,6	4,7
1970	93.139	2,5	42,1	52,8	5,1
1980	119.099	2,1	38,2	55,7	6,1
1990	147.291 (2)	1,6	33,8	59,1	7,1
2000	172.403 (2)	1,3	29,5	62,2	8,3
2010	196.469 (2)	1,0	26,3	63,7	10,0
2025	225.253 (2)		22,9	62,0	15,1

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Neupert (1987).

(1) Dado rotificado pelo IBGE.

(2) População estimada.

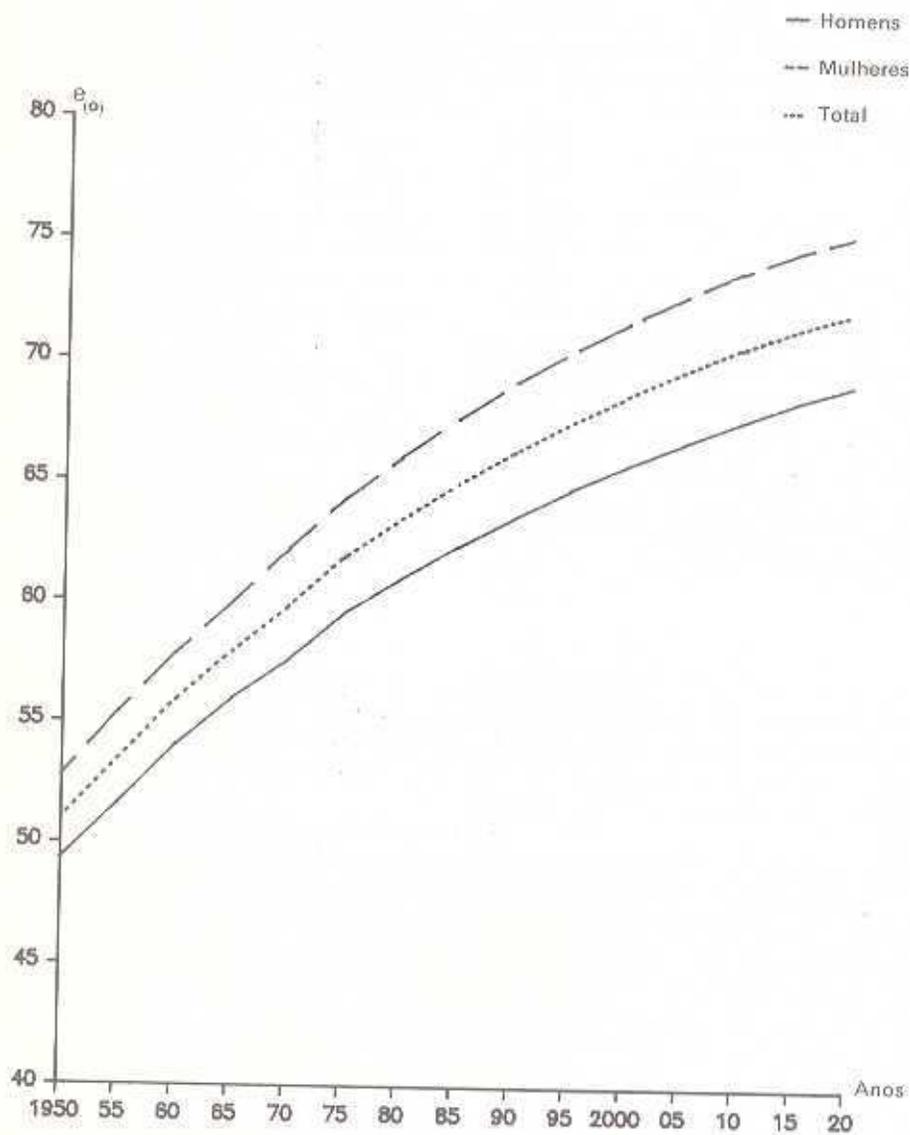
parte desta etapa, as diminuições muito reduzidas ocorridas desde o final do século passado, esta teria se iniciado por volta de 1870 e se prolongado por quase um século. No entanto, se fossem levadas em conta apenas as mudanças mais significativas, tal etapa teria durado pouco, de 1940 a 1960, ou seja, cerca de apenas duas décadas.

Nesse período, a esperança de vida ao nascer registrou aumento por volta de 15 anos, sendo que os incrementos mais amplos se deram no início do período, quando tais índices ainda eram consideravelmente mais baixos. Neupert estima que tais incrementos foram de, aproximadamente, 2,4 anos entre os quinquênios 1950/55 a 1955/60 e 1955/60 a 1960/65, reduzindo-se nos quinquênios seguintes, como se observa no Gráfico 1. Estima-se, ainda, que a esperança de vida ao nascer, no final do século, aproxime-se dos 67 anos no Brasil e, no período de 2020 a 2025, dos 72 anos (Neupert, 1987).

No início do século, o percentual de pessoas que alcançaria os 60 anos, nas condições de mortalidade da época, era de apenas 25%. Em 1950, este percentual aumentou para 35%, em 1960 para 50% e, atualmente, aproxima-se dos 70% (Santos, 1978; IBGE, 1987).

Gráfico 1

Evolução da Esperança de Vida ao Nascer (e/o), por Sexo
Brasil
1950-2020



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE; Neupert (1987).

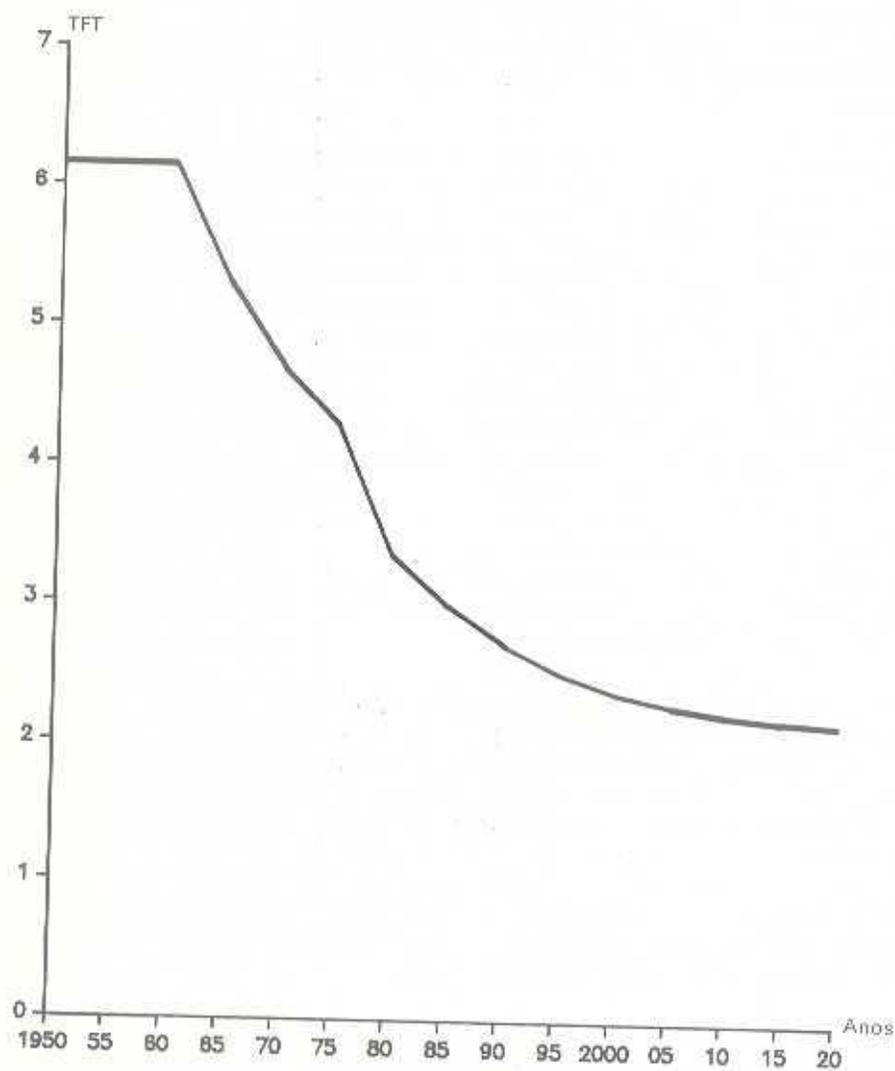
Esta última estimativa, no entanto, já integra a segunda etapa da transição demográfica, que se caracteriza pela continuidade da diminuição da mortalidade e o início da queda da natalidade. Os resultados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) de 1984 mostram que, cerca de 20 anos após o início da queda da fecundidade, o número médio de filhos por mulher reduziu-se de 6,1 para 3,5 (Simões & Oliveira, 1988). Se, por um lado, pode-se considerar que este índice está distante daqueles mais baixos observados no mundo – que seriam da ordem de 1,5 a 1,7 filho por mulher –, por outro deve-se constatar que, em um período bastante pequeno, houve uma diminuição de 42% nessa taxa, queda considerada das mais elevadas do mundo:

Com a previsão de que tal índice continuará a cair, atingindo a média de 2,5 filhos por mulher até o final do século e de 2,2 no período de 2020-25 (Gráfico 2), esperam-se alterações ainda mais marcantes na estrutura populacional do Brasil, que já se delineavam quando da observação dos resultados censitários de 1970. Comparando-se os Censos Demográficos de 1970 e 1980, é possível verificar a diminuição do grupo etário de 0 a 4 anos de 14,9% para 13,8% e ainda dos grupos de 5 a 9 anos, de 14,5% para 12,4%, e de 10 a 14 anos, de 12,8% para 12%, fato este que não se constatará de 1950 a 1970. Com isso, o grupo de 0 a 14 anos, que de 1940 a 1970 representava, aproximadamente, 42% da população; diminui para 38,3% em 1980, sendo que a previsão é de que, em 1990, passe para 34,4% (Neupert, 1987). O grupo etário que, inicialmente, ganha um maior destaque com a diminuição dos jovens é o dos adultos de 15 a 59 anos. No período de 1940 a 1970, cerca de 52% a 53% da população brasileira encontravam-se nessa faixa etária e, em 1980, este percentual alcança quase 56%, sendo que até o ano 2000 este grupo etário será o que mais absorverá a perda relativa do grupo jovem, alcançando os 62% ao final do século.

Em relação à população idosa, espera-se que, no período de 1980 a 2000, seu crescimento seja da ordem de 4,9% ao ano, significativamente superior aos 0,6% do grupo de 0 a 4 anos e ligeiramente maior do que os 3,1% das pessoas de 15 a 59 anos. Em função deste crescimento ainda considerável do contingente adulto, a população de 60 anos e mais aumenta muito lentamente sua participação no total de habitantes, passando dos cerca de 6,1%, em 1980, para 7,2%, em 1990, e para 8,3%, em 2000 (Tabela 1). Em termos absolutos, representam respectivamente 7,2, 10,5 e 14,3 milhões de pessoas, ou um incremento anual de 330 mil pessoas no período de 1980/90 e 380 mil entre 1990 e 2000 (Neupert, 1987).

No entanto, será a partir do final do século que as alterações demográficas ocorrerão de forma rápida e intensa, uma vez que as coortes etárias que estarão alcançando os 60 anos nasceram quando as taxas de mortalidade estavam diminuindo e, portanto, o número de sobreviventes tornava-se maior. Isto, aliado à queda da fecundidade que se verifica a partir do segundo quinquênio de 60 e que reduz a proporção dos jovens, faz prever que a população de 60 anos e mais alcance o percentual de 15,1% da população bra-

Gráfico 2
Evolução da Taxa de Fecundidade Total
Brasil
1950-2020



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; Neupert (1987).

sileira no ano 2025, com 34 milhões de pessoas, registrando um crescimento médio de 6,6% ao ano entre 2000 e 2025 (Neupert, 1987).

A pirâmide populacional do País apresentará, então, uma forma retangular, semelhante ao que se observa hoje para os países desenvolvidos (Gráfico 3). Os grupos etários quinquenais de 0 a 4 anos até 45 a 49 anos, caso se confirme as hipóteses esperadas terão quase o mesmo número de pessoas, o que contrasta com a larga base das pirâmides de 1940 a 1960, onde a sua configuração triangular indicava as altas taxas de fecundidade da época.

Em relação às pessoas de 60 anos e mais, deve-se destacar, ainda, que existe uma tendência desde 1950 de que os mais idosos passem a ter uma representação maior dentro deste grupo. Em 1950, 44,1% destas pessoas tinham entre 60 e 64 anos, 24,3% de 65 a 69 anos e 31,6% mais de 70 anos. Em 1980, esses percentuais eram, respectivamente, 33,9%, 28,1% e 38% e, no ano 2000, espera-se que esta distribuição seja de 32,6%, 25,4% e 42% (Tabela 2). Estima-se que, em 1990, as pessoas com 80 anos ou mais já sejam cerca de 1 milhão no Brasil (IBGE, 1987).

Tabela 2

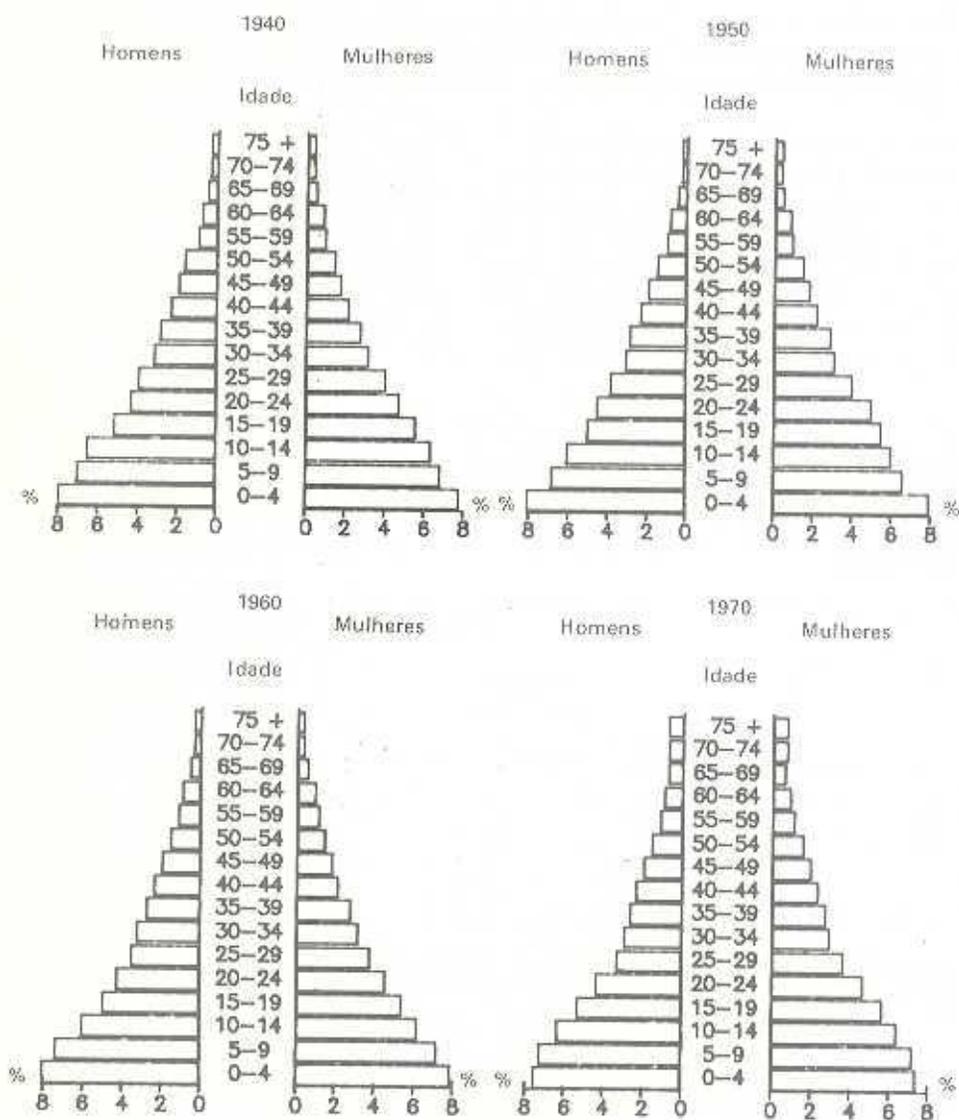
Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade
Brasil
1940-2000

Anos	Em porcentagem		
	Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade		
	60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 Anos e Mais
1940	41,2	23,0	35,8
1960	42,1	23,7	34,2
1980	33,9	28,1	38,0
2000 (1)	32,6	25,4	42,0

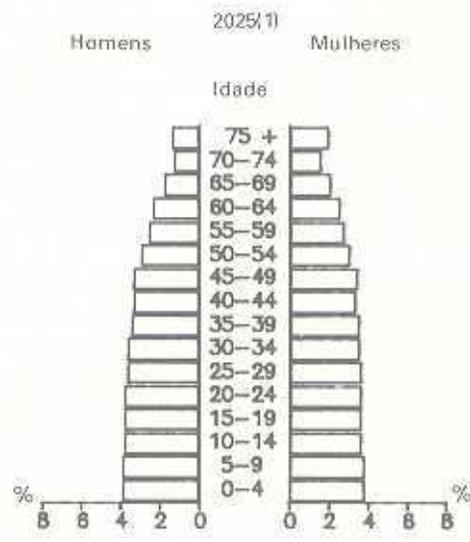
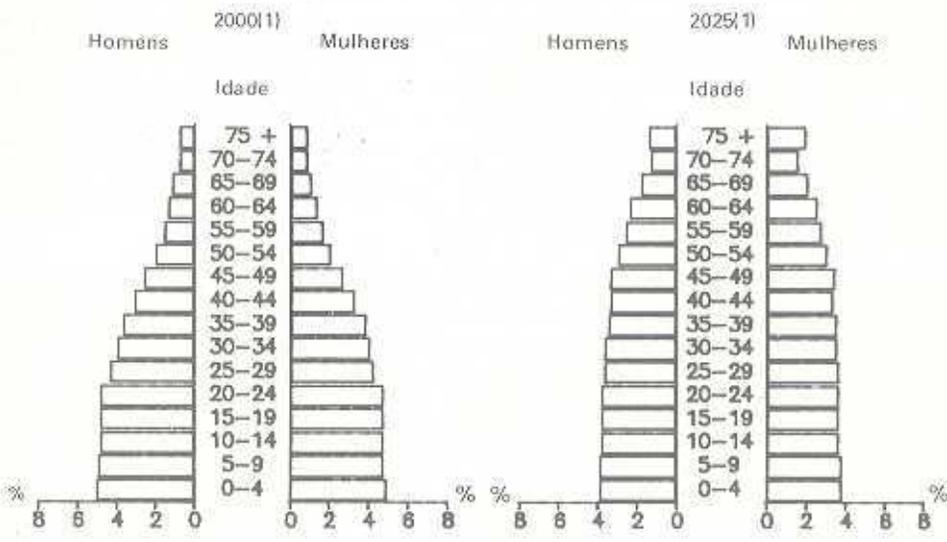
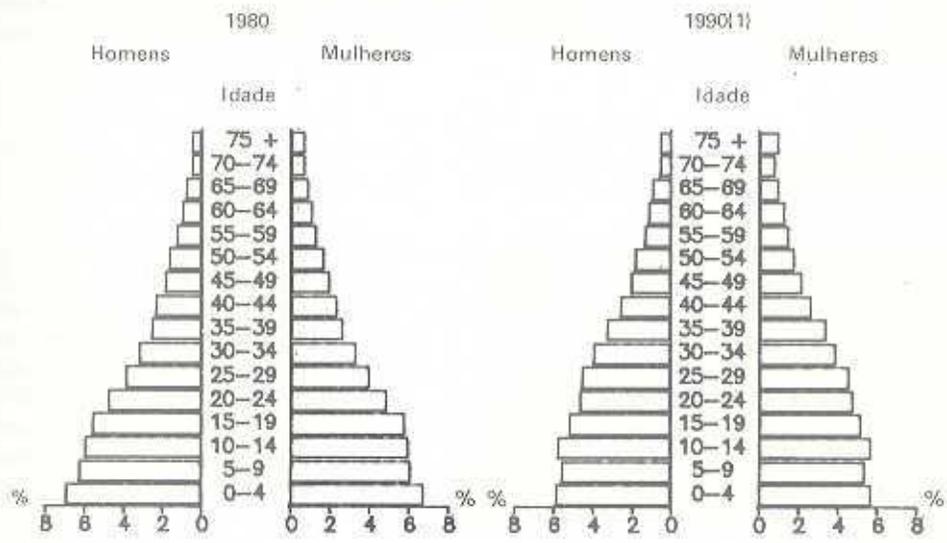
Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; Neupert (1987).
(1) Estimativa.

Ainda que o grande aumento da população idosa em termos absolutos, nos países em desenvolvimento, se deva em sua maior parte à redução da mortalidade na infância e nas idades jovens, o crescimento proporcional daqueles com mais idade indica que, mesmo nas faixas etárias avançadas, também tem ocorrido uma diminuição da mortalidade, ainda que de forma mais reduzida que nas demais faixas etárias.

Gráfico 3
Estrutura Etária da População
Brasil
1940-2025



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos; Neupert (1987).
(1) Estimativa.



Apesar dessas significativas alterações demográficas previstas para o Brasil até o ano 2025, as projeções populacionais não indicam o início da terceira etapa da transição demográfica, ou seja, a redução das taxas de natalidade a níveis muito próximos das taxas de mortalidade. As estimativas do último quinquênio considerado – 2020/25 – apontam para uma taxa bruta de natalidade em torno de 16 por mil e de mortalidade por volta de 8 por mil, o que significaria um crescimento populacional de 0,8% (Neupert, 1987). Desta forma, espera-se que taxas próximas de zero ocorram somente após a metade do próximo século.

A População Idosa no Brasil

Estima-se que, atualmente, a população de 60 anos e mais, no Brasil, esteja próxima de 10 milhões de habitantes, número que deixa o País entre os 10 com maior população de idosos no mundo. Espera-se que, no início do próximo século, esta venha a ser a sexta do mundo. Em números relativos, no entanto, o Brasil apresenta um percentual de idosos bastante inferior ao dos países mais desenvolvidos, onde, em sua maior parte, no início da década de 80, já ultrapassavam os 15% da população, ou mesmo os 20%, como nos casos da Suécia, Inglaterra, Dinamarca e República Federal da Alemanha (United Nations, 1986). Nestes países, as taxas de fecundidade total estão abaixo de dois filhos por mulher, em média.

Em termos de América Latina, o Brasil encontra-se com percentuais pouco superiores ao da maior parte dos países, cujas menores cifras estavam por volta de 4% em 1980, principalmente na América Central. Nesta região, os resultados aproximavam-se daqueles observados para a África, onde as taxas de fecundidade se mantêm praticamente constantes ou caíram apenas recentemente. Quanto àqueles países com estrutura populacional mais envelhecida, destacam-se o Uruguai, onde os idosos representavam 15% da população no início da década de 80, e a Argentina e Cuba, com percentuais próximos dos 12% (United Nations, 1986).

Na maior parte dos países, a migração internacional tem tido, já há bastante tempo, um papel muito pouco relevante, de tal forma que a dinâmica demográfica tem dependido quase que exclusivamente das taxas de mortalidade e fecundidade. Porém, esta situação se altera consideravelmente no caso brasileiro, quando se analisa a distribuição da população idosa em suas diferentes regiões, uma vez que os fluxos migratórios internos são muito intensos.

Embora o envelhecimento populacional, em termos estritos, esteja diretamente relacionado com o comportamento das variáveis mortalidade e fecundidade, a migração interna no Brasil tem sido um fator de extrema importância na conformação etária da população de suas diversas regiões, à medida que este fenômeno é bastante seletivo no que diz respeito aos grupos etários (Saad & Camargo, 1989).

De acordo com o Censo de 1980, 40% da população brasileira moravam fora de seu município de nascimento, sendo que quase a metade em estados distintos dos de origem natural. Entre aqueles que haviam mudado de município entre um e nove anos antes do censo, somente 3%, aproximadamente, tinham mais de 60 anos, enquanto mais de 50% estavam na faixa dos 15 aos 40 anos. Portanto, independentemente das variações nos níveis de mortalidade e fecundidade, esta movimentação populacional tende a rejuvenescer as áreas de destino, ao mesmo tempo em que provoca um envelhecimento "artificial" nas áreas de saída.

Desta forma, não se observa, necessariamente, uma associação direta entre indicadores de mortalidade e fecundidade com o grau de envelhecimento das diferentes unidades da Federação, como mostra a Tabela 3.

Os estados que apareciam com os maiores percentuais de idosos em 1980 – Paraíba e Rio Grande do Norte – apresentavam taxas de fecundidade muito elevadas e baixa esperança de vida ao nascer.

Por outro lado, São Paulo e Rio de Janeiro, embora apresentassem juntamente com o Rio Grande do Sul as menores taxas de fecundidade do País e estivessem entre os de maior esperança de vida ao nascer, perderam posições na década de 70 quanto à proporção de população idosa. O Rio de Janeiro, que em 1970 tinha o maior percentual de idosos em relação à população total, cai para a terceira posição em 1980, enquanto São Paulo passa do quarto para o oitavo lugar.

A explicação para esta situação pode ser obtida justamente através dos indicadores de migração. Em 1980, por exemplo, 27% da população natural da Paraíba residiam em outras áreas do País, enquanto somente 6,2% dos residentes na Paraíba eram naturais de outros estados. Em termos absolutos, cerca de um milhão de paraibanos estava fora de seu estado, dos quais 30% no Rio de Janeiro, 20% em São Paulo e 15% em Pernambuco, aproximadamente.

Esta situação se repete na maioria dos estados da região nordeste do Brasil, onde cerca de 20% de seus naturais migraram para uma outra unidade da Federação.

No caso de São Paulo e Rio de Janeiro, os indicadores de migração se apresentam de forma diametralmente oposta. Enquanto, aproximadamente, um quarto da população de brasileiros natos residente nestes estados havia nascido em outras áreas do País (São Paulo, 24%; Rio de Janeiro, pouco mais de 22%), os naturais destes dois estados, residentes fora deles, estavam próximos de 7% e 6%.

Estima-se que, apenas na década de 70, o Estado de São Paulo tenha apresentado um saldo migratório da ordem de três milhões de pessoas (Rodrigues & Perillo, 1986).

Tabela 3
 Proporção de Pessoas de 60 Anos e Mais na População Total e Alguns Indicadores Demográficos
 Unidades da Federação
 1970-1980

Unidades da Federação:	Proporção da População de 60 Anos e Mais (Idosa %)		Esperança de Vida ao Nascer (Em Anos)	Taxa de Fecundidade Total	Taxa da Imigração Líquida	Taxa da Emigração Líquida
	1970	1980				
Pernambuco	5,9	7,7	44,4	6,2	6,2	27,0
Rio Grande do Norte	5,9	7,3	45,4	5,7	7,5	19,7
Rio de Janeiro	6,3	7,2	63,2	2,8	22,5	5,7
Rio Grande do Sul	5,8	7,2	70,6	3,1	2,4	10,6
Sergipe	5,8	6,8	55,3	6,0	8,4	24,5
Pernambuco	5,2	6,7	47,8	5,4	5,7	20,7
Ceará	5,2	6,3	47,0	5,1	3,9	17,9
São Paulo	5,8	6,3	63,6	3,2	24,0	7,3
Minas Gerais	4,8	6,1	63,1	4,3	5,0	24,0
Alagoas	4,9	6,1	46,9	6,7	7,6	24,1
Bahia	5,0	6,0	58,0	6,2	5,0	17,5
Espírito Santo	4,5	5,6	67,3	4,3	16,4	23,7
Rio de Janeiro	4,4	5,4	57,9	6,5	7,2	21,0
Santa Catarina	4,5	5,4	66,8	3,8	11,7	15,5
Maranhão	3,9	5,2	55,4	6,9	11,4	12,5
Paraná	3,7	5,0	64,4	4,1	27,1	18,7
Pará	4,2	4,6	63,7	6,3	15,3	6,5
Mato Grosso do Sul	11)	4,5	66,0	4,4	36,1	11,8
Goiás	3,5	4,5	63,6	4,7	23,2	12,2
Amapá	3,1	4,1	...	7,3	27,6	10,2
Acre	2,9	3,9	...	6,9	11,4	13,5
Amazonas	3,3	3,8	65,5	6,8	8,1	7,2
Mato Grosso	3,5	3,8	65,6	4,7	41,4	18,4
Roraima	3,0	3,5	...	6,1	30,3	9,0
Rondônia	2,5	2,8	...	6,2	66,0	9,7
Distrito Federal	2,2	2,8	65,9	3,6	67,2	14,6

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos de 1980.

(1) Incluído em Mato Grosso.

Nota: Taxa de Imigração = Divisão do número de não-naturais residentes na UF pelo total de sua população residente.

Taxa de Emigração = Divisão do número de naturais não-residentes na UF pelo total de sua população natural.

Este saldo tão expressivo de migrantes concentrados basicamente na idade adulta provocou, evidentemente, alterações na estrutura etária de sua população, retardando o processo de envelhecimento e, certamente, influenciando sobre os grupos mais jovens, uma vez que grande parte destes migrantes provém daquelas áreas com taxas de fecundidade mais elevadas.

Ainda em relação à Tabela 3, constatou-se que, em todas as áreas relacionadas, houve um aumento dos percentuais de população idosa. Porém, onde as taxas de fecundidade permanecem mais elevadas e as de imigração mais intensas, os percentuais ainda eram muito reduzidos, como em Mato Grosso, Roraima e Rondônia, não alcançando a 4% de sua população, o que contribuiu para uma configuração etária muito distinta da de outros estados. O caso do Distrito Federal é peculiar devido à sua curta existência como uma dessas unidades.

Os efeitos da migração não se restringem à configuração da estrutura etária nos diferentes estados ou à maior ou menor concentração de idosos em determinadas regiões. Na verdade, tendem a criar ou ressaltar situações prementes, tanto nas áreas de emigração quanto nas de imigração. O fato das maiores concentrações relativas de idosos localizarem-se em regiões reconhecidamente desprivilegiadas, em termos de desenvolvimento sócio-econômico, causa uma certa apreensão, principalmente quando se considera o importante papel que o poder estatal deveria assumir nestas regiões, no sentido de responder às demandas deste grupo populacional, já que o desequilíbrio provocado pela emigração de adultos jovens acaba por enfraquecer o papel da família como suporte básico para o cuidado do idoso.

Já nas áreas de imigração, poder-se-ia citar, como exemplo, as fortes pressões sobre a capacidade de absorção da população ativa pelo setor produtivo (Martine & Peliano, 1978).

Outros setores também poderiam ser citados, como, por exemplo, os da habitação, saúde, educação ou lazer, além de aspectos cujas implicações econômicas e sociais geradas pela existência de uma maior parcela de população jovem ou idosa em áreas menores são pouco conhecidas e, portanto, merecedoras de pesquisas mais detalhadas. A própria relação existente entre jovens e adultos e idosos e adultos já é um ponto importante a ser destacado (Tabela 4), uma vez que aparece mais alta em estados como a Paraíba ou o Rio Grande do Norte, caracterizados como áreas de forte emigração.

Outros aspectos certamente surgiriam se a análise fosse estendida a áreas menores, como municípios e regiões. Alguns destes aspectos são apresentados no capítulo que se segue para o Estado de São Paulo.

Tabela 4.
Número de Jovens (0 a 14 Anos) e Idosos (60 Anos e Mais) para Cada 100
Adultos (15 a 59 Anos)
Brasil e Unidades da Federação
1980

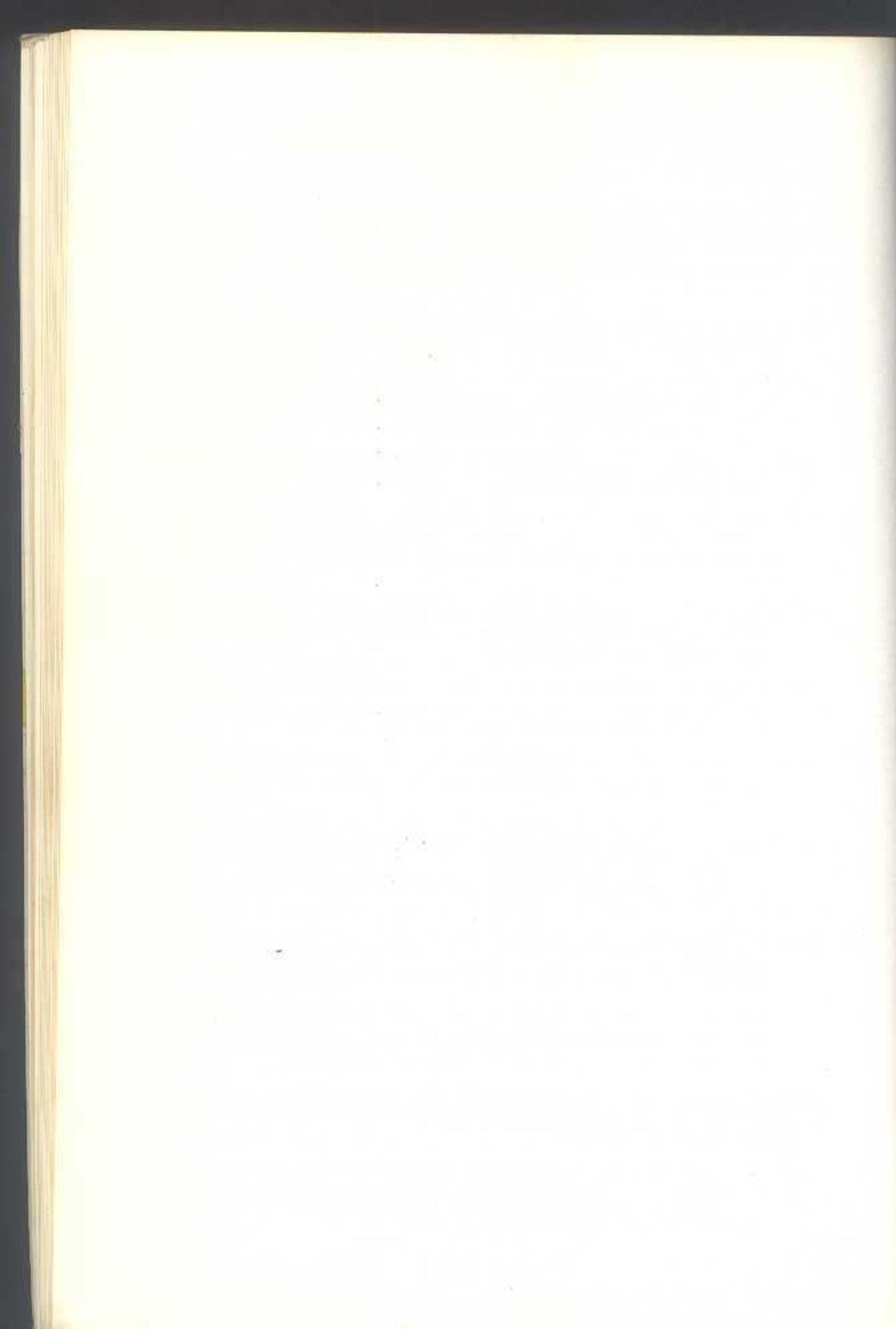
Unidades da Federação	Jovens/Adultos	Idosos/Adultos	Jovens e Idosos/Adultos
Brasil	88,7	11,0	79,7
Amazonas	98,7	7,8	104,5
Alagoas	91,2	12,5	103,7
Paraná	86,4	15,6	102,0
Rio Grande do Norte	81,2	14,3	95,5
Rondônia	89,5	5,8	95,0
Santa Catarina	66,4	9,6	76,0
Rio Grande do Sul	54,0	12,0	66,0
São Paulo	54,5	10,4	64,9
Rio de Janeiro	50,7	11,7	62,4

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos de 1980.

Bibliografia

- FUNDAÇÃO IBGE (1974). Projeção da população brasileira por idade e sexo: período 1970-2000. *Revista Brasileira de Estatística*, Rio de Janeiro, 35 (139): 357-70, jul.-set.
- _____ (1987). *Anuário estatístico do Brasil - 1986*. Rio de Janeiro.
- LEVY, M.S.F. (1974). O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872-1972). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, (Suplemento): 49-90, junho.
- MADEIRA, F.R. & OLIVEIRA, M.C. (1989). Democracia, população e políticas públicas: *São Paulo em Perspectiva*. São Paulo, 3 (3): 2-6, jul./set.
- MARTINE, G. e CAMARGO, L. (1984). Crescimento e distribuição da população brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, 1 (1/2): 99-143, jan./dez.
- MARTINE, G. & PELIANO, J.C.P. (1978). *Migrantes no mercado de trabalho metropolitano*. Brasília, Ipea/Iplan. (Estudos para o Planejamento, 19).

- MATTELART, A. (1964). **Manual de análisis demográfico**. Santiago de Chile. Centro de Investigaciones Sociológicas. Universidad Católica de Chile – Centro para el Desarrollo Económico y Social de América Latina (Desal).
- MERRICK, T.W. e GRAHAM, D.H. (1981). **População e desenvolvimento econômico no Brasil** (de 1800 até a atualidade). Rio de Janeiro, Zahar.
- MÓRTARA, G. (1947). Crescimento da população do Brasil entre 1872 e 1940. In: **Pesquisas sobre populações americanas**. Rio de Janeiro, FGV. (Estudos Brasileiros de Demografia, 1; Monografia 3).
- NAÇÕES UNIDAS (1986). **Perspectivas de la población mundial – estimaciones y proyecciones en 1982**. Nova Iorque, NAÇÕES UNIDAS.
- NEUPERT, R.F. (1987). "Nova projeção da população brasileira: hipóteses baseadas em informações recentes". In: Wong, L.L.R. (org.) et al. **Futuro da população brasileira: projeções, previsões e técnicas**. Embu, Abep.
- PATARRA, N.L. & FERREIRA, C.E.C. (1986). **Repensando a transição demográfica: formulações, críticas e perspectivas de análise**. Campinas, Unicamp, out. (Textos Nepo, 10).
- RODRIGUES, R.N. & PERILLO, S.R. (1986). Perspectivas da migração no Estado de São Paulo e nas 11 regiões administrativas para o período 1980-2000. **Informe Demográfico**. São Paulo, (19): 1-78.
- SAAD, P.M. & CAMARGO, A.B.M. (1989). O envelhecimento populacional e suas conseqüências. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, 3 (3): 40-45, jul./set.
- SANTOS, J.L.F. (1978). Demografia: estimativas e projeções. São Paulo, FAU/USP. (Prodeur. Cadernos de Estudos e Pesquisas, 1). (1974) – Projeção da população brasileira. **Revista da Saúde Pública**. São Paulo, (Suplemento): 91-102, junho.
- SAWYER, D.O. (1980). Mortalidade. In: SANTOS, J.L.F. (org.) et al. **Dinâmica da População: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo, T.A. Queiroz. (Biblioteca Básica de Ciências Sociais: Textos, 3).
- SIMÕES, C.C.S. & OLIVEIRA, L.A.P. (1988). **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: a situação da fecundidade, determinantes gerais e características da transição recente**. Rio de Janeiro, IBGE.
- WONG, L.L.R. (1983). Fecundidade no Brasil (urbano e rural) – aplicação do método dos filhos próprios ao censo de 1970. **Informe Demográfico**. São Paulo, (9): 53-97.
- (1983). Níveis e tendências da fecundidade nas diversas regiões do Brasil – aplicação do método dos filhos próprios aos censos de 1970. **Informe Demográfico**. São Paulo, (9): 99-139.





CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SÓCIO-ECONÓMICAS

1875

A Evolução da População Idosa e a sua Distribuição Espacial em São Paulo

Antonio Benedito Marangone Camargo
Lúcia Mayumi Yazaki

As informações coletadas no Brasil e no Estado de São Paulo (Tabela 1) mostram que, desde 1940, os percentuais de idosos em São Paulo têm sido superiores aos do País, com tendência a distanciarem-se até 1970, após o que voltam a se aproximar.

Tabela 1

Evolução da População de 60 Anos e Mais e da sua Participação na População Total
Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1900-2025

Anos	População de 60 Anos e Mais			Participação na População Total (%)		
	Brasil	Estado de São Paulo	Grande São Paulo	Brasil	Estado de São Paulo	Grande São Paulo
1900	558.399	63.944	...	3,2	2,8	...
1920	1.234.176	177.454	29.627	4,0	3,9	4,1
1940	1.675.534	296.095	75.557	4,1	4,1	4,8
1960	2.205.341	402.045	134.301	4,2	4,4	5,0
1960	3.313.623	663.485	262.564	4,7	5,2	5,5
1970	4.716.208	1.029.605	459.789	5,1	5,8	5,6
1980	7.216.017	1.580.293	717.064	6,1	6,3	5,7
1990 (1)	10.542.170	2.404.500	1.140.000	7,2	7,2	6,5
2000 (1)	14.293.399	3.516.200	1.705.260	8,3	8,7	8,0
2025 (1)	34.010.704	14,9

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, **Censos Demográficos do Estado de São Paulo e do Brasil**; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade; Neupert (1987).

(1) Estimativa.

Com relação ao Brasil, as taxas brutas de natalidade em São Paulo se mostram inferiores, ao mesmo tempo em que a esperança de vida ao nascer apresenta valores mais altos. Em 1940, esta alcançava os 45 anos em São Paulo, quando no Brasil estava próxima dos 35 anos. Em 1970, havia superado os 60 anos, contra os 52 anos registrados para o total do Brasil (Santos, 1978; SÃO PAULO (ESTADO), 1977).

Ao final da década de 80, estima-se que a esperança de vida da população total de São Paulo atingia quase os 70 anos e, para o Brasil, 65 anos (Ortiz & Yazaki, 1984; Neupert, 1987).

Se de 1940 a 1980 a esperança de vida ao nascer do Estado aumentou, em média, cinco anos por década, para a população de 60 anos e mais o crescimento foi de um ano, por década (Tabela 2). Existe, portanto, a expectativa de haver um envelhecimento dentro do próprio grupo da população idosa, refletido pelo aumento da esperança de vida aos 60 anos, que passa de cerca de 13 anos, em 1940, para quase 18 anos em 1980.

Tabela 2

Indicadores de Envelhecimento Populacional
Estado de São Paulo
1940-1985

Anos	Esperança de Vida ao Nascer			Esperança de Vida aos 60 Anos			Proporção de Pessoas que Alcançam os 60 Anos (1) (%)		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
1940	44,3	46,5	45,4	12,6	14,1	13,3	42,1	46,5	44,0
1950	52,8	55,9	54,2	13,8	15,6	14,6	54,1	59,9	56,8
1960	57,8	62,5	60,0	14,8	16,9	15,8	61,3	63,5	65,5
1970	58,7	65,0	61,7	14,5	17,2	15,8	62,8	74,5	68,4
1980	63,3	70,0	66,7	15,8	18,7	17,5	68,5	80,5	74,3
1985	64,9	72,3	68,2	16,0	19,0	17,4	70,1	83,7	76,7

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

(1) Mantidas as condições de mortalidade do momento considerado.

Quanto à fecundidade, sua taxa total, por volta de 1940, era 20% inferior à do Brasil. Manteve-se sempre abaixo dos níveis do País, com um diferencial de 20% a 30% nas décadas seguintes. Estimativas feitas sobre os resultados do Censo de 1970 permitiram compor uma série de valores para a taxa de fecundidade total, para um período que alcança o ano de 1956, e que confirmaram os menores níveis de São Paulo: 4,7 filhos em média, por mulher, ao passo que, no Brasil, atingia a 6, no final da década de 50 e início dos anos 60. (Wong, 1983).

Esses resultados justificam, em parte, os maiores percentuais de idosos em São Paulo, em relação ao Brasil, ainda que a migração representasse uma importante parcela do crescimento populacional paulista.

Já entre 1970 e 1980, constatou-se que os níveis nacionais de mortalidade e fecundidade haviam diminuído consideravelmente, enquanto há indicações de que, em São Paulo, a fecundidade teria se mantido quase constante no segundo quinquênio dessa década (IBGE, 1987; Wong, 1986). Além disso, os saldos migratórios de 1970/80 contribuíram diretamente (1) com 41% do crescimento populacional de São Paulo, o maior verificado desde a década de 40, e que, como vimos, incidiu com maior força sobre a população adulta. Com isso, a participação relativa de população idosa em São Paulo aumenta de 5,8%, em 1970, para apenas 6,3% em 1980, enquanto no Brasil essa proporção evolui de 5,1% para 6,1%, no mesmo período.

Para as regiões de governo do Estado de São Paulo, constatava-se em 1980 que em nenhuma delas o percentual de idosos ultrapassava os 10% (Mapa 1) e que isso ocorria em menos de 15 municípios.

Estima-se que, em 1990, cinco regiões de governo (Mapa 2) e cerca de 170 municípios terão uma proporção de idosos superior a 10%, o que configura um processo de envelhecimento populacional tendente a generalizar-se no Estado (Fundação Seade, 1988).

Nesse mesmo ano, em apenas cinco das 43 regiões de governo (considerando-se a Grande São Paulo) esses percentuais devem ser inferiores a 7%: Registro, Campinas, São José dos Campos, Caraguatatuba e Grande São Paulo. Nestas áreas, com exceção da primeira, a característica comum é o da migração contribuir com importantes parcelas do crescimento populacional, algumas vezes combinada a taxas mais elevadas de fecundidade (a exemplo do que ocorre em Registro), o que acarreta um processo de envelhecimento mais lento do que nas demais áreas do Estado.

Neste estudo, optou-se por aprofundar a análise da situação do idoso na Grande São Paulo, que, a despeito de apresentar uma proporção de população com 60 anos e mais inferior a de outras regiões paulistas, congrega quase a metade dos habitantes do Estado e é sede do maior parque industrial e pólo de desenvolvimento do País.

A Situação na Grande São Paulo

Como área metropolitana, a Grande São Paulo (GSP) não foge às principais características das demais regiões metropolitanas do País, no que diz respeito aos percentuais de população idosa. O fato de receberem grandes

(1) Considerou-se como contribuição direta, a diferença entre entrada e saída de migrantes, não englobando os nascimentos e óbitos, provenientes dessa população e ocorridos em São Paulo.

Mapa 1

Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total, por Regiões de Governo
Estado de São Paulo
1980



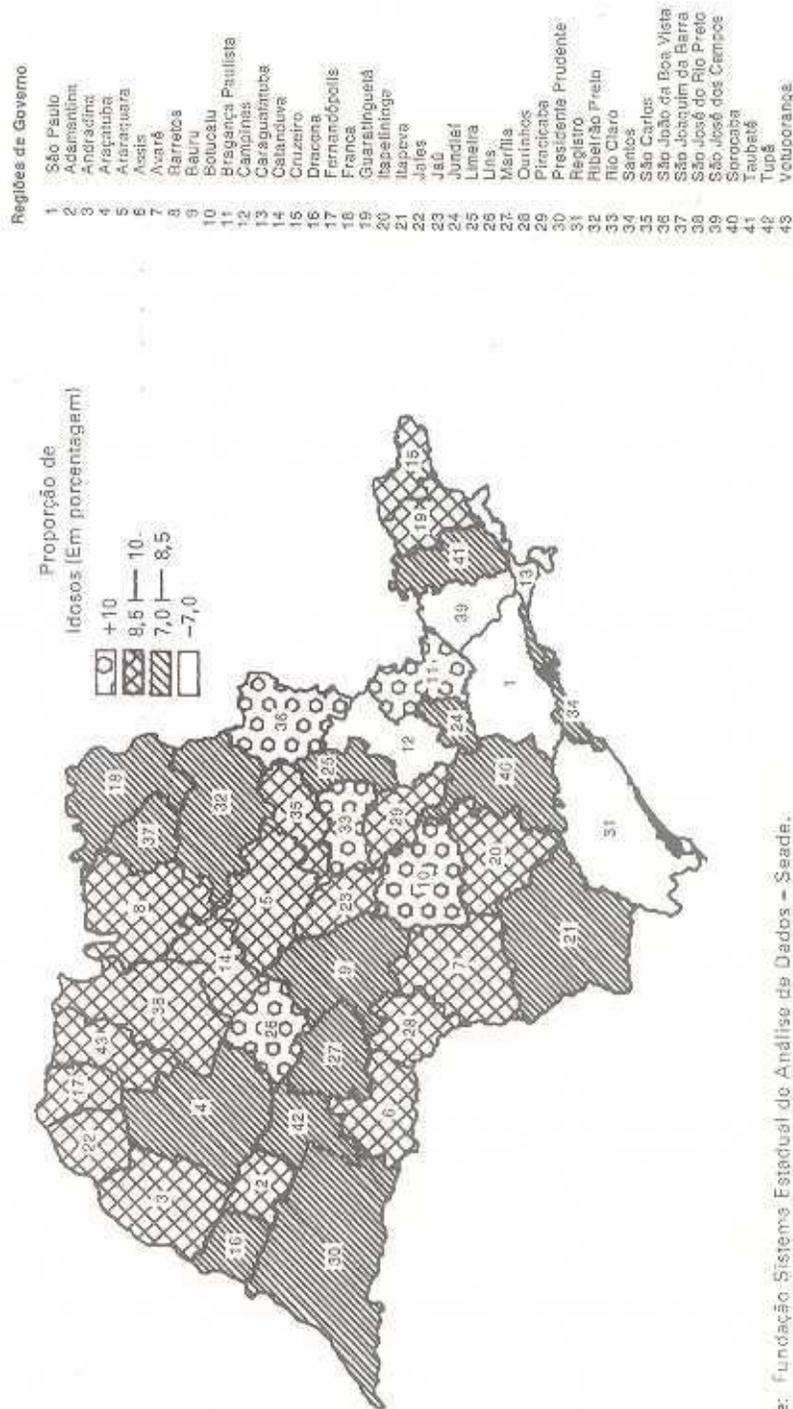
Regiões de Governo

- 1 São Paulo
- 2 Adamantina
- 3 Anradina
- 4 Araçatuba
- 5 Araraquara
- 6 Assis
- 7 Avatê
- 8 Barreiros
- 9 Bauru
- 10 Botucatu
- 11 Bragança Paulista
- 12 Campinas
- 13 Carapicatu
- 14 Catanduva
- 15 Cruzeiro
- 16 Dracena
- 17 Fernandópolis
- 18 Franca
- 19 Guaratinguetá
- 20 Ilpeitinga
- 21 Itapeva
- 22 Jabotic
- 23 Jales
- 24 Jandiaí
- 25 Limeira
- 26 Lins
- 27 Marília
- 28 Ourinhos
- 29 Piracicaba
- 30 Presidente Prudente
- 31 Registro
- 32 Ribeirão Preto
- 33 Rio Claro
- 34 Santos
- 35 São Carlos
- 36 São João da Boa Vista
- 37 São Joaquim da Barra
- 38 São José do Rio Preto
- 39 São José dos Campos
- 40 Sorocaba
- 41 Taubaté
- 42 Tupi
- 43 Voluporanga

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Estado de São Paulo.

Mapa 2

Estimativa da Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total, por Regiões de Governo do Estado de São Paulo 1990



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

contingentes populacionais deixam-nas com menores percentuais de população com 60 anos e mais, como se constata pelos resultados da PNAD de 1987. O percentual era de 8,1% no Rio Grande do Sul e de 7,5% na Região Metropolitana de Porto Alegre. Na Bahia e na Região Metropolitana de Salvador, esses valores eram de, respectivamente, 7,2% e 4,9%. Situação similar ocorre com relação a todas as demais regiões, com exceção de Belém, que é constituída por apenas dois municípios. Em São Paulo, os resultados dos censos demográficos indicam que só após 1970 os percentuais de idosos da área metropolitana passaram a ser inferiores aos do Estado, talvez porque, antes, os diferenciais de fecundidade e mortalidade exercessem maior influência na configuração etária.

Embora os indicadores disponíveis para essas variáveis sejam bastante restritos, em termos de áreas do Estado nos períodos anteriores a 1970, os resultados mais globais apontavam para grandes diferenciais entre a região metropolitana (cuja população se encontrava até há poucas décadas concentrada no Município de São Paulo) e o total de São Paulo. A taxa bruta de natalidade, por exemplo, permaneceu com um importante diferencial até o início da década de 60, ocorrendo o mesmo com a mortalidade. A partir de então, os resultados se tornam mais homogêneos. Em alguns períodos, as taxas da GSP chegam a superar as do Estado.

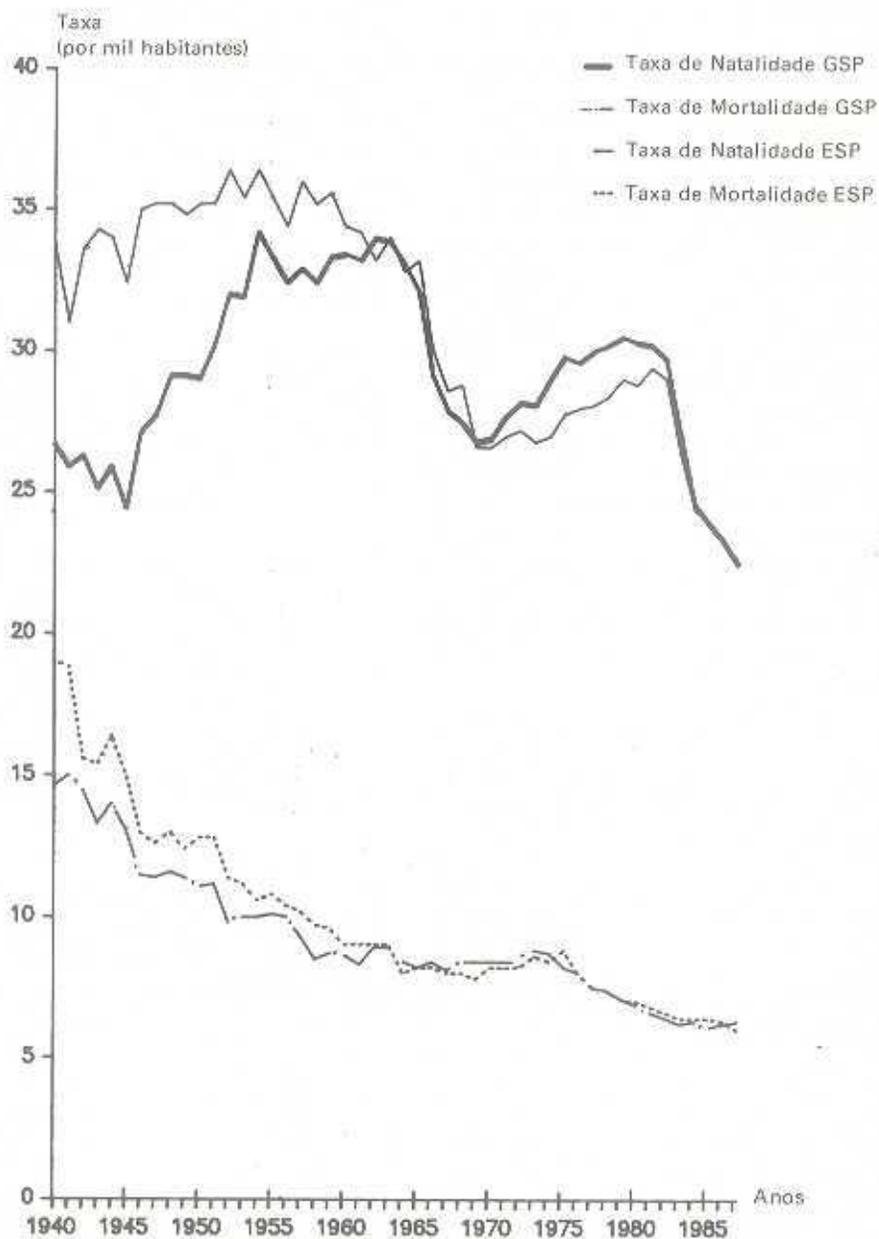
Assim, a GSP, que estava entre aquelas de menores níveis de natalidade e mortalidade, aproxima-se das demais, não apenas pela diminuição das taxas de outras regiões do Estado, mas também pelo aumento registrado naquela região, em certos períodos (Gráfico 1).

A migração também exerce efeito direto para a aproximação desses percentuais de idosos, dada a maior concentração de adultos, que também poderia provocar alterações nas próprias taxas de fecundidade e mortalidade.

Sobre a fecundidade, em especial, existiriam – tanto nas áreas de destino, como nas de origem – interferências sobre suas taxas, se os migrantes tiverem um padrão diferente da população nativa, como no caso da Grande São Paulo, que apresenta taxas de fecundidade relativamente baixas. A tendência é de que a chegada de migrantes interfira nestes valores, alterando de forma crescente o comportamento que se esperaria caso não houvesse tal migração. O caso inverso também é importante, como no Oeste paulista e em outras regiões do País, que apresentaram elevada emigração rural. Dado que os níveis de fecundidade da população rural têm sido superiores aos das populações urbanas, a simples saída da população para outras áreas já resultaria na produção das respectivas taxas.

A mortalidade pode estar sujeita ainda a impactos das migrações, mas, como tem-se ressaltado, o alcance de níveis considerados baixos faz com que sua influência no crescimento populacional seja mais restrita.

Gráfico 1
Evolução das Taxas de Natalidade e Mortalidade
Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1940-87



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

Estas considerações quanto à GSP, em termos da influência das variáveis demográficas na configuração etária, são igualmente válidas para as diversas áreas em que se divide essa região, como municípios, distritos e subdistritos. Camargo e Montali (1988) constataram, por exemplo, que haviam menores percentuais de jovens nas áreas mais centrais e que tais percentuais aumentavam nas áreas mais periféricas da conurbação existente.

Para os idosos, a situação é oposta, embora não corresponda a uma simetria total em relação aos jovens. Ou seja: nos subdistritos que tinham os menores percentuais de jovens, não existem necessariamente as maiores proporções de idosos. Entre os jovens, constatou-se que, na Consolação, na Bela Vista, na Sé, em Santa Ifigênia, em Santa Cecília, em Cerqueira César e na Liberdade, 22% a 25% das pessoas tinham até 19 anos, cerca da metade da proporção que se observava nas áreas mais distantes da região. Já os maiores percentuais de população idosa, estavam no Belenzinho, na Consolação, no Pari, em Santa Cecília, na Aclimação, na Barra Funda, no Bom Retiro e em Cerqueira César, com valores de 11,8% a 13% (Mapa 3). Alguns destes subdistritos não se encontram localizados no próprio núcleo mais central da região, mas em torno deste. Se se utilizar as mesmas agregações de subdistritos, distritos e municípios feitas pelos autores acima citados, então percebe-se a formação de círculos concêntricos, onde os percentuais de idosos diminuem com a distância da área central. No círculo central, a proporção de idosos alcançava 11,5%, mantendo-se elevada no segundo círculo, com 11,1%. A partir deste, os valores continuam diminuindo, com os idosos representando 8,1% da população na terceira área, 5,4% na quarta, e menos de 4% nas duas últimas, que se localizam nos extremos da conurbação e englobam municípios como Carapicuíba, Jandira, Taboão da Serra, Embu e Diadema – caracterizados, nas décadas de 70 e 80, pelo elevado crescimento populacional e com grande participação do componente migratório (Tabela 3).

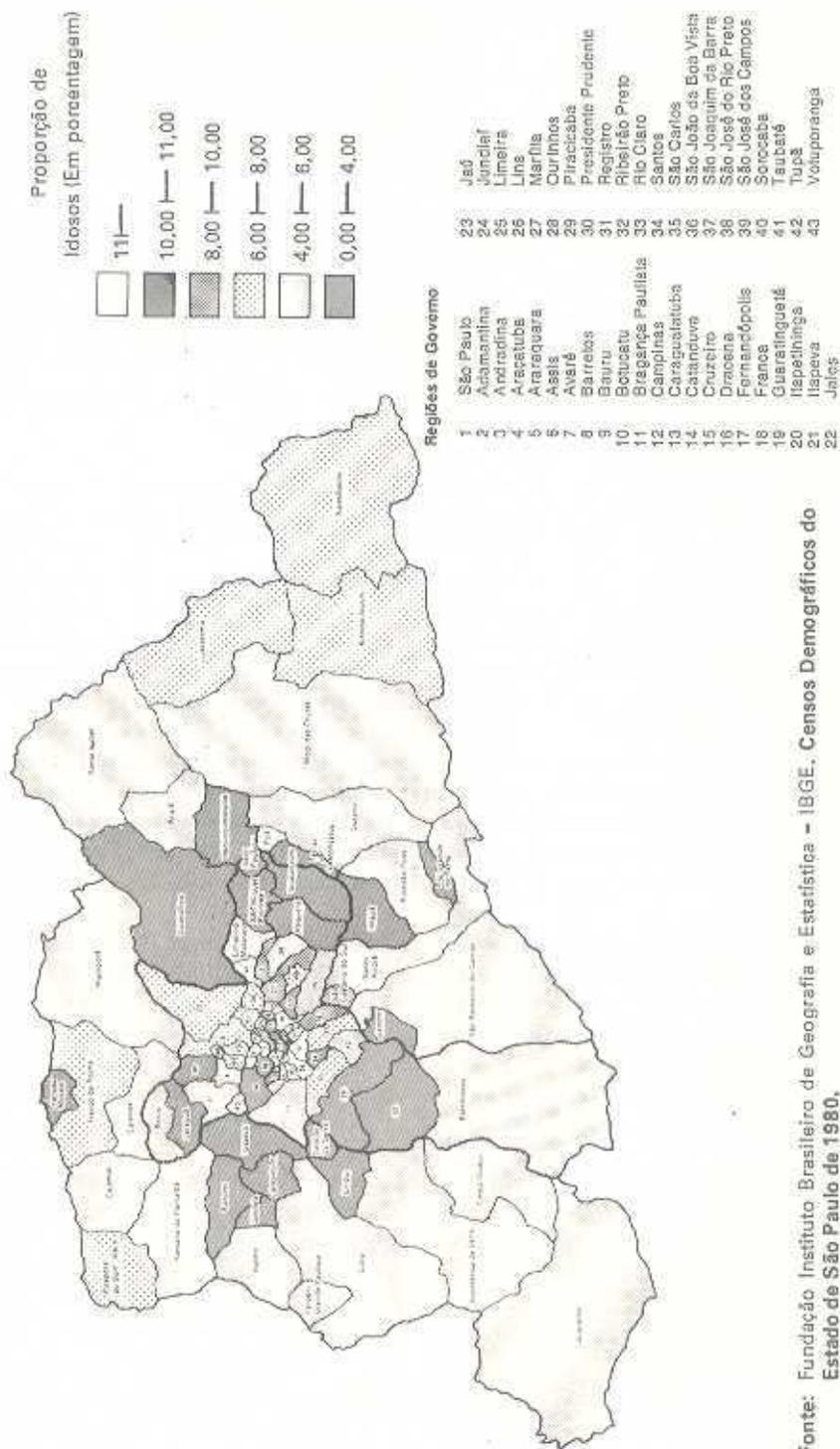
Tabela 3

Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total e Distribuição das Populações de 60 Anos e Mais e Total Grande São Paulo 1980

Áreas	Em porcentagem		
	Proporção de Idosos na População Total	Distribuição da População de 60 Anos e Mais	Distribuição da População Total
Total	5,7	100,0	100,0
I	11,5	6,6	3,2
II	11,1	12,4	6,4
III	8,1	26,6	18,8
IV	5,4	25,1	26,5
V	3,8	23,7	36,0
VI	3,5	5,6	9,1

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Mapa 3
 Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total, por Áreas
 Grande São Paulo
 1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1980.

Ao mesmo tempo, destacam-se as baixas taxas de mortalidade e natalidade das áreas centrais e as elevadas das periféricas, onde se instalaram grandes contingentes de migrantes (em geral, recém-chegados). Na área central, pelo contrário, a maior parte destas pessoas já residia na área há mais de 10 anos e as famílias se caracterizavam por um tamanho médio bastante reduzido: cerca de três membros, quando não constituídas de apenas uma pessoa (Camargo & Montali, 1988).

A maior presença de idosos nas áreas consideradas centrais é um fato que ocorre em muitas cidades. No Rio de Janeiro, por exemplo, os maiores percentuais de idosos, em 1980, estavam em Copacabana (17%), na Ilha de Paqueta (16%) e no Centro, em Botafogo, na Tijuca e em Vila Isabel (mais de 12%). Ou seja, conforme aumenta a distância até as áreas mais centrais, os percentuais vão se reduzindo, não alcançando os 6%, em Santa Cruz, em Bangu e em Anchieta.

Em Buenos Aires, as pessoas de 60 anos ou mais representavam, em 1980, cerca de 20% da população, enquanto que nos denominados "partidos" da Grande Buenos Aires o percentual era de 11% (Guisando, 1986). Veras et al. (1987) destacam que isso ocorre não apenas porque as cidades vão se expandindo e as pessoas que residiam nas partes centrais aí permanecem, mas também porque grande parte dos idosos, por terem baixa renda, não têm condições de se deslocar para outras áreas, apesar de residirem em regiões já deterioradas devido à poluição, ao barulho e à violência.

Além dos números relativos, deve-se destacar também a distribuição dos números absolutos dos idosos na Grande São Paulo. Embora na área mais central residissem apenas 3,2% da população total, aí estavam 6,4% das pessoas com 60 anos e mais. Era nas três áreas intermediárias, no entanto, que se encontravam 75% da população idosa (Tabela 3).

Desses resultados podem-se destacar dois fatos importantes: um, que a maior densidade de idosos está na parte central da região; outro, que, embora mais dispersos, a maior parte dessa população residia em áreas intermediárias, entre o centro e a periferia da região. Isso significa que, em termos de programas de atendimento à população idosa, as duas informações devem ser levadas em consideração, visando atender à maior parte dessas pessoas, e maximizando os recursos existentes.

A observação de dados que apontem as características dessas populações acrescenta subsídios importantes à determinação das áreas mais necessitadas de intervenção, onde os idosos são mais dependentes dos recursos estatais. Essas questões constituem-se no objeto de análise dos itens que se seguem.

Bibliografia

- CAMARGO, A.B.M. & MONTALI, L. (1988). A manifestação das desigualdades sociais no espaço metropolitano. In: Fundação Seade. **O Jovem na Grande São Paulo**. São Paulo, Seade, p.35-66 (Coleção Realidade Paulista, 2).
- FUNDAÇÃO SEADE (1988). **São Paulo em Números – Projeções Demográficas**. São Paulo, ago. 2v.
- GUISANDE, M.C. (1986). **El envejecimiento de la población argentina y algunas características sociodemográficas de las personas de edad avanzada**. (Tese de Mestrado apresentada pelo Centro Latinoamericano de Demografia, Santiago, Chile, 1986).
- NEUPERT, R.F. (1987). Nova projeção da população brasileira: hipóteses baseadas em informações recentes. In: Wong, L.L. R. (org.) et al. **Futuro da população brasileira: projeções, previsões e técnicas**. Embu, Abep.
- ORTIZ, L.P. & YAZAKI, L.M. (1984). Tábuas de mortalidade para o Estado e regiões administrativas de São Paulo, 1979/81. **Informe Demográfico**, São Paulo, (14):1-117.
- SANTOS, J.L.F. (1978). Demografia: estimativas e projeções. São Paulo, FAU/USP (Prodeur, Cadernos de Estudos e Pesquisas, 1).
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento (1977) – **Tábuas Abreviadas de Mortalidade para o Estado de São Paulo: 1940/1950/1960/1970**. São Paulo, set.
- VERAS, R.P. et al. (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, (21): 225-33.
- WONG, L.L.R. (1983). Níveis e tendências da fecundidade nas diversas regiões do Brasil – Aplicação do método dos filhos próprios ao censo de 1970. **Informe Demográfico**, São Paulo, (9): 99-139.
- . (1986). Tendências e perspectiva de fecundidade no Estado de São Paulo. **Informe Demográfico**, São Paulo, (19): 79-171.



Características Demográficas e Sócio-Econômicas da População Idosa

Antonio Benedito Maranhone Camargo

Lúcia Mayumi Yazaki

Conhecer as características da população idosa em determinada área é o primeiro passo no sentido de elaborar qualquer política voltada ao seu atendimento. No caso de São Paulo, vimos anteriormente que, em 1980, o número de pessoas com 60 anos ou mais alcançava quase 1,6 milhão, dos quais 45% residiam na Grande São Paulo.

A primeira característica deste contingente é ser constituído na maior parte por mulheres, fato este que foi se acentuando no tempo. Até 1960, o número de homens com 60 anos e mais era pouco superior ao de mulheres, embora nas idades mais avançadas (acima dos 70 anos), eles já fossem minoria.

É provável que as migrações internacionais e o fato de a mortalidade masculina e feminina não apresentar diferencial importante, nessa faixa etária tenham influência nos índices de masculinidade dessa população, nas décadas de 40 a 60. A diminuição da migração internacional, a acentuação do diferencial em favor das mulheres na esperança de vida e, talvez, a vinda de mulheres idosas de outros estados do Brasil em número superior ao de homens fazem com que, a partir de 1970, já na faixa de 60 a 64 anos, haja um menor número de homens, invertendo a situação observada nas três décadas anteriores (Tabela 1).

Em todos os momentos observados, constata-se que, com o aumento da idade, a participação da população masculina diminui – e de forma mais intensa em anos recentes. Em 1940, por exemplo, 42% das pessoas de 75 anos e mais pertenciam ao sexo masculino; em 1980, o índice cai para 36% (Tabela 2).

Na velhice, homens e mulheres apresentam características peculiares, algumas das quais são apresentadas a seguir, buscando um maior conhecimento dessa população que vem crescendo proporcionalmente em todo o País.

Tabela 1

Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade, Segundo Sexo
Estado de São Paulo
1940-1980

Anos	Sexo	Distribuição da População					Total (50 Anos e Mais)	
		Grupos de Idade						
		60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 a 79 Anos	80 a 84 Anos		85 Anos e Mais
1940	Homens	63.648	36.886	24.955	12.834	6.480	4.275	149.078
	Mulheres	59.696	35.296	25.062	13.194	8.114	5.745	147.017
1950	Homens	88.229	49.329	32.230	17.136	9.220	5.573	201.708
	Mulheres	80.212	48.565	33.467	18.832	11.214	8.047	200.337
1960	Homens	145.950	82.069	53.574	28.079	14.580	9.424	334.275
	Mulheres	137.038	80.214	54.493	30.471	18.028	12.965	333.209
1970	Homens	195.962	134.805	86.123	42.946	23.162	15.905	498.903
	Mulheres	197.953	139.657	91.477	49.348	29.604	22.553	530.702
1980	Homens	266.508	202.956	130.463	78.118	34.316	17.069	729.428
	Mulheres	293.505	228.593	152.355	98.515	48.684	29.289	850.865

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Estado de São Paulo.

Tabela 2

Número de Homens para Cada 100 Mulheres (1), por Grupos de Idade
Estado de São Paulo
1940-1980

Anos	Número de Homens para Cada 100 Mulheres						Total (60 Anos e Mais)
	Grupos de Idade						
	60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 a 79 Anos	80 a 84 Anos	85 Anos e Mais	
1940	106,6	104,8	99,6	97,3	79,9	74,4	101,4
1950	110,0	101,6	96,3	91,0	88,2	69,3	100,7
1960	106,5	103,1	98,3	92,1	80,9	72,7	100,3
1970	89,0	86,5	94,2	87,0	77,8	70,2	94,0
1980	90,8	88,8	85,6	79,3	70,6	58,3	85,7

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Estado de São Paulo; Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

(1) Números obtidos a partir dos dados da Tabela 1.

Nacionalidade

Observando-se os resultados dos censos demográficos de algumas décadas atrás, pode-se constatar a importância da migração internacional no crescimento populacional do Estado de São Paulo. O Censo de 1940, por exemplo, indica que 20% dos brasileiros natos residentes em São Paulo eram filhos de pai e mãe estrangeiros, além dos 11% do total de sua população nascida no exterior. Entre as pessoas de 60 anos ou mais, no entanto, esse percentual superava 50%, como reflexo da intensa migração que ocorreu em períodos anteriores, em particular nos últimos 15 anos do século passado e nos 30 primeiros anos deste século. De 1951 a 1963, nota-se uma certa retomada desse fluxo, que depois diminui para níveis muito baixos (Levy, 1974).

O Censo de 1950 continua a mostrar importantes percentuais de população estrangeira em São Paulo, principalmente entre os mais idosos, onde representavam 51,1% das pessoas de 70 anos e mais e 45% entre as de 60 a 69 anos, proporções já um pouco inferiores àquelas verificadas 10 anos antes (Tabela 3).

Seguindo a tendência de diminuição desses percentuais, verifica-se, nos anos seguintes, uma redução muito significativa dos estrangeiros na população total e também na população idosa. Em 1960, passam a ser 34,6% das pessoas de 60 anos ou mais, em 1970, 23,4%, em 1980, 14,6%.

Tabela 3

Evolução da Proporção de Estrangeiros na População de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade, e na População Total
Estado de São Paulo
1940-1980

Anos	Proporção de Estrangeiros				
	População de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade			População Total	
	60 a 69 Anos (%)	70 Anos e Mais (%)	60 Anos e Mais (%)	Números Absolutos	(%)
1940	50,5	53,3	51,1	814.102	11,3
1950	45,0	51,1	47,0	693.321	7,6
1960	28,4	47,0	34,6	793.781	6,2
1970	19,4	31,0	23,4	703.526	4,0
1980	10,7	21,2	14,6	627.756	2,5

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, **Censos Demográficos do Estado de São Paulo**.

Além dessa sensível diminuição percebe-se, no decorrer do tempo, uma maior concentração dos estrangeiros nas faixas etárias mais avançadas. Com isso, a sua representação dentro dos demais grupos etários deverá reduzir-se ainda mais nos próximos anos, devido à pequena entrada de imigrantes no País nas últimas décadas. Os reflexos dessa estrutura envelhecida são observados no Gráfico 1, onde se vê a diminuição da população estrangeira nos grupos mais jovens, entre 1940 e 1980, e o crescimento nas idades mais avançadas.

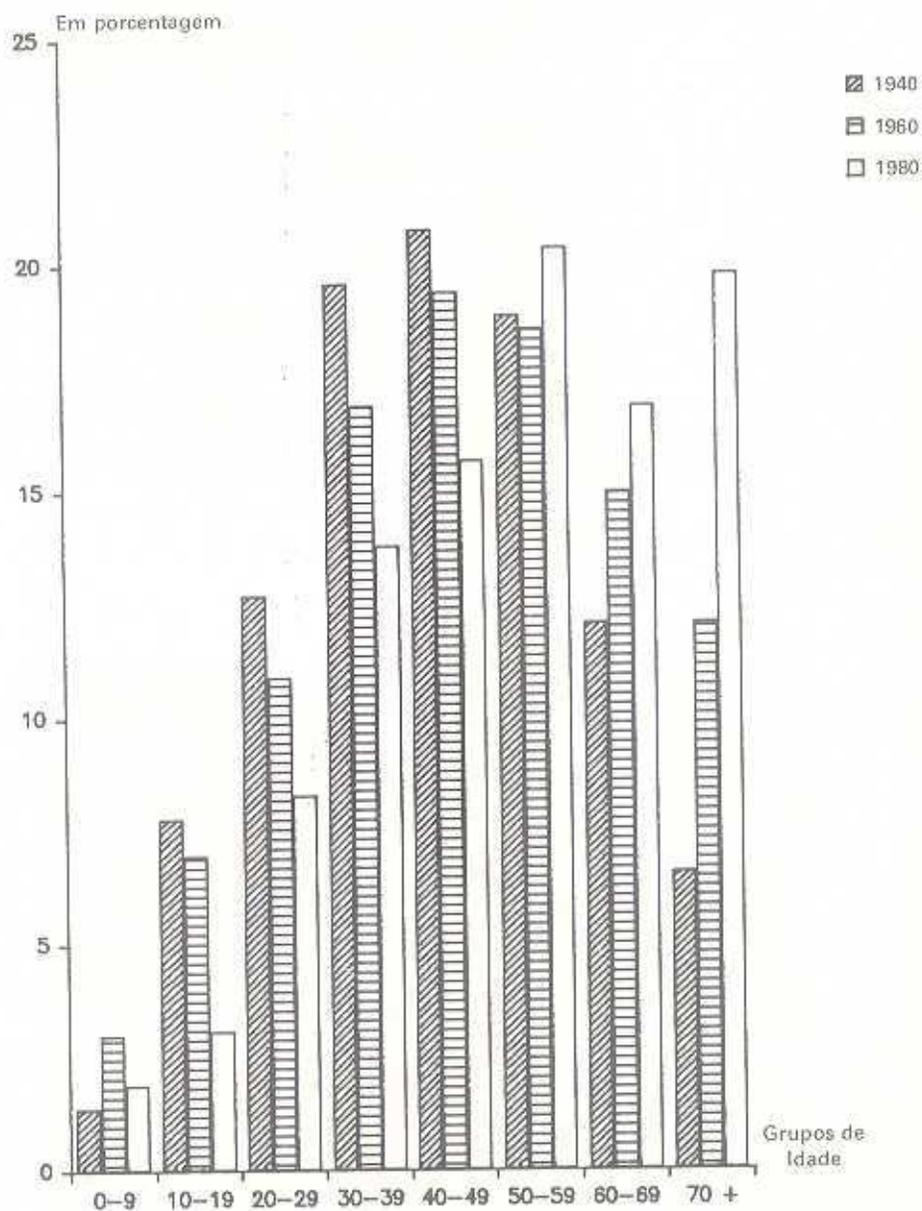
A exemplo do que ocorre em todo o Brasil, a distribuição dos estrangeiros também é bastante desigual dentro dos limites geográficos de São Paulo. Na Capital, residia em 1980 cerca de um terço da população estadual, mas 60% dos estrangeiros do Estado (representando 4,5% da população total). Em alguns subdistritos, no entanto, como na Acimação, em Cerqueira César, na Consolação e em Santa Cecília, esse percentual aumentava para cerca de 10% e alcançava os 18% no Bom Retiro.

A observação dos resultados para a Capital e demais municípios da Grande São Paulo aponta para tendências semelhantes em termos de faixas etárias. No grupo de 60 a 64 anos, por exemplo, os estrangeiros eram cerca de 30% da população masculina, nas duas áreas citadas, em 1970, e diminuíram para proporções de 10% a 15%, dez anos depois, numa oscilação similar àquela verificada nas demais faixas etárias. Isto é: conforme a idade aumenta, a proporção de estrangeiros também se eleva, nos dois momentos considerados. Em 1970, na faixa de 75 anos ou mais da população masculina da Capital, 50% haviam nascido fora do País (sendo remanescentes dos grandes fluxos de imigrantes verificados antes da II Guerra) proporção que se reduz a cerca de 30% em 1980.

No Interior, os percentuais têm sido menores do que nas outras áreas, uma vez que em determinadas regiões quase não houve imigração estrangeira. Ademais, em algumas áreas de ocupação mais recente, como as localizadas no extremo oeste do Estado, tal processo ocorreu mediante o deslocamento de migrantes do próprio País, principalmente mineiros e nordestinos que ainda representam uma importante parcela de suas populações (Gráfico 2).

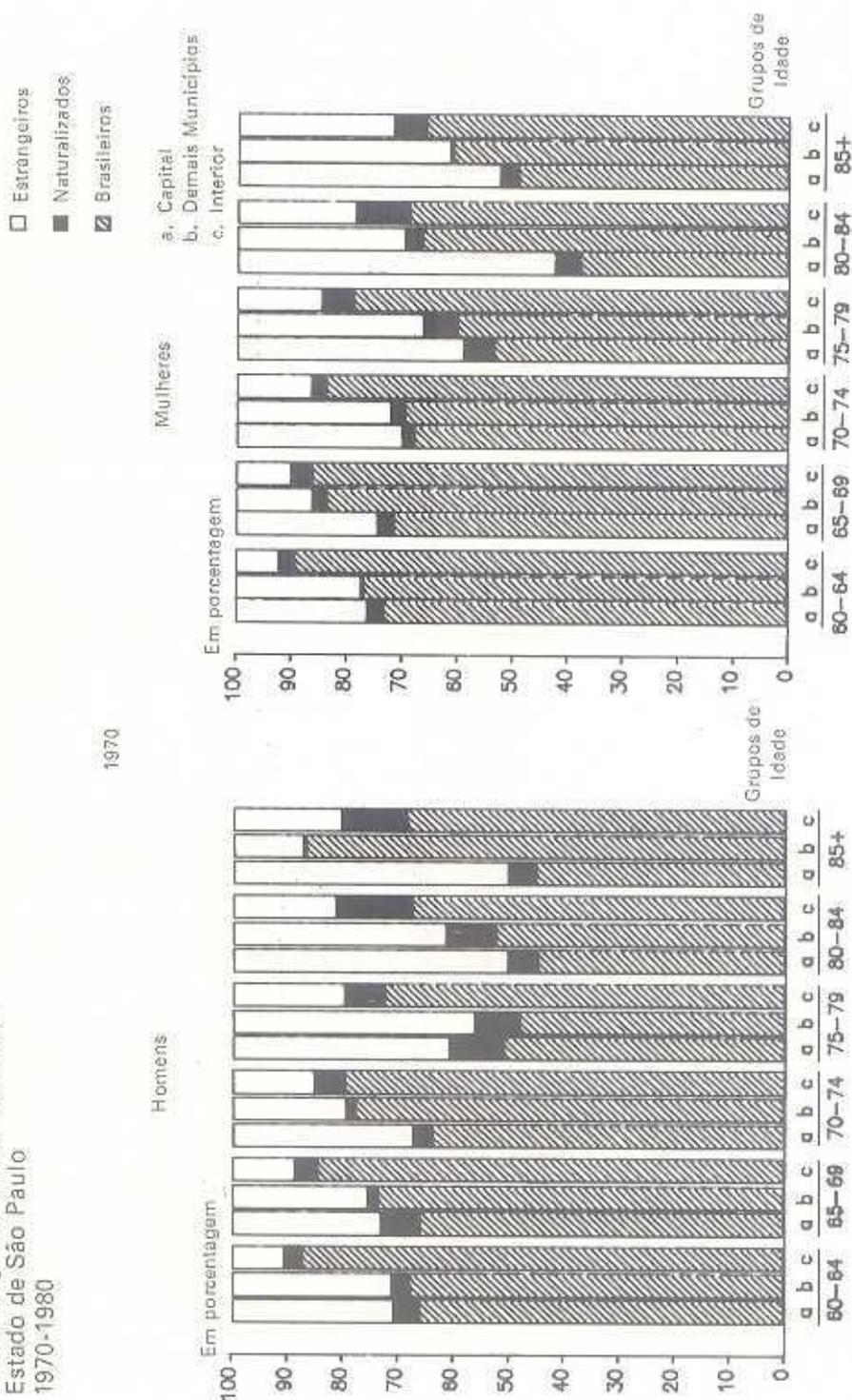
Entre as mulheres, as proporções de população estrangeira são menores em relação àquelas observadas junto à população masculina, dada a predominância de homens entre os imigrantes provenientes do exterior. Em vista da pequena entrada de imigrantes no Brasil nas últimas décadas, da maior mortalidade masculina e, talvez, até de uma saída (re-emigração) mais acentuada de homens, o índice de masculinidade dessa população idosa vem diminuindo, passando de 118 em 1940, para 116 em 1960 e a 110 em 1980, entre as pessoas de 60 anos ou mais.

Gráfico 1
Estrutura Etária da População Estrangeira, por Grupos de Idade
Estado de São Paulo
1940-1980



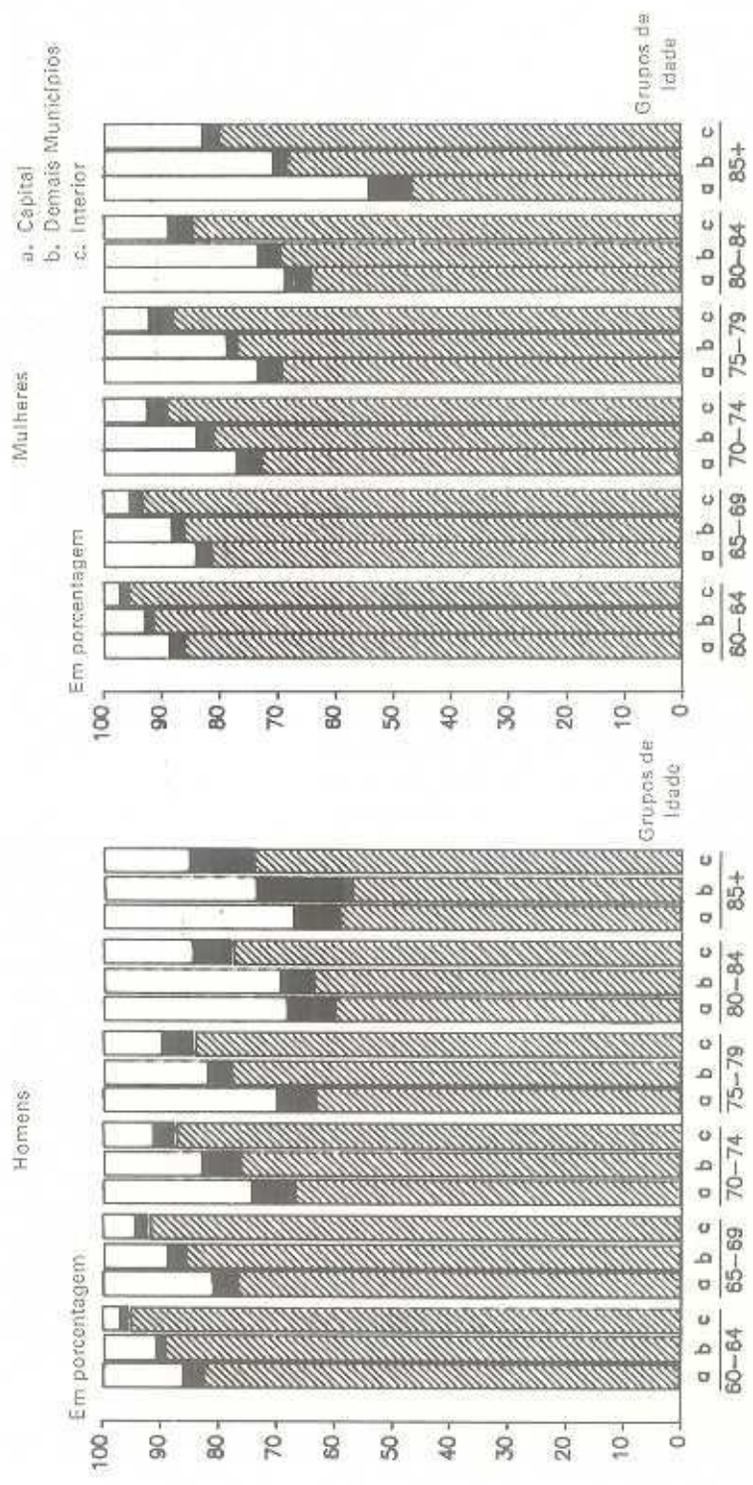
Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos do Estado de São Paulo.

Gráfico 2
 Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Sexo, Grupos de Idade e Áreas, Segundo a Nacionalidade
 Estado de São Paulo
 1970-1980



- Estrangeiros
- Naturalizados
- ▨ Brasileiros

1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1970 e 1980.

Estado Conjugal

A comparação dos resultados sobre estado conjugal entre os censos brasileiros é incerta, devido à classificação diferenciada dada a algumas categorias, como os solteiros e casados. Nos Censos de 1940 e 1950, por exemplo, predominavam os aspectos de ordem jurídica e, assim, não foram consideradas as uniões livres e os separados (Altmann, 1978). Entre os viúvos, no entanto, a comparação é menos problemática, observando-se que, a partir de 1940, há uma considerável redução da população viúva no País, tanto entre os homens como entre as mulheres. Da população feminina com 60 anos ou mais, em 1940, 56,2% eram viúvas e, entre os homens, 20,7%, proporções que diminuem para 45,7% e 12,3%, respectivamente, 40 anos depois.

Não obstante a diminuição desses percentuais, pode-se observar a existência de um importante diferencial entre as populações masculina e feminina, em 1940 e 1980. Isso é decorrência da combinação de alguns fatos dentre os quais pode-se citar os que se seguem.

Em primeiro lugar, as maiores taxas de mortalidade entre a população masculina. Até 1940, no Brasil, a esperança de vida ao nascer das mulheres era pouco maior que a dos homens (a diferença não ultrapassava dois anos), e quase a mesma depois dos 50 anos. Em 1970, a esperança de vida ao nascer já apresentava um diferencial superior a quatro anos para as mulheres e, após os 50 anos, cerca de um ano (Santos, 1978).

Apesar desses resultados diferentes entre homens e mulheres, constata-se a evolução favorável na sobrevivência dessas populações no período considerado. Segundo as condições de mortalidade observadas em 1940, a probabilidade de sobrevivência feminina dos 25 aos 50 anos era de 68%, alcançando 88% em 1970. Entre os homens, passa de 64% para 80%, no mesmo período. Considerando-se a faixa etária de 25 aos 70 anos, tem-se as seguintes probabilidades de sobrevivência: 29% em 1940 e 61% em 1970, para as mulheres; 26% em 1940 e 55% em 1980, para os homens (Santos, 1978). Esses resultados justificam, portanto, a diminuição considerável dos viúvos, entre a população mais idosa, conforme aumentam as possibilidades dos cônjuges sobreviverem a idades mais avançadas, mantendo porém um diferencial importante por sexo.

Em segundo lugar, embora não se conheça muito sobre a evolução da nupcialidade no Brasil, algumas informações apontam o diferencial de idade média ao casar: 22,9 anos para as mulheres e 26 anos para os homens, na década de 70 (Castro, M. citado por Altmann, 1978; p. 368). Segundo Martine & Camargo (1984; p. 106), "a idade média ao casar não se alterou significativamente na última década".

Por fim, em terceiro lugar, a maior freqüência dos casamentos, na população idosa, ocorre entre os homens. Isso acontece não apenas entre aqueles

que ficaram viúvos, mas também com os solteiros; em 1980, no Brasil, cerca de 17 mil homens com 60 anos ou mais casaram-se legalmente e, destes, pelo menos 11 mil eram solteiros. Entre as mulheres, o número foi de cerca de 5 mil, das quais apenas pouco mais de 500 eram viúvas. Em termos de taxas, os números foram: 5,1 casamentos por mil habitantes entre os homens e 1,4 entre as mulheres. Se forem excluídas as pessoas casadas, as taxas passam a 23,0 e 2,2, respectivamente, embora o número de mulheres não casadas fosse três vezes maior que o de homens (1).

Para São Paulo, as informações referentes a esses três fatos apontam a mesma tendência, apesar das diferenças que possam existir em alguns dos indicadores. Entre 1925 e 1976, a idade média ao casar, por exemplo, oscilou de 26 a 27,5 anos para os homens e 21,2 a 23 anos para as mulheres (Madeira, 1978). A esperança de vida feminina ao nascer, em 1940, era 2,4 anos maior que a dos homens, aumentando para 6,2 anos, em 1970, e 6,7 em 1980. Aos 60 anos a evolução da esperança de vida é positiva no período 1940/80, mas o diferencial passa de 1,5 anos para 2,9 anos em favor das mulheres (SÃO PAULO, 1977 e Ortiz & Yazaki, 1984). Quanto aos casamentos, cerca de 2,5 mil homens de 60 anos e mais casaram-se legalmente nos primeiros anos da década de 80, em relação a pouco mais de 700 mulheres.

No que tange aos resultados de estado conjugal em São Paulo, nota-se, no ano de 1980, uma distribuição semelhante à do Brasil, na população idosa masculina. Para as mulheres, existem algumas diferenças mais acentuadas, uma vez que há uma maior proporção de solteiras no País: 8,9%, contra 6,8% em São Paulo. As proporções de mulheres casadas e viúvas também são mais altas em São Paulo (39,8% e 47,1%, respectivamente) do que no Brasil (38,6% e 45,7%). A observação de dados de estado conjugal em outras áreas do mundo e mesmo no Brasil indica que esses percentuais não dependem somente dos níveis de mortalidade, mas também – e talvez até em maior escala – dos padrões de nupcialidade e mesmo da migração. Assim, em 1970, enquanto no Marrocos 88,6% dos homens de 60 anos ou mais eram casados e 8,3% viúvos, na Suécia os percentuais eram de 69,2% e 14,2%, respectivamente. Para as mulheres, observa-se o inverso: 28,2% e 68,2%, respectivamente casadas e viúvas no Marrocos, e 44,7% e 34,2%, na Suécia. O percentual de viúvas no Quênia era de 51%, enquanto no Japão alcançava 56,6% e na Coreia 70,2% (Veras et al., 1987).

A influência da migração sobre a situação conjugal da população idosa pode se dar de duas formas. A primeira seria através do deslocamento ou permanência de pessoas idosas em determinadas áreas. Na segunda, a saída de um maior número de homens ou mulheres reduziria as oportunidades de casamentos nesta população. O exame de alguns dados relativos a determinados estados brasileiros pode ilustrar tais influências. Em Minas Gerais e

(1) Sobre esse tema ver: Berquó (1986) e Berquó & Cazenaghi (1988).

Sergipe, por exemplo, cerca de 50% das mulheres de 60 a 64 anos eram casadas em 1980, enquanto que em Santa Catarina essa proporção alcançava 63% (54,2% em São Paulo). Já o percentual de solteiras em Santa Catarina era de apenas 4,4%, enquanto em Minas Gerais e Sergipe aproximava-se de 11% e em São Paulo de 6,9%. Quando se considera o número de viúvas, no entanto, o percentual era de apenas 27,2% em Sergipe, 28,3% em Santa Catarina e de 31,9% em São Paulo. A proporção do total de separados, divorciados e desquitados também influencia esses resultados, alcançando 10,5% em Sergipe, 4,1% em Santa Catarina e 7% em São Paulo. No caso oposto, encontram-se no Rio de Janeiro 33,4% de viúvas, 10,6% de solteiras, apenas 47,7% casadas e 8,6% separadas de alguma forma.

Dado que os níveis de mortalidade são mais elevados em estados como Minas Gerais e na região Nordeste, o mais provável é que os maiores percentuais de viúvas em São Paulo e Rio de Janeiro se justifiquem pela migração.

Entre os homens, há o exemplo do Mato Grosso do Sul, onde, em 1980, havia entre os idosos 26% mais homens que mulheres. Era um dos poucos casos no Brasil em que o percentual de solteiros (6,6%) superava o de solteiras (5,0%).

Entre as áreas consideradas na análise (Capital, outros municípios da GSP, Interior do Estado e áreas maiores, como a GSP e o Estado), observam-se pequenas diferenças entre a população masculina, ao se agregar toda a população de 60 anos e mais (Tabela 4).

No Estado, o percentual de casados aproximava-se, em 1980, dos 80%, com uma proporção um pouco menor no Interior, onde alcançava 76,6%. Para os viúvos, a situação era inversa: representavam 13,8% no Interior e ao redor dos 12% nas demais áreas. Para os outros estados conjugais, as diferenças também eram muito pequenas, com os solteiros representando cerca de 5% das pessoas (Tabela 4).

Ao se considerar as mulheres, nota-se que, em 1980, o diferencial era maior, já que, no Interior, 43,3% delas eram casadas, na Capital apenas 35,3% e nos demais municípios da GSP, 37,9%. Quanto às viúvas, as proporções para essas áreas eram de, respectivamente, 45,2%, 49,0% e 49,7%. Entre as solteiras, 6,4%, 8,6% e 4,9%. Diferenciais na mortalidade justificariam, em parte, tal comportamento, mas devem-se considerar ainda como importantes os padrões de nupcialidade e as migrações. Certos fatores, como a maior participação na população economicamente ativa, a opção de residir sozinha, menores possibilidades de casamento, maiores diferenças na idade ao casar do homem em relação à mulher (que reduziriam a duração ou a oportunidade do casamento), etc. poderiam ser também acrescentadas para explicar a maior presença de mulheres solteiras e viúvas da Capital. Da migração, pode-se dizer que o deslocamento dessas pessoas, para residir com algum parente, implicaria o aumento de tais percentuais nas áreas de alta imigração, ocorrendo o contrário nas áreas de emigração. O fato de o Inte-

Tabela 4
Distribuição da População de 60 Anos e Mais, Segundo Sexo e Estado Conjugal
Estado de São Paulo
1970-1980

Sexo e Estado Conjugal	Em porcentagem									
	Capital		Demais Municípios da CSP		Grande São Paulo		Interior		Estado	
	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980
Total Homens	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Casado	78,1	78,9	75,2	79,0	77,4	78,9	75,0	76,6	76,0	77,6
Solteiro	5,5	5,0	3,9	4,5	5,2	4,9	4,8	5,6	5,0	5,3
Separado	2,8	2,0	3,3	2,2	2,9	2,0	2,8	2,0	2,8	2,0
Desquitado/Divorciado	0,7	1,0	0,5	0,5	0,7	0,8	0,4	0,5	0,5	0,6
Viúvo	12,6	11,7	15,3	12,0	13,2	11,8	16,9	13,8	15,4	13,0
Sem Declaração	0,3	1,4	1,8	1,8	0,6	1,6	0,1	1,5	0,3	1,5
Total Mulheres	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Casada	34,3	35,3	34,1	37,3	34,2	35,9	42,8	43,3	38,7	39,8
Solteira	7,4	8,6	6,6	4,9	7,0	7,7	6,4	6,4	6,7	7,0
Separada	4,7	3,2	5,5	3,8	4,6	3,4	3,1	2,1	4,0	2,7
Desquitada/Divorciada	1,0	1,2	0,2	0,3	0,8	1,0	0,2	0,7	0,5	0,8
Viúva	52,3	49,0	54,1	49,7	52,7	49,1	47,6	45,2	50,0	47,1
Sem Declaração	0,3	2,7	0,6	3,4	0,3	2,9	-	2,3	0,1	2,6

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1970 e 1980.

rior deter a quase totalidade da população rural pode influir, da mesma forma, nos percentuais de viúvas, uma vez que a perda do cônjuge pode dificultar a continuidade da sua residência no campo. Como a GSP concentra a metade da população do Estado e um grande número de imigrantes, é provável que haja um deslocamento para a residência de parentes, somando-se a isso os movimentos provenientes de outras áreas do País, de pessoas que teriam ficado em igual situação.

Outra constatação importante é a diferença acentuada no estado conjugal entre os sexos e por grupos etários, situação que já foi ressaltada e justificada para o País e que vale igualmente para o Estado e suas regiões.

O Gráfico 3 e as Tabelas 5 e 6 estampam com clareza tal quadro. Nota-se o aumento de representatividade dos viúvos, principalmente entre as mulheres, à medida que a população se torna mais idosa. Se, no grupo de 60 a 64 anos, elas representavam, em 1980, cerca de 29% a 34% das pessoas nas áreas consideradas, superavam 80%, entre as de mais de 85 anos (Tabela 5).

Na população masculina, a situação era muito diferente. Mesmo entre as pessoas de mais de 85 anos, os viúvos não alcançavam os 50%. Na população com até 75 anos, a proporção de viúvos era menor do que 20% e cerca de 75% permaneciam casados (Tabelas 5 e 6).

Quanto à evolução dos percentuais entre 1970 e 1980, vê-se que a redução das taxas de mortalidade pode ter contribuído para a pequena diminuição dos percentuais de viúvos em todas as áreas do Estado. Na região metropolitana, passaram de 13,2% para 11,8% entre os homens e de 52,7% para 49,1% entre as mulheres. E apesar de pequenos aumentos entre a população solteira, divorciada e desquitada, registra-se um certo aumento dos percentuais de casados (Tabela 4).

A verificação de tais resultados adquire grande importância no estudo da população mais idosa, uma vez que a morte ou a ausência do cônjuge podem trazer não apenas maior dependência econômica como também perda de autonomia em certas atividades. Um exemplo, destacado por Veras et al. (1987), é o do homem que, sem a esposa, precisa valer-se de outras pessoas para a realização de certas tarefas, como fazer alimentos. A situação é mais complexa quando o idoso (ou idosa) apresenta problemas de deficiência física ou quando implica a redução do rendimento do cônjuge sobrevivente, casos em que este tem necessidade de recorrer a outros parentes, à comunidade ou ao Estado, até mesmo com seu deslocamento para instituições que cuidam destes idosos.

Tabela 5
 Proporção de Pessoas Viúvas, por Sexo e Áreas, Segundo Grupos de Idade
 Estado de São Paulo
 1970-1980

Em porcentagem

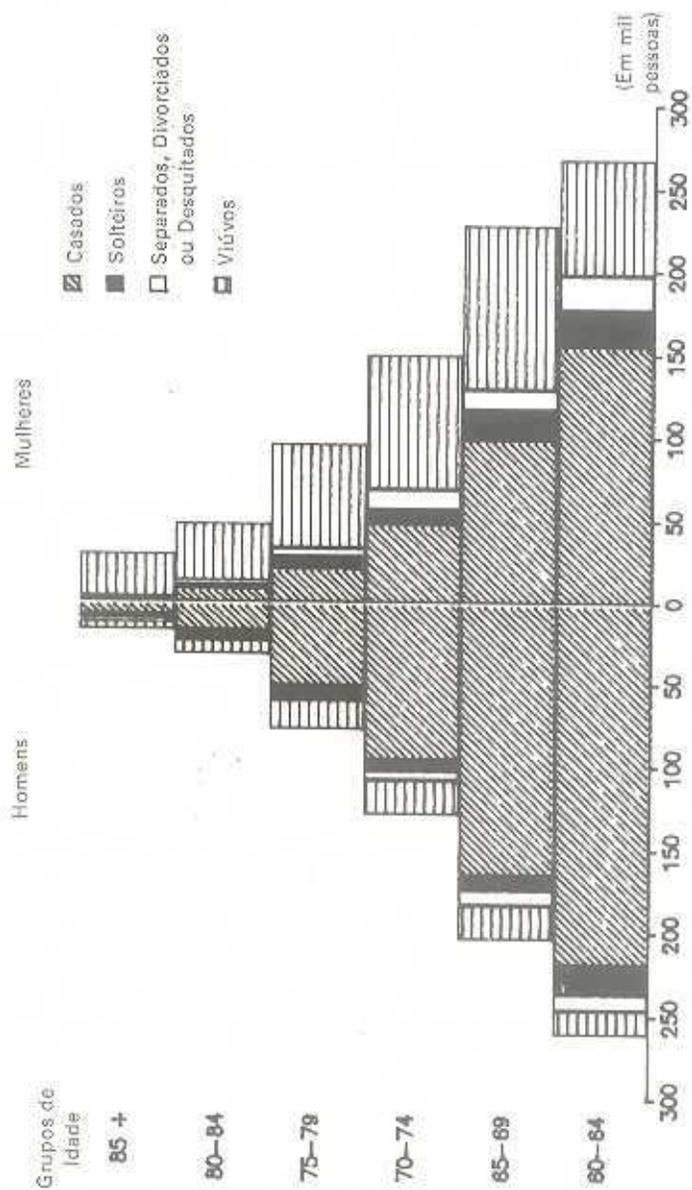
Grupos de Idade	Proporção de Pessoas Viúvas - Homens									
	Capital		Demais Mun. da GSP		Grande São Paulo		Interior		Estado	
	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980
15 a 59 Anos . . .	0,7	0,5	0,6	0,5	0,7	0,5	0,8	0,7	0,8	0,6
60 a 64 Anos . . .	5,3	5,3	5,2	7,7	5,3	5,9	9,4	6,0	7,7	6,0
65 a 69 Anos . . .	11,0	8,7	14,5	7,9	11,8	8,4	14,2	11,2	13,2	10,0
70 a 74 Anos . . .	18,3	15,5	23,6	13,7	19,4	15,0	20,4	16,1	20,0	15,7
75 a 79 Anos . . .	23,7	21,8	31,5	27,4	25,3	23,2	27,8	22,8	26,8	23,0
80 a 84 Anos . . .	36,0	29,4	52,5	29,4	40,3	29,4	37,0	36,3	38,2	33,6
85 Anos e Mais	36,4	48,4	34,8	38,7	36,0	46,5	58,9	48,6	51,8	47,8

(Continua)

Grupos de Idade	Proporção de Pessoas Viúvas - Mulheras									
	Capital		Demais Mun. da GSP		Grande São Paulo		Interior		Estado	
	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980
15 a 59 Anos . . .	4,6	4,0	3,8	3,5	4,4	3,8	4,2	3,8	4,3	3,8
60 a 64 Anos . . .	36,3	33,2	36,5	33,9	36,7	33,3	32,9	29,4	34,7	31,3
65 a 69 Anos . . .	50,8	44,6	52,4	49,3	51,1	45,8	40,3	40,9	45,4	43,2
70 a 74 Anos . . .	65,0	56,7	61,6	57,8	64,4	56,9	58,7	53,3	61,6	55,0
75 a 79 Anos . . .	70,2	68,3	80,9	71,5	72,0	66,8	67,5	62,9	69,6	66,9
80 a 84 Anos . . .	73,2	74,0	72,4	80,0	73,0	75,1	79,0	76,4	76,3	75,8
85 Anos e Mais	78,0	82,6	93,2	87,6	80,4	83,6	83,5	84,5	82,1	84,1

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1970 e 1980.

Gráfico 3
Estado Conjugal da População de 60 Anos e Mais, por Sexo e Grupos de Idade
Estado de São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Tabela 6
 Proporção de Pessoas Casadas, por Sexo e Áreas,
 Segundo Grupos de Idade
 Estado de São Paulo
 1970-1980

Em porcentagem

Grupos de Idade	Proporção de Pessoas Casadas - Homens									
	Capital		Demais Mun. da GSP		Grande São Paulo		Interior		Estado	
	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980
15 a 59 Anos . . .	55,1	55,7	56,8	58,3	55,5	56,5	54,9	56,9	55,2	56,7
60 a 64 Anos . . .	85,5	84,0	82,8	83,0	84,8	83,8	82,3	84,1	83,3	84,0
65 a 69 Anos . . .	80,3	82,1	76,8	83,0	79,4	82,3	78,1	79,4	78,7	80,7
70 a 74 Anos . . .	73,4	76,3	69,3	77,7	72,5	76,6	71,1	73,9	71,7	75,0
75 a 79 Anos . . .	84,3	88,4	59,2	65,0	63,3	67,6	61,6	66,8	62,3	67,1
80 a 84 Anos . . .	54,8	66,0	43,1	61,7	51,8	64,8	55,5	55,8	54,1	58,3
85 Anos e Mais	41,9	43,1	65,1	48,2	46,6	44,1	35,4	41,4	38,9	42,4

(Continua)

Grupos de Idade	Proporção de Pessoas Casadas - Mulheres									
	Capital		Demais Mun. da GSP		Grande São Paulo		Interior		Estado	
	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980	1970	1980
15 a 59 Anos . . .	55,5	55,4	62,7	62,7	57,3	57,6	60,5	62,1	58,9	59,7
60 a 64 Anos . . .	49,5	48,8	46,8	52,2	48,8	49,4	57,3	58,7	53,3	54,2
65 a 69 Anos . . .	37,6	39,1	37,9	37,9	37,6	38,8	49,6	47,6	44,0	43,5
70 a 74 Anos . . .	23,7	29,1	30,1	28,1	24,9	28,9	30,6	35,3	27,7	32,3
75 a 79 Anos . . .	14,4	18,9	9,3	20,0	13,5	18,6	24,0	25,8	19,0	22,5
80 a 84 Anos . . .	8,2	13,4	13,4	13,5	9,6	13,4	11,9	13,1	10,8	13,2
85 Anos e Mais	3,7	4,8	-	4,9	3,1	4,8	7,6	5,3	5,8	5,1

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1970 e 1980.

Alfabetização

A análise dos dados sobre instrução no Brasil, segundo faixas etárias, aponta a existência de grandes desigualdades. Os censos mais antigos já traziam tais diferenciais, denotando a precariedade do ensino brasileiro desde os tempos da Monarquia: nos últimos anos desta, havia apenas por volta de 250 mil pessoas matriculadas em escolas primárias, para uma população total de 14 milhões de habitantes. Com a República, os estados se responsabilizaram pelo ensino primário, ficando o secundário sob a responsabilidade do governo federal. O Censo Demográfico de 1920, no entanto, mostrava que grandes parcelas da população adulta permaneciam analfabetas. Só no Distrito Federal (atual Município do Rio de Janeiro) e no Rio Grande do Sul tais percentuais estavam abaixo dos 50%, considerando-se para isso as pessoas com idade superior ou igual a 15 anos. Em alguns estados, como na Paraíba e no Piauí, a proporção de analfabetos ultrapassava os 80% e, entre a população de 7 a 14 anos, era superior a 90% (Lourenço Filho, 1941).

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, propiciou a elaboração de diversos projetos de organização de cursos nos anos seguintes. A educação e a cultura foram consideradas como direito de todos na Constituição de 1937.

O Censo de 1940 indicava, porém, que somente metade dos homens e 38% das mulheres residentes no País e que tinham 10 anos ou mais eram alfabetizados. Em grupos mais jovens, como o de 20 a 29 anos ou o de 30 a 39 anos, essa proporção aumentava um pouco, aproximando-se dos 55%, para os homens. Os resultados observados por faixas etárias mostram que, na verdade, entre as pessoas de 20 a 60 anos, houve pouca variação no percentual de alfabetizados, que oscilou em torno de 50% para os homens e de 30% para as mulheres (Gráfico 4).

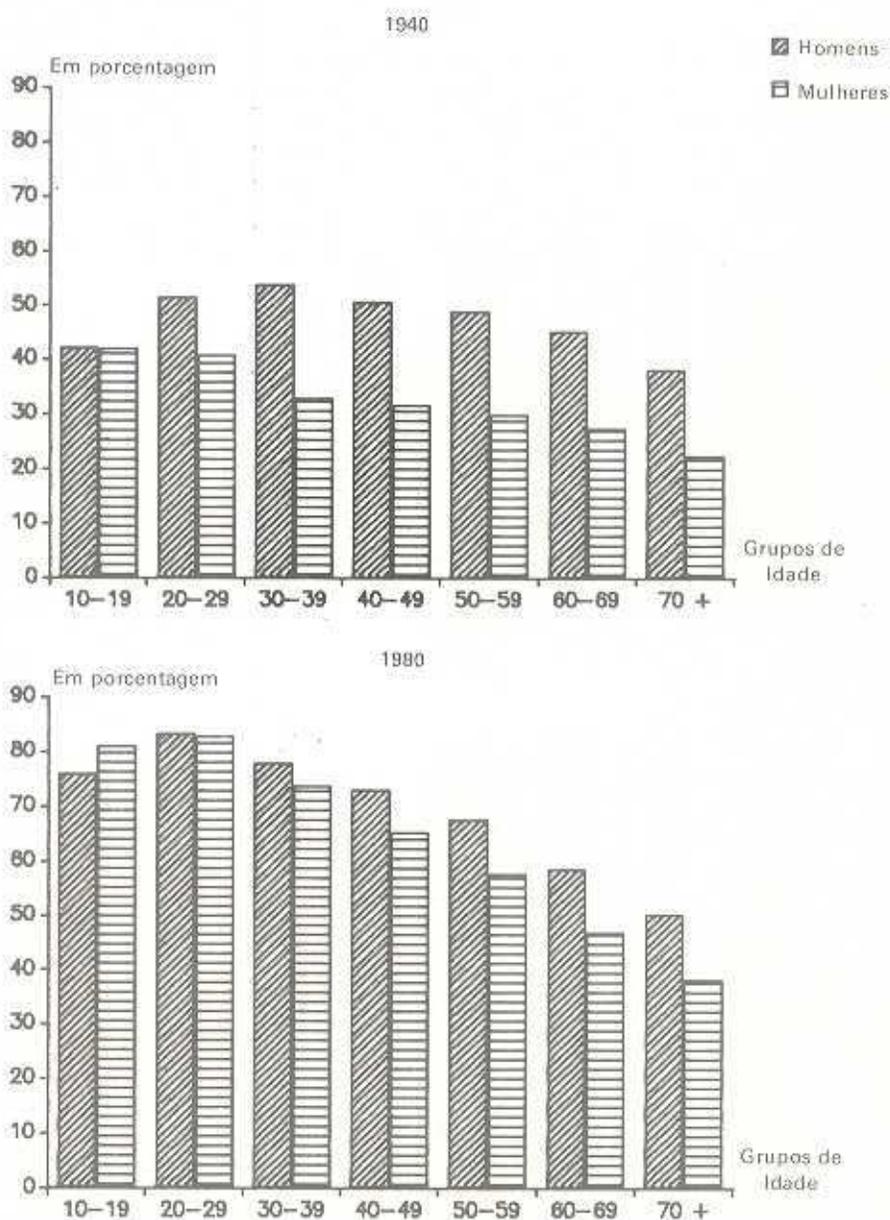
Aqueles que contavam com 70 anos ou mais, no entanto, estavam em situação pior frente a outras faixas etárias, uma vez que apenas 38% dos homens e 23% das mulheres eram alfabetizados. São Paulo, naquele momento, apresentava uma situação um pouco melhor que a do Brasil, pois, das pessoas de 10 anos e mais, residentes no Estado, 65% dos homens e 50% das mulheres eram alfabetizadas, reduzindo-se a 46% e a 27%, respectivamente, entre a população com 70 anos ou mais (Gráfico 5).

Nas quatro décadas que se seguiram, nota-se uma evolução significativa em relação ao nível de alfabetização. Em 1980, o percentual da população com 10 anos ou mais e alfabetizada atingiu 75% no Brasil e cerca de 87% no Estado de São Paulo.

Os números destacados e os que se vêem nos Gráficos 4 e 5, contudo, indicam que a situação não pode ser considerada satisfatória. Em primeiro lugar, a proporção de analfabetos – ao redor de 25% entre as pessoas de 10 anos ou mais, para o País, ou mesmo de 13%, para São Paulo – causa preo-

Gráfico 4

Proporção de Pessoas que Sabem Ler e Escrever, por Sexo e Grupos de Idade
Brasil
1940-1980

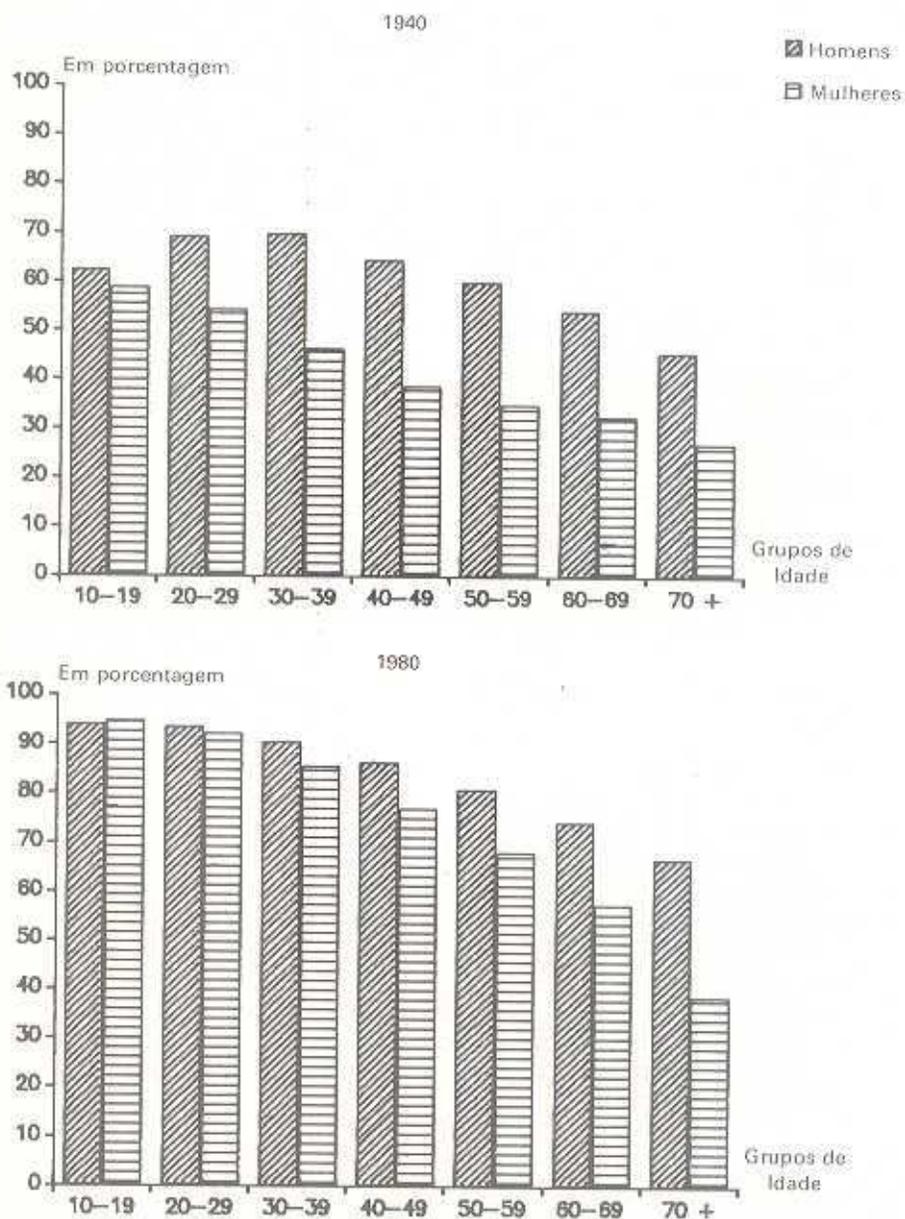


Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1970 e 1980.

Gráfico 5

Proporção de Pessoas que Sabem Ler e Escrever, por Sexo e Grupos de Idade

Estado de São Paulo
1940-1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1940 e 1980.

cupação, pois não se trata apenas da população situada em faixas etárias mais idosas. Exemplo disso é que na faixa dos 20 aos 29 anos, em 1980, havia cerca de 17% de pessoas analfabetas no Brasil, sendo que entre a população rural essa proporção atingia 36%. Das pessoas com 70 anos e mais, só uns 45% sabiam ler e escrever no Brasil, enquanto que em São Paulo tal percentual era de 60%.

O segundo ponto negativo refere-se ao pequeno número de anos que a maioria das pessoas estuda. Por exemplo: no Brasil, daquelas que estavam na faixa de 20 a 29 anos, além dos 18% que não haviam freqüentado a escola ou o haviam feito por menos de um ano, outros 18% tinham apenas de um a três anos de estudo e 23% só quatro anos de escolaridade. Ou seja, quase 60% das pessoas haviam concluído no máximo o curso elementar e somente 16% pelo menos o 2º grau completo.

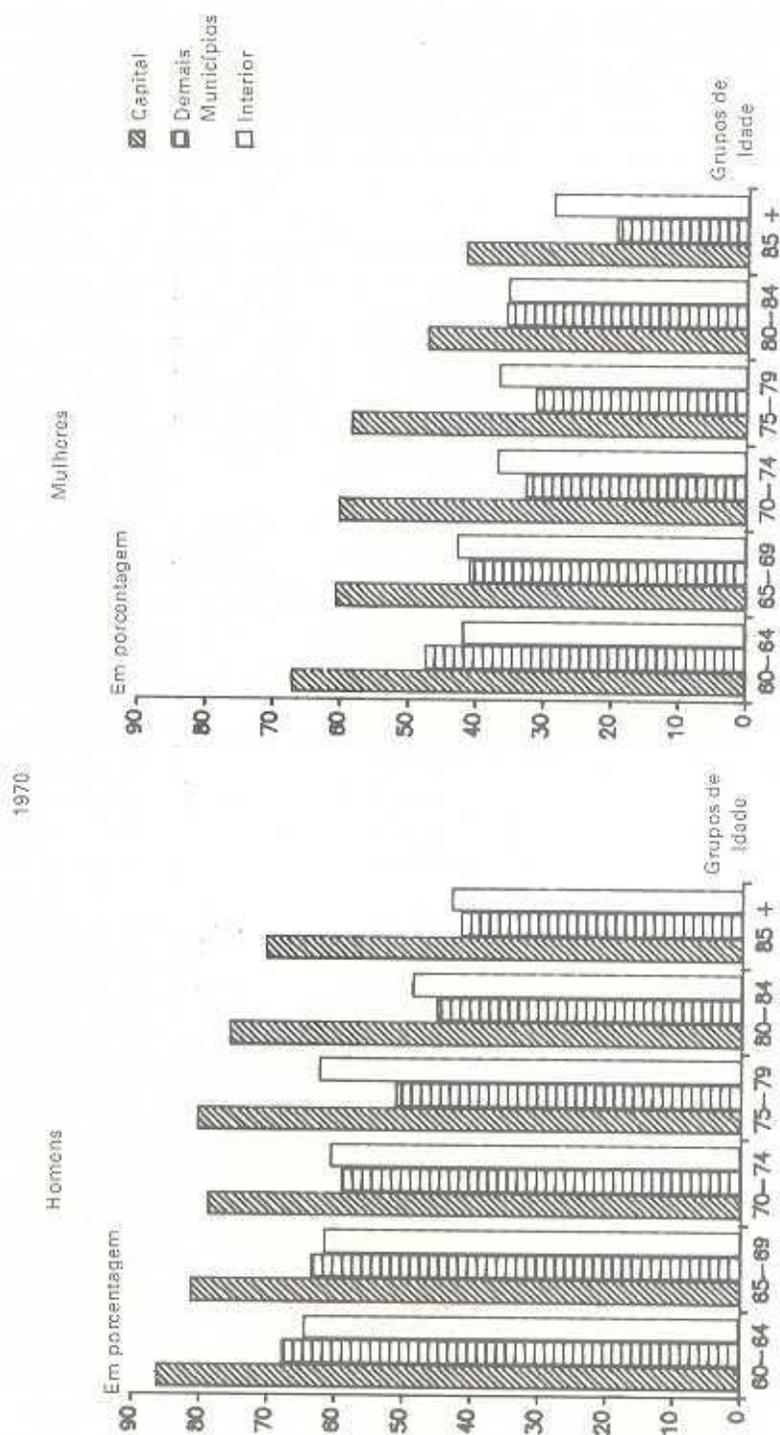
Algumas das desigualdades apresentadas continuarão existindo, caso não haja uma intensa campanha de alfabetização de adultos. As pessoas mais idosas tendem a permanecer com menores taxas de alfabetização: em 1980, a população integrante do grupo etário de 50-59 anos possuía um nível de escolaridade menor do que o da população mais jovem. Por outro lado, deve diminuir o diferencial por sexo ou inverter-se a situação observada até 1980, uma vez que, em faixas mais jovens, como dos 10 aos 30 anos, o percentual de alfabetizados era maior entre as mulheres, no Brasil.

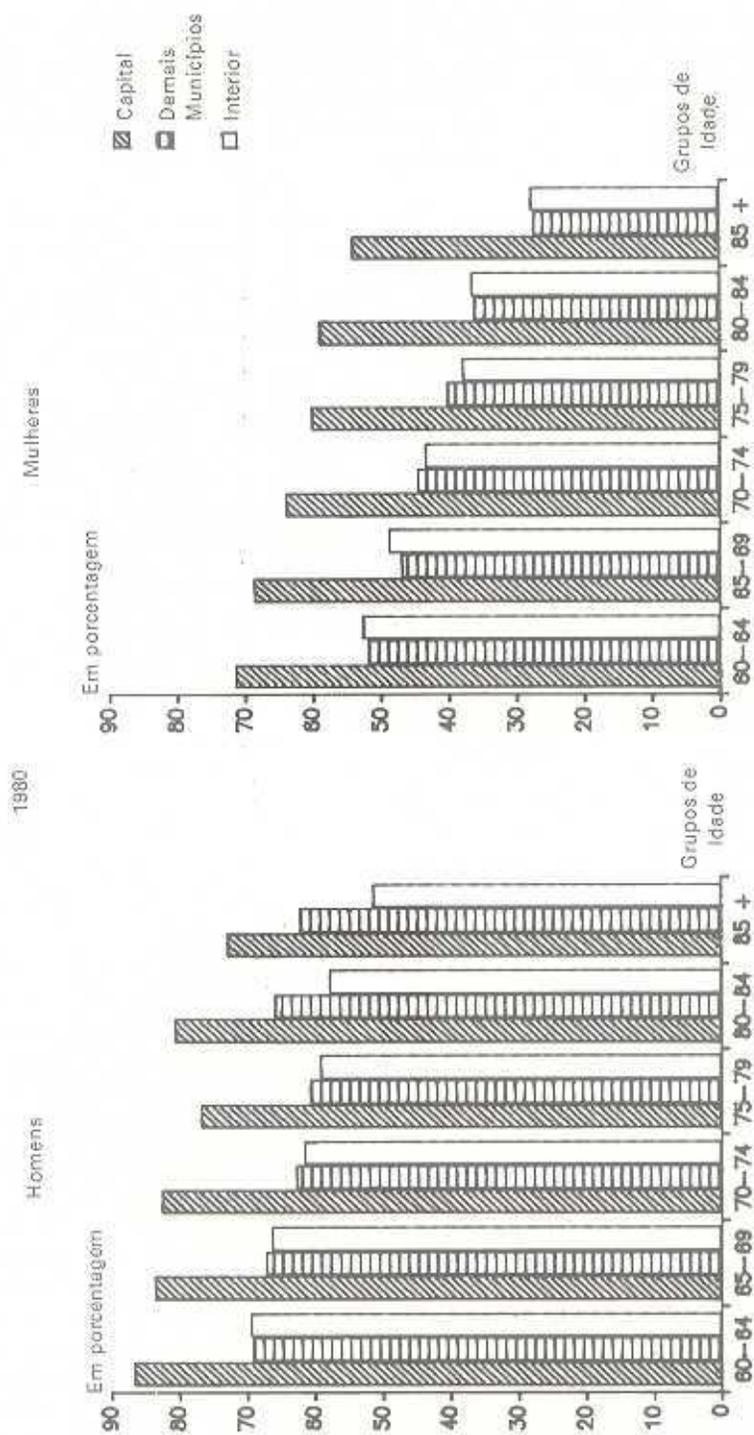
Dentro dos limites do Estado de São Paulo e da população mais idosa, valem as mesmas considerações feitas para o País, ainda que com percentuais diferentes, quando relacionamos áreas como a Capital, a GSP e o Interior (Gráfico 6).

As taxas de alfabetização da Capital são acentuadamente maiores que as dos demais municípios que compõem a GSP e também as do Interior, em qualquer dos momentos apresentados (1970 e 1980), por sexo e por faixas etárias. Um exemplo marcante: em 1980, a taxa de alfabetização para as pessoas de 85 anos e mais, na Capital, era superior às da população de 60 a 64 anos, nas outras duas áreas.

Entre os demais municípios da GSP e o Interior, as diferenças são muito pequenas. A Capital, além de ter um alto grau de urbanização, atraiu (e atrai) pessoas com os mais diversos níveis de instrução, inclusive significativa parte daquelas com maior nível. Além disso, agrega muitos dos funcionários da área governamental, dos quais uma parcela permanece ativa, mesmo em idades mais avançadas. Assim, enquanto no Município de São Paulo cerca de 80% da população idosa masculina e 60% da feminina sabiam ler e escrever, nas outras áreas alcançava-se apenas por volta de 60% e 40%, respectivamente.

Gráfico 6
 Proporção de Alfabetização, da População de 60 Anos e Mais, por Sexo e Grupos de Idade, Segundo Áreas Estado de São Paulo 1970-1980





Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1970 e 1980.

Com relação aos diferenciais por sexo, percebe-se que as taxas de alfabetização das mulheres são inferiores às dos homens, tanto na Capital quanto nas demais regiões do Estado. Ademais, nota-se que os níveis de alfabetização da população masculina do Interior paulista são semelhantes àqueles da população feminina residente na Capital.

Os percentuais de analfabetos por faixas etárias seguem uma tendência crescente. Na Capital, em 1970 e 1980, 14% dos homens de 60 a 64 anos eram analfabetos, mas tal proporção eleva-se a cerca de 30% entre os de 85 anos e mais. Para as mulheres, o percentual de analfabetos salta de 33% entre as pessoas de 60 a 64 anos para 58% entre os de 85 anos e mais, em 1970, e de 28% para 46% em 1980, nesses dois grupos etários.

Constata-se, portanto, que os analfabetos ainda continuam a representar uma expressiva faixa entre os idosos, embora houvesse, entre 1970 e 1980, uma evolução positiva em todas as idades, de forma mais acentuada, porém, entre o total das mulheres e entre os homens de 75 anos e mais da GSP e de 60 a 70 anos no Interior.

Em contraste com os 16% dos homens e 33% das mulheres de 60 anos e mais que não sabiam ler e escrever na Capital, havia, em 1980, pouco mais de 30% e 53%, respectivamente, nas outras áreas.

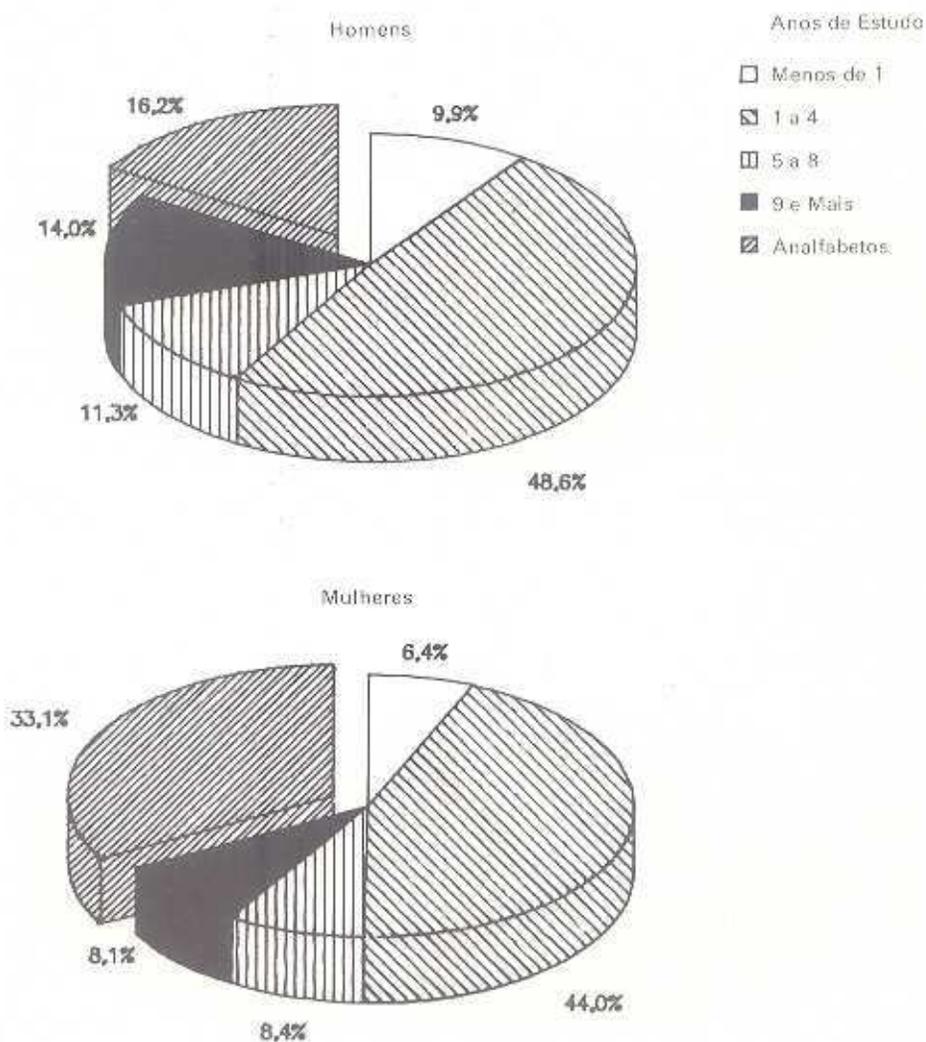
As informações (relativas a 1980) quanto aos anos de estudo das pessoas de 60 anos e mais confirmam a posição mais favorável da Capital em relação ao restante do Estado. Mostram que 14,0% dos homens e 8,1% das mulheres haviam estudado nove anos ou mais contra os respectivos 3,8% e 5% de homens e 1,6% e 3,8% de mulheres dos demais municípios da GSP e do Interior (Gráficos 7, 8 e 9).

Chama a atenção o percentual de pessoas que declararam saber ler e escrever, mas que não freqüentaram a escola. Em 1980, na Capital, tal proporção alcançava quase os 10% entre os homens; no restante do Estado, quase 13%. Entre as mulheres, ia de 5% a 7% nas três áreas consideradas.

Os níveis de alfabetização e instrução destacam-se entre as informações mais importantes, uma vez que lhes estão relacionadas várias outras, como o rendimento ou a permanência entre a população economicamente ativa. A análise da população idosa na Costa Rica e na Argentina mostrou que as taxas de atividade eram mais elevadas entre as pessoas que tinham instrução superior (Celade, 1982). Os programas que visam atender a esses cidadãos de idade mais avançada também necessitam levar em conta os dados sobre o nível de instrução, para que as medidas adotadas não se tornem incoerentes, ou seja, para que não corram o risco de elaborar políticas contrárias ao interesse do estrato populacional em foco.

Gráfico 7

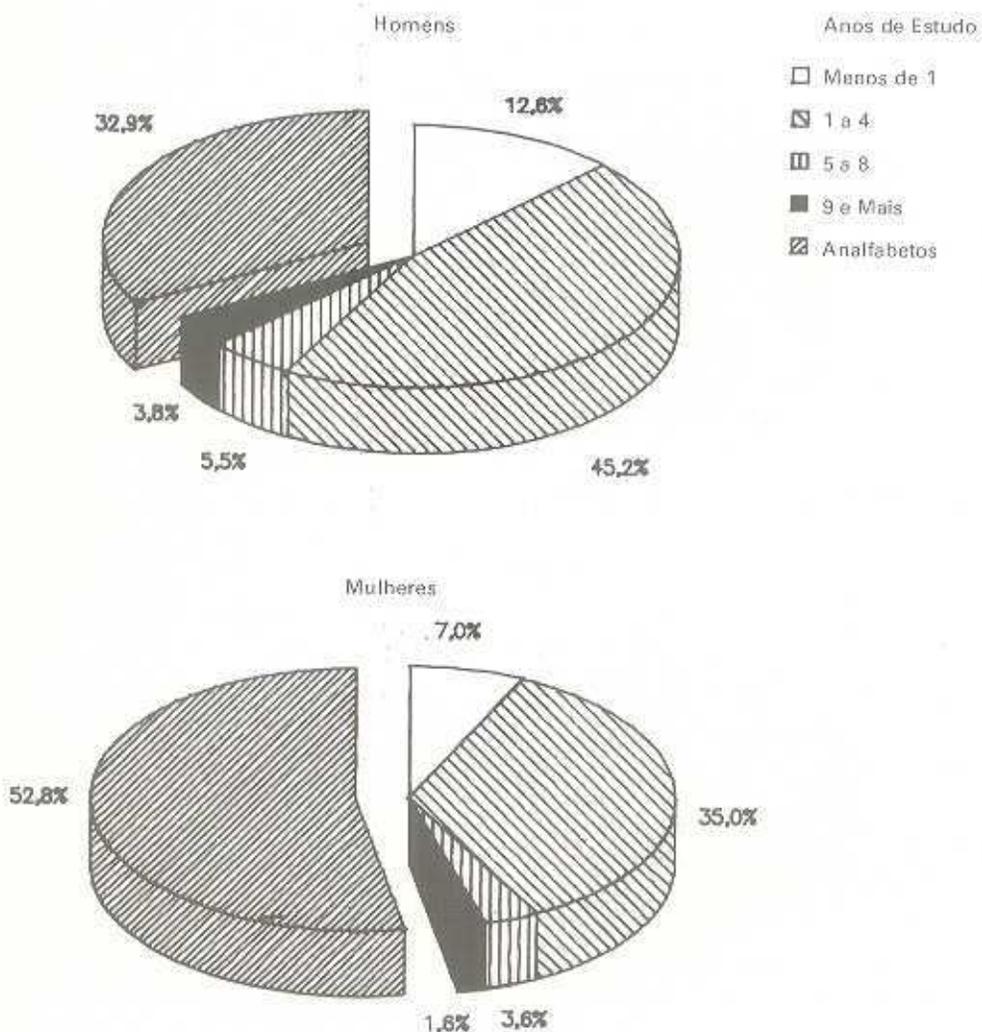
Distribuição da População de 60 anos e Mais, por Sexo, Segundo Alfabetização e Anos de Estudo
Município de São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 8

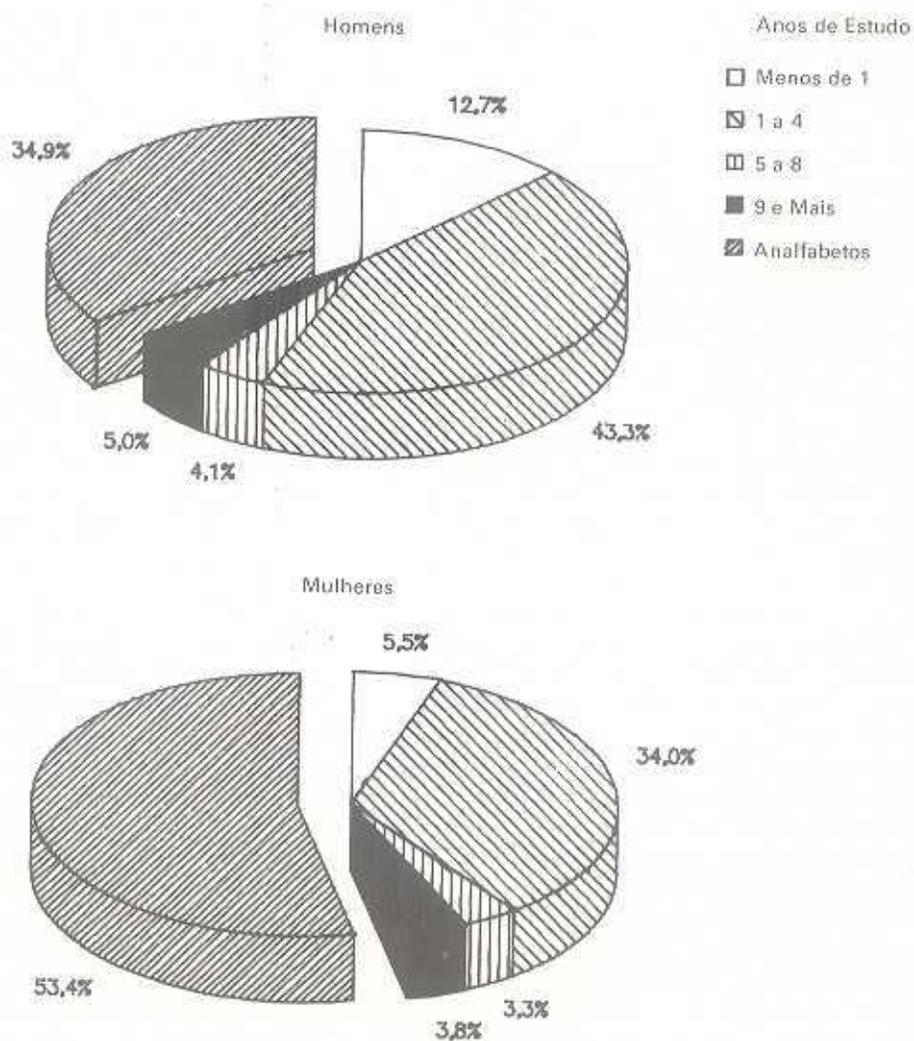
Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Alfabetização e Anos de Estudo
Demais Municípios da Grande São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 9

Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Alfabetização e Anos de Estudo
Interior do Estado de São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Atividade e Rendimento

Ao analisar o comportamento da população economicamente ativa (PEA) no Brasil, Paiva (1986) destaca a significativa diminuição da taxa de atividade entre os homens mais velhos, a partir de 1950. E aponta que, em relação a padrões internacionais, os níveis de participação masculina são baixos, já nos grupos de 40-49 e 50-59 anos.

No ano de 1980, em países como a Malásia e a Tailândia, 57% dos homens de 60 anos e mais, estavam incluídos na PEA; entre as mulheres, os percentuais eram de 22% na Malásia e 31% na Tailândia (Pagtoulun-an, 1989). No Brasil, nesse mesmo ano, essas porcentagens eram de 44% e 7%, respectivamente para os homens e as mulheres.

As razões sugeridas para a diminuição das taxas de atividade também em idades mais avançadas são, entre outras, a maior cobertura da previdência social e a queda relativa das atividades agrícolas. Destacam-se, no entanto, as dificuldades que as pessoas idosas encontram no mercado de trabalho: a existência de uma grande massa de trabalhadores mais jovens competindo por empregos faz com que uma parte dos mais velhos seja colocada à margem da produção.

Enquanto em 1950 cerca de 83% dos homens com idade de 60 a 69 anos e 57% daqueles com 70 anos e mais apareciam como economicamente ativos, três décadas depois esses percentuais haviam se reduzido para 58% e 22%, respectivamente. Entre as mulheres, as taxas eram bem menores: 7,8% para as de 60-64 anos e 4,6% para as de 70 anos e mais, em 1950, passando para 10,6% e 2,8% em 1980 (Paiva, 1986).

O Censo de 1980 indicava um total de 1,8 milhão de pessoas de 60 anos e mais em atividade no Brasil: 1,52 milhão de homens e 280 mil mulheres. Em relação a 1950, nota-se a redução dos percentuais de pessoas idosas ocupadas no setor agropecuário, de 72% para 57% entre os homens e de 38% para 30% entre as mulheres. Estas proporções estão acima do que se observa junto à população total, de que, em 1980, o setor agrícola ocupava 35% dos homens e 14% das mulheres. Isso se deve a dois fatores principais. Primeiro, devido à maior necessidade das pessoas do meio rural permanecerem ativas, dados os baixos rendimentos e aposentadorias, normalmente inferiores às do meio urbano ou mesmo inexistentes. Em segundo lugar, porque a pessoa mais velha continua a ser importante em termos do trabalho familiar e, muitas vezes, pode exercer alguma atividade, conforme sua capacidade física. Um exemplo disso é apresentado por Cereceda (1979), no Chile, onde a experiência acumulada ainda é importante e os idosos podem realizar serviços como cuidar de hortas, amarrar e regar plantas, etc., sem que para isso haja necessidade de novos aprendizados ou de readaptação. Tal exemplo pode ser estendido ao Brasil, em especial quanto aos pequenos proprietários, entre os quais as tarefas são executadas quase sempre por trabalhadores familiares.

No caso de São Paulo, tendo como referencial o Brasil, o grau de urbanização é maior, a cobertura por parte da previdência mais ampla e a agricultura tem menor participação na economia. Por isso, as taxas de atividade da sua população idosa são menores que as do País. Ressalte-se que, tanto em âmbito nacional como estadual, existem as mesmas dificuldades em encontrar trabalhos até coerentes com a capacidade física e a formação profissional das pessoas com mais idade (Tabela 7).

Tabela 7

Taxas de Atividade da População de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Grupos de Idade e Área de Residência
Brasil e Estado de São Paulo
1980

Em porcentagem

Grupos de Idade	Área de Residência	Taxas de Atividade					
		Brasil			Estado de São Paulo		
		Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
50 a 69 Anos	Total	33,2	57,5	10,3	27,7	49,3	8,3
	Urbana	27,9	48,9	10,0	25,9	46,1	8,5
	Rural	45,0	73,5	11,2	44,1	73,0	6,0
70 Anos e Mais	Total	11,4	21,8	2,8	8,5	16,5	2,1
	Urbana	8,2	15,9	2,5	7,5	14,5	2,2
	Rural	19,1	32,8	3,8	19,1	32,8	2,1

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos do Brasil e do Estado de São Paulo de 1980.

Apesar disso, constata-se que no meio rural paulista, as taxas de atividade são muito elevadas, com a absorção de 17% das pessoas de 60 anos e mais ocupadas do Estado, embora, na PEA, representem apenas 10% do total.

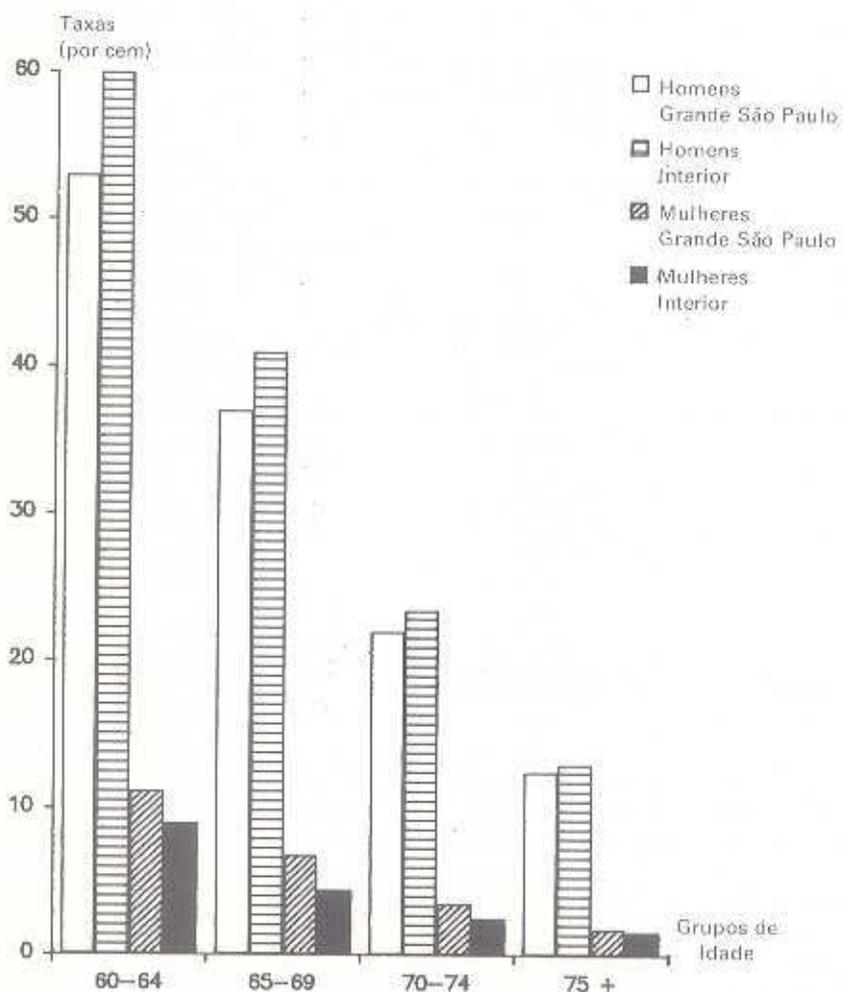
Isso indica que, mesmo em São Paulo, o setor primário, em 1980, respondia por uma significativa parcela das cerca de 325 mil pessoas de 60 anos e mais que se mantinham em atividade. Registram-se, no entanto, grandes diferenças quando se consideram a área metropolitana e o Interior do Estado, a começar das próprias taxas de atividade (Gráfico 10).

Entre a população masculina, as taxas de atividades eram maiores no Interior, uma vez que nesta área se encontra a quase totalidade da população rural do Estado. Ocorre o contrário com as mulheres, que têm maiores possibilidades de trabalho na região metropolitana.

Gráfico 10

Taxas de Atividade da População de 60 Anos e Mais, por Sexo e Grupos de Idade

Grande São Paulo e Interior do Estado de São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

A distribuição da PEA segundo setores de atividades apontava que, em 1980, 44,6% dos homens de 60 anos e mais do Interior estavam ocupados no setor primário, vindo depois as atividades industriais com 17,6% e o comércio e os serviços com pouco mais de 10% cada um. Quanto às mulheres, os serviços apareciam em primeiro lugar com 50,2%, seguidos pela agricultura, pela pecuária e pelo extrativismo, com 16,6%, e pelo comércio e pelas atividades sociais, com cerca de 12% cada.

Na GSP, também em 1980, entre os homens, as atividades industriais despontavam com 34%, o maior percentual; aos serviços cabiam quase 22% e ao comércio 18,2%. Para as mulheres, os serviços tinham 51,7%, as atividades sociais 17,6% e o comércio 13%, destacando-se ainda os 9,2% representados pelas atividades industriais (Gráficos 11 e 12).

Ainda a respeito das ocupações exercidas pelas pessoas idosas, em 1980, vê-se que aumenta a ocupação nas atividades do setor primário conforme cresce a idade: entre os homens maiores de 70 anos do Interior, mais de 50% estavam ocupados na agricultura. Comportamento diverso ocorria com as pessoas empregadas em atividades industriais, pois, da população masculina com 60 a 64 anos de GSP, representavam 37%, diminuindo para 26% após os 70 anos, com o que os serviços e o comércio ganhavam maior representatividade (indício de que, com a idade, fica mais difícil manter-se em ocupações formais).

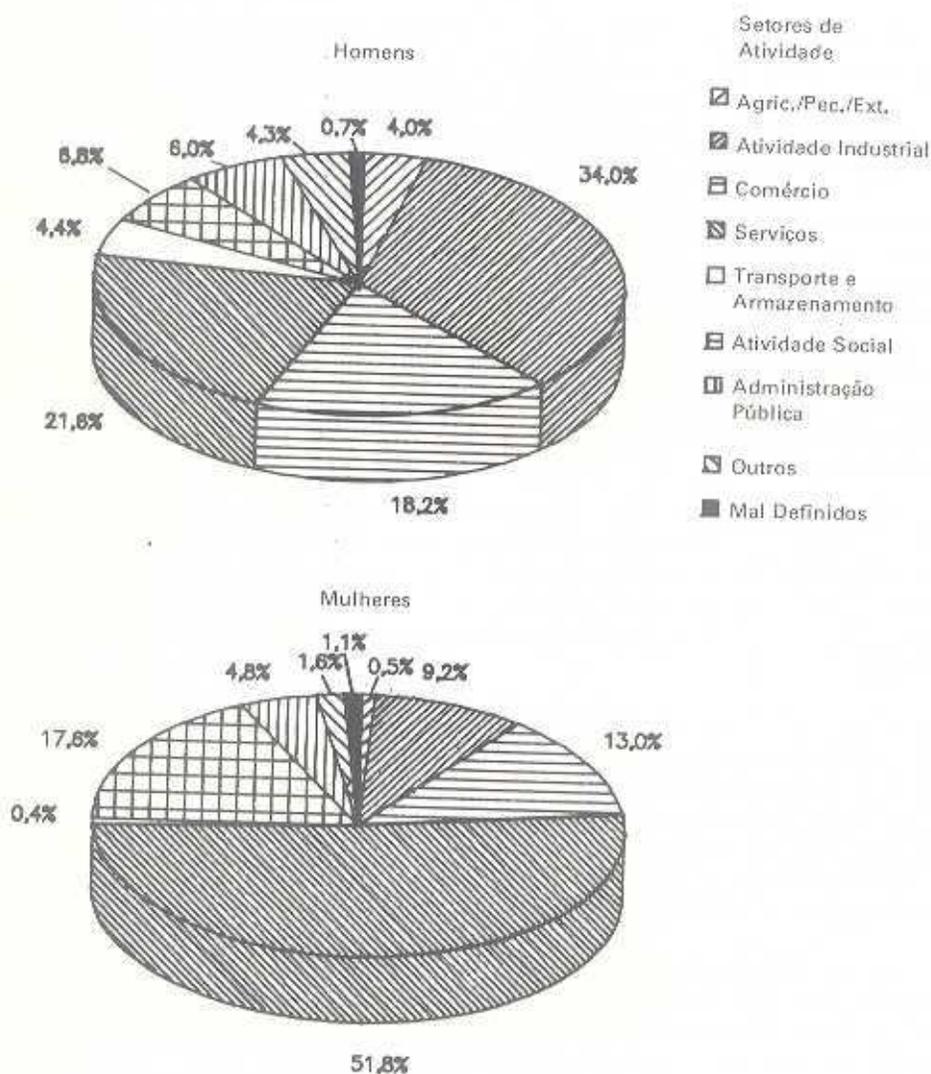
Entre as mulheres da GSP, são as atividades sociais e a própria indústria que perdem os percentuais de ocupados em idades mais avançadas, em favor do comércio e, principalmente, dos serviços, que empregam cerca de 60% do total das pessoas com mais de 70 anos. Destaque-se, no entanto, o pequeno volume de população feminina ocupada nas idades mais avançadas (Tabelas 8 e 9).

A observação referente ao número de horas que as pessoas idosas trabalham indica longas jornadas, o que reforça a hipótese de que uma significativa parcela mantinha-se ativa por necessidade. Na Capital, em 1980, 53,3% das pessoas ocupadas de 60 anos e mais trabalhavam de 40 a 48 horas semanais e 27,0% acima de 48 horas. No Interior, essas proporções eram, respectivamente, de 51,3% e 32,6%. Em ambas as áreas, portanto, mais de 80% das pessoas trabalhavam 40 horas no mínimo.

Os dados sobre o Brasil e o Estado de São Paulo, quanto à posição na ocupação principal, indicam que, com o aumento da idade, diminuem os percentuais de empregados e aumenta o número dos que trabalham por conta própria e de empregadores, com um forte contraste entre as pessoas que permanecem em atividade. A maior da proporção de trabalhadores por conta própria pode ser reflexo das dificuldades que os idosos enfrentam para achar emprego, o que os leva a buscar alternativas próprias. Mas pode ser também uma opção pessoal; neste caso incluem-se os profissionais liberais com maior nível de instrução, além dos pequenos comerciantes.

Gráfico 11

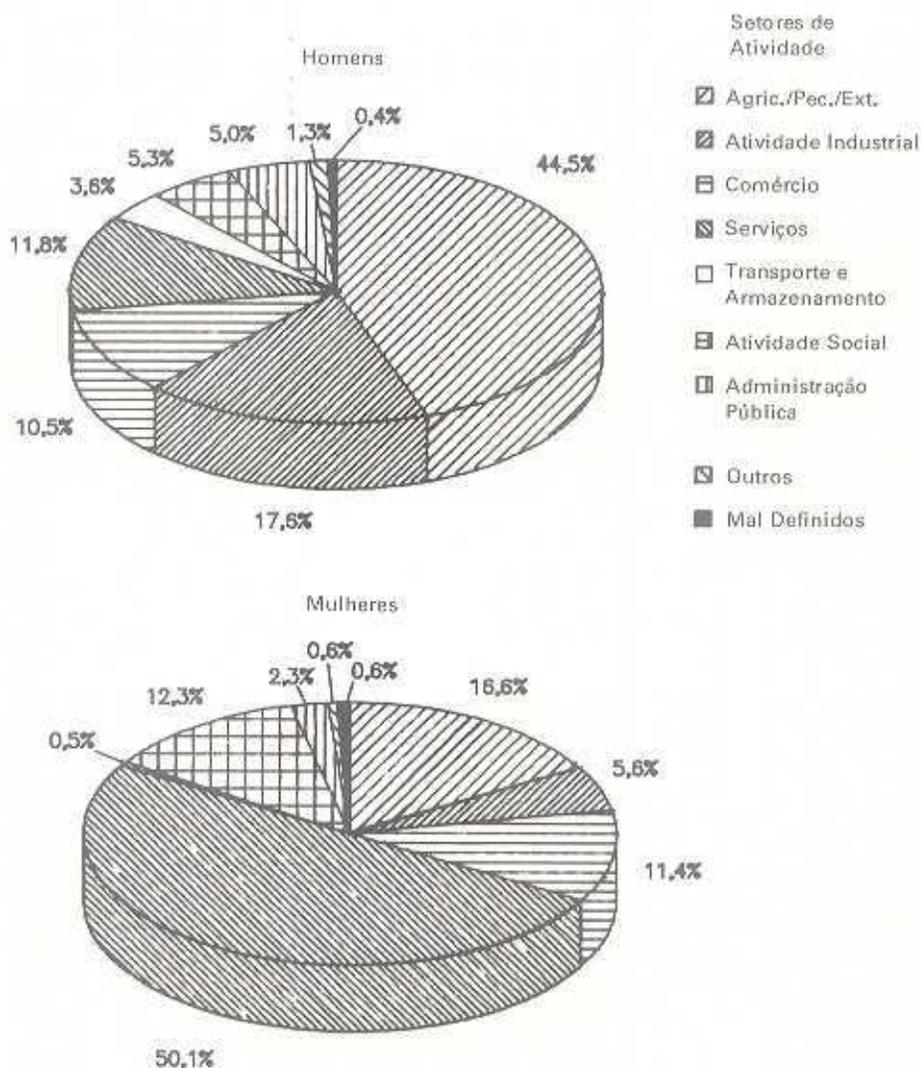
Distribuição da População Economicamente Ativa-PEA de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Setores de Atividade. Grande São Paulo 1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 12

Distribuição da População Economicamente Ativa-PEA de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Setores de Atividade Interior do Estado de São Paulo 1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Tabela 8
Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Sexo e Grupos de Idade, Segundo Setores de Atividade
Grande São Paulo
1980

Setores de Atividade	Distribuição da População, por Sexo e Grupos de Idade							
	Homens				Mulheres			
	60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 Anos e Mais	60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 Anos e Mais
Total (Em números absolutos)	61.928	31.726	10.456	5.613	15.691	7.031	2.215	1.203
Total (Em porcentagem)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Agricultura, Pecuária, Extração Vegetal e Pesca	3,2	4,7	5,6	5,1	0,8	0,3	-	-
Indústria	37,1	32,0	25,9	26,1	10,6	6,8	5,0	13,9
Comércio	16,5	19,6	22,5	21,4	11,3	15,1	18,1	13,5
Prestação de Serviços	21,4	20,5	23,8	25,2	48,6	54,5	58,7	62,6
Transportes e Comunicações	5,0	3,6	4,7	2,7	0,7	-	-	-
Atividades Sociais	5,9	7,8	8,4	8,7	19,6	15,3	16,0	10,0
Administração Pública	6,1	7,0	3,2	3,3	6,7	4,7	1,6	-
Outras e Mal Definidas	4,8	4,8	4,9	7,5	2,7	3,3	1,6	-

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico de São Paulo de 1980.

Tabela 9
 Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Sexo e Grupos de Idade, Segundo Setores de Atividade
 Interior do Estado de São Paulo
 1980

Setores de Atividade	Distribuição da População, por Sexo e Grupos de Idade									
	Homens					Mulheres				
	60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 Anos e Mais	60 a 64 Anos	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 Anos e Mais		
Total (Em números absolutos)	87.201	47.798	17.617	8.989	13.367	5.596	1.845	1.143		
Total (Em percentagem)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		
Agricultura, Pecuária, Extração Vegetal e Pesca	39,9	46,9	56,5	53,0	17,1	13,3	18,6	22,2		
Indústria	20,5	16,3	10,2	11,0	7,0	1,6	1,2	10,6		
Comércio	10,0	10,7	10,6	13,3	11,5	12,3	12,1	4,3		
Prestação de Serviços	11,8	11,3	13,2	11,7	48,9	53,1	50,1	51,3		
Transportes e Comunicações	4,0	3,6	2,2	2,1	0,8	-	-	-		
Atividades Sociais	5,8	5,3	3,3	5,4	10,8	15,5	13,9	11,6		
Administração Pública	6,0	4,5	2,3	2,1	3,0	1,4	1,3	-		
Outras e Mal Definidas	2,0	1,4	1,7	1,4	0,9	1,8	2,8	-		

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

O aumento do percentual dos empregadores entre as pessoas de 60 anos e mais está ligado ao fato de que certo número de pessoas chega a idades mais avançadas com um certo capital, às vezes até resultado de compensação financeira recebida por ocasião da aposentadoria. Isto lhes possibilita abrir seus próprios negócios. Ou então já os tinham e continuam em atividade após os 60 anos.

A circunstância de muitos idosos exercerem ocupações na agricultura ou prestando serviços, trabalhando por conta própria, dedicando-se a atividades que não exigem muita especialização, pode acarretar os rendimentos baixos em relação à população mais jovem. O contraste da renda entre faixas etárias, sexo, ocupações e áreas geográficas aparece de forma clara, embora devam-se redobrar os cuidados na apresentação das informações correspondentes, tanto em termos metodológicos quanto de seu próprio significado (Médici, 1984). Feitas as ressalvas necessárias e mantidas as restrições, relaciona-se aqui alguns diferenciais mais agudos existentes em um mesmo período de referência, o Censo de 1980, destacando que os problemas atingiram todos os grupos etários.

Um primeiro diferencial que se constata entre as informações disponíveis, bastante destacado na literatura sobre a PEA, refere-se ao sexo. Para as áreas consideradas, tal fato é notado amplamente, não apenas entre a população idosa como também na faixa dos adultos, de 15 a 59 anos (Tabela 10).

Em 1980, entre as pessoas com 60 anos e mais que se mantinham ativas na GSP, 12,8% dos homens e 37,5% das mulheres recebiam até um salário mínimo. Na faixa de 10 a 59 anos, os percentuais alcançavam, respectivamente, 6,0% e 20,4%. Essas proporções são ainda maiores no Interior (onde, entre os idosos, atingiam 30,3% e 63,8%, respectivamente) e menores na Capital (com 9,8% e 34,1%). Nos demais municípios da GSP, as porcentagens eram de 22,8% e 55,0%.

Quanto se consideram os rendimentos acima de cinco salários mínimos, o mesmo quadro se repete. Na Capital, 30,7% dos homens e apenas 12,5% das mulheres tinham tal rendimento. Nos demais municípios da GSP, 11,9% e 3,4%. No Interior, 12,9% e 8,1%, respectivamente.

São valores que permitem apontar a existência de um nítido diferencial na distribuição do rendimento entre a Capital, os demais municípios da GSP e o Interior.

Já que na Capital se concentra um grande número de indústrias, de um representativo comércio, bem como muitas empresas estatais e de serviços públicos, além de profissionais liberais, um significativo contingente de pessoas de 60 anos ou mais integram a camada de rendimentos mais elevada, pois, vale repetir, a experiência acumulada, nesse panorama, pode ser um fator importante. No Interior, por sua vez, os idosos economicamente

Tabela 10
Distribuição da População, por Sexo e Áreas, Segundo Grupos de Idade e Classes de Rendimento
Estado de São Paulo
1980

Em porcentagem

Grupos de Idade e Classes de Rendimento	Distribuição da População, por Sexo e Idade											
	Capital		Demais Municípios da GSP		Grande São Paulo		Interior		Estado			
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Total 15 a 19 Anos	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Até 1/2 Salário Mínimo	1,2	4,1	1,9	6,8	1,4	4,9	7,0	19,7	4,2	11,3	4,2	11,3
De 1/2 a 1 Salário Mínimo	4,0	14,5	5,8	18,1	4,6	15,5	13,3	26,9	8,9	20,5	8,9	20,5
De 1 a 2 Salários Mínimos	25,5	41,9	28,1	46,2	26,3	43,0	34,0	32,0	30,1	36,2	30,1	36,2
De 2 a 3 Salários Mínimos	19,9	15,4	21,0	13,4	20,3	14,9	16,7	8,6	18,5	12,1	18,5	12,1
De 3 a 5 Salários Mínimos	22,7	13,2	22,8	9,9	22,8	12,3	14,9	7,9	18,9	10,4	18,9	10,4
De 5 a 10 Salários Mínimos	15,0	7,9	13,9	4,4	14,8	6,9	8,8	3,9	11,7	5,6	11,7	5,6
10 Salários Mínimos e Mais	11,1	2,6	6,0	0,9	9,5	2,1	4,9	0,9	7,2	1,6	7,2	1,6
Sem Declaração	0,6	0,4	0,5	0,3	0,5	0,4	0,4	0,1	0,5	0,3	0,5	0,3
Total 60 Anos e Mais	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Até 1/2 Salário Mínimo	3,1	13,7	7,9	32,1	4,2	16,7	8,7	38,1	6,9	26,4	6,9	26,4
De 1/2 a 1 Salário Mínimo	6,7	20,4	14,9	23,0	8,6	20,8	21,5	25,7	16,3	23,1	16,3	23,1
De 1 a 2 Salários Mínimos	22,9	28,0	32,6	25,4	25,1	27,6	33,7	14,4	30,2	21,5	30,2	21,5
De 2 a 3 Salários Mínimos	17,0	12,2	16,8	9,9	16,9	11,8	11,8	6,0	13,9	9,2	13,9	9,2
De 3 a 5 Salários Mínimos	19,1	12,6	15,7	6,2	18,3	11,5	11,0	6,8	14,0	9,4	14,0	9,4
De 5 a 10 Salários Mínimos	15,7	7,8	7,3	2,2	13,8	6,9	6,8	4,5	9,6	5,8	9,6	5,8
10 Salários Mínimos e Mais	15,0	4,7	4,5	1,1	12,6	4,1	6,1	3,6	8,7	3,9	8,7	3,9
Sem Declaração	0,5	0,6	0,3	0,1	0,5	0,6	0,4	0,9	0,4	0,7	0,4	0,7

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

ativos formam a maior parcela dos trabalhadores agrícolas, na qual 45% deles recebiam até um salário mínimo mensal; dos que se dedicavam à prestação de serviços, 48,0% estavam nesta faixa de renda. Nos demais municípios da GSP, os setores que predominavam eram o das atividades industriais e o da prestação de serviços: o percentual da população que recebia até um salário mínimo era de 12,1% no primeiro e de 45,4% (71,2% das mulheres) no segundo.

A comparação dos rendimentos nos setores mais importantes de ocupação mostra que aqueles que ganham mais de cinco salários mínimos aparecem em parcelas maiores na população da Capital, em 1980. Nas atividades industriais, por exemplo, 27,7% das pessoas idosas residentes na Capital e apenas 10,2% das residentes no Interior estavam nesse patamar salarial. Na prestação de serviços, os percentuais eram 16,0% e 9,8%, respectivamente; nas atividades sociais, 38,6% e 19,1%; no comércio, 27,3% e 21,0%; e nas atividades agrícolas, 42,9% e 10,2%. Embora esses percentuais devam ser considerados com as ressalvas feitas anteriormente, as agudas diferenças observadas não deixam de mostrar que os idosos moradores no Interior têm um ganho muito inferior ao dos que residem na Capital.

Apesar da diferença entre altos e baixos rendimentos, a situação do idoso não deixa de ser precária: 14,9% das pessoas ativas com 60 anos ou mais na Capital e 24,2% delas no Interior ganhavam até um salário mínimo. Se os percentuais dos que recebiam mais de cinco salários mínimos eram semelhantes aos observados no grupo de 10 a 59 anos, é preciso também levar em conta que, na faixa dos 60 anos ou mais, apenas 35,7% dos homens e 6,6% das mulheres da GSP e 39% e 5%, respectivamente, do Interior, apareciam, em 1980, como economicamente ativos.

Embora o Censo de 1980 não aponte os rendimentos da população inativa para as pessoas de 60 anos e mais, mas apenas para a população total de 50 anos e mais, podia-se observar para o Estado de São Paulo que, acima desta idade, entre os que não trabalhavam, 44,0% não tinham qualquer rendimento. E entre os que o tinham, cerca de 60% recebiam até um salário mínimo e apenas uns 10% mais de cinco salários mínimos.

As informações da PNAD 83 apresentarão mais adiante, quando da análise do Sistema de Proteção Social no Brasil - trazem maiores subsídios a respeito do tema. No entanto, algumas observações podem ser adiantadas com base nos resultados já destacados.

Uma delas é o fato de grande parte da população de 60 anos e mais ser composta de inativos, em posição menos vantajosa para reivindicar seus direitos (o que poderia ser obtido, diga-se, mediante a organização de associação com tal finalidade).

Outro fato importante refere-se às afirmações comuns a vários autores (por exemplo El-Badry, 1986), de que as pessoas idosas teriam o direito de

continuar trabalhando se assim desejassem, mas aquelas que já não o quisessem deveriam gozar de condições que lhes garantissem manter-se numa situação razoável. As informações apresentadas indicam que uma pequena parcela dessa população, possivelmente os que tinham melhores condições de trabalho, de renda e de instrução, enquadra-se na primeira hipótese, enquanto uma outra parte, com certeza, trabalha pressionada por uma situação econômica desfavorável, frente aos baixos rendimentos da aposentadoria ou mesmo pela sua ausência. Dessa forma, dedicam-se em particular a atividades mal remuneradas, com jornadas de trabalho muito extensas e, muitas vezes, à margem do mercado formal de trabalho.

E, finalmente, deve-se destacar ainda que o trabalho de muitas dessas pessoas – apesar de representarem apenas 3,8% da PEA masculina e 1,6% da feminina e não obstante o avanço tecnológico dos últimos tempos – continua a ser importante, não apenas do ponto de vista pessoal, mas também porque, em certos setores, a experiência acumulada é um fator positivo que não raro se perde, devido à falta de oportunidades para continuar em atividade.

Família

Ao mesmo tempo em que se observa um crescimento acelerado no número e na proporção de idosos nos países do Terceiro Mundo, evidencia-se também, cada vez mais, sua situação marginal perante a sociedade, em decorrência das transformações nas estruturas sociais, econômicas e familiares. Os idosos estão perdendo posição e papel na sociedade, requerendo cada vez mais atenção e ajuda especiais por parte da família, do grupo de parentes, da comunidade, das instituições de beneficência e das autoridades locais e nacionais (Nações Unidas, 1984).

As recomendações da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada pelas Nações Unidas (2), sugerem que as necessidades das pessoas idosas sejam respondidas por medidas de bem-estar social, ancoradas no tripé família – comunidade – Estado. O arranjo entre estas três instâncias da sociedade é que deveria desenvolver ações capazes de proporcionar os meios necessários para apoiar os idosos no ambiente tido como o mais propício – o seio familiar –, assim como assegurar sua participação na sociedade.

Para se eleger a família como instituição privilegiada no cuidado aos idosos, tanto nos seus aspectos sociais como emocionais, é fundamental contar com a existência de políticas sociais que se estruturam através da organiza-

(2) Maiores detalhes sobre estas recomendações são apresentados no item que descreve o Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento.

ção familiar (Nações Unidas, 1984). Ou seja: é necessário que tanto o idoso como a família contem com o apoio da comunidade do Estado nos diversos setores que dizem respeito a serviços indispensáveis, como alimentação, ajuda domiciliar, assistência médica, serviços de orientação, atividades sócio-culturais, entre outros.

É interessante notar que, embora a família venha sendo colocada cada vez mais como núcleo central nas políticas para o idoso, pouquíssimo ou nada se avançou na caracterização sócio-demográfica das famílias do idoso. Tal é o objetivo deste item. Para tanto lança-se mão de dados dos censos demográficos de 1970 e 1980 para a análise de aspectos como tamanho da família, taxas de chefia e condição das pessoas na família, em diferentes áreas do Estado de São Paulo (3), pondo em evidência as comparações mais relevantes.

Todos estão cientes de que não será através desta caracterização que se entenderá o papel que o idoso desempenha no seio da família, que se captará seus próprios anseios ou, ainda, que se conhecerá que tipo de apoio o idoso recebe dos parentes. Mas é o primeiro e indispensável passo para saber se a família é capaz de arcar com o papel que, de forma crescente, lhe vem sendo atribuído políticas para idoso.

Dada a novidade do tema no Brasil, não é muito o que se acumulou sobre o assunto. A maioria dos trabalhos existentes sobre a família, no campo da demografia, tratam-na como um todo, sem ênfase na questão da terceira idade. É bastante compreensível a escassez destes trabalhos, já que a temática do envelhecimento, nos países em desenvolvimento, é bastante nova, e só se tornou significativa com a recente queda da fecundidade nestes países.

● *Tamanho da família*

No Brasil, o tamanho da família (4) vem diminuindo ao longo das décadas, como uma das conseqüências da queda da fecundidade (Altmann, 1985c), passando de 5,1 pessoas, em 1960, para 4,4 em 1980. As famílias residentes no Estado de São Paulo passaram de 4,7 pessoas para 4,0, no mesmo período, apresentando, portanto, resultados inferiores à média nacional (Tabela 11).

13) Prossegue a divisão do Estado de São Paulo em Interior e GSP. Esta, por sua vez, é subdividida em Município de São Paulo (Capital) e Demais Municípios da Grande São Paulo.

14) Definições sobre família, segundo os censos demográficos, são apresentadas em Altmann (1985b).

Tabela 11

Tamanho Médio da Família e Sua Redução, Segundo Grupos de Idade do Chefe de Família
Brasil e Estado de São Paulo
1960-1980

Grupos de Idade do Chefe	Tamanho Médio da Família			Redução do Tamanho Médio (%)	
	1960	1970	1980	1960/70	1970/80
Total Brasil	5,12	4,85	4,40	5,3	9,3
15 a 19 Anos	2,54	2,54	2,47	0,0	2,8
20 a 24 Anos	3,19	3,11	3,00	2,5	3,5
25 a 29 Anos	4,06	3,94	3,64	3,0	7,6
30 a 34 Anos	5,00	4,91	4,45	1,8	9,4
35 a 39 Anos	5,73	5,66	5,19	1,2	8,3
40 a 44 Anos	6,17	6,05	5,61	1,9	7,3
45 a 49 Anos	6,20	5,98	5,51	3,5	7,9
50 a 54 Anos	5,75	5,40	5,05	6,1	6,5
55 a 59 Anos	5,27	4,76	4,47	3,7	6,1
60 a 64 Anos	4,67	4,03	3,82	13,7	5,2
65 a 69 Anos	4,32	3,57	3,33	17,4	6,7
70 Anos e Mais	3,78	3,07	2,83	18,8	7,8
Total Estado de São Paulo	4,73	4,41	4,02	6,8	8,8
15 a 19 Anos	2,61	2,59	2,51	0,8	3,1
20 a 24 Anos	3,13	3,01	2,92	3,8	3,0
25 a 29 Anos	3,87	3,68	3,45	4,9	6,3
30 a 34 Anos	4,66	4,51	4,09	3,2	9,3
35 a 39 Anos	5,25	5,10	4,69	2,9	8,0
40 a 44 Anos	5,60	5,37	5,03	4,1	6,3
45 a 49 Anos	5,53	5,26	4,91	4,9	6,7
50 a 54 Anos	5,18	4,76	4,47	8,1	6,1
55 a 59 Anos	4,77	4,19	3,94	12,2	6,0
60 a 64 Anos	4,37	3,57	3,39	18,3	5,0
65 a 69 Anos	4,03	3,16	2,95	21,6	6,6
70 Anos e Mais	3,63	2,78	2,53	23,4	9,0

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos do Brasil e do Estado de São Paulo.

Na Tabela 11, é possível verificar que o tamanho das famílias varia segundo as idades dos chefes, em função da evolução do seu ciclo vital. Nas famílias cujos chefes ainda são jovens e o número de filhos ainda não está completo, o tamanho tende a ser menor, aumentando paulatinamente à medida que se avança a idade, até atingir o máximo para chefes de família entre 40 e 49 anos, quando o número de filhos não raro está completo. Após os 45 anos, inicia-se o processo da diminuição do tamanho das famílias, o que pode ser explicado por dois fatores principais: o crescimento e a saída dos filhos do domicílio e a própria separação do casal, por dissolução do matrimônio ou morte de um dos cônjuges. Tal fato pode ser visualizado na mesma Tabela, que explicita a evolução do tamanho médio da família por idade do chefe, no decorrer das décadas de 60 e 70, através de uma análise longitudinal e relevados os efeitos da migração e mortalidade. Desta forma, o tamanho das famílias cujos chefes pertenciam à coorte das pessoas que em 1960 tinham de 20 a 24 anos era de 3,19 pessoas, aumenta para 4,91 em 1970 e para 5,61 em 1980, no Brasil. Os dados parecem indicar que o tamanho médio máximo é alcançado quando as coortes dos chefes atingem os 40-44 anos, tanto em São Paulo, como no País. Assim, tomando-se como exemplo a coorte dos chefes de família no Brasil que em 1960 tinham entre 40 e 44 anos, verifica-se que o tamanho médio de família diminui em 0,77 pessoas em 1970, quando eles atingem entre 50 e 54 anos. Entre 1970 e 1980, a redução no tamanho médio da família atinge 1,58 pessoas. Dessa forma, a família da coorte de chefes de família com 40 a 44 anos em 1960 chega a 1980 com 2,35 pessoas a menos, desconsideradas as influências da migração e da mortalidade no período.

Detendo-se na variação percentual entre décadas, destaca-se claramente, nos anos 60, a diminuição acentuada do tamanho da família chefiada pelo idoso, sobretudo no Estado de São Paulo. Seria interessante saber se esta queda resulta primordialmente da saída dos filhos, acentuada pelo intenso processo migratório rural-urbano neste período, ou se reflete a tendência dos idosos de morar em domicílio isolado. Os dados relativos a São Paulo mostram que há um número bem menor de filhos e outros parentes morando com chefes idosos em 1970, em comparação com 1960. Isso parece indicar, portanto, que a diminuição no tamanho da família teria ocorrido em função da saída destas pessoas. Já na década de 70, a redução foi maior nas famílias com chefes até 50-55 anos, devido ao efeito da redução da fecundidade.

O tamanho médio das famílias residentes na GSP é bastante semelhante ao do Estado. Embora os diferenciais sejam pouco acentuados, observa-se que as maiores famílias chefiadas por idosos residem nos municípios que circundam a Capital paulista e que, por sua vez, compõem a GSP (Tabela 12).

Tabela 12

Tamanho Médio da Família, por Áreas, Segundo Grupos de Idade do Chefe de Família

Estado de São Paulo

1980

Grupos de Idade do Chefe	Tamanho Médio da Família			
	Grande São Paulo	Demais Municípios da GSP	Capital	Interior
Total	3,93	4,16	3,83	4,12
15 a 19 Anos	2,50	2,54	2,48	2,43
20 a 24 Anos	2,88	2,94	2,85	2,92
25 a 29 Anos	3,38	3,51	3,31	3,53
30 a 34 Anos	3,97	4,16	3,88	4,21
35 a 39 Anos	4,50	4,75	4,38	4,85
40 a 44 Anos	4,81	5,10	4,67	5,23
45 a 49 Anos	4,76	5,10	4,61	5,07
50 a 54 Anos	4,37	4,68	4,26	4,65
55 a 59 Anos	3,87	4,25	3,72	4,02
60 a 64 Anos	3,44	3,68	3,35	3,48
65 a 69 Anos	3,00	3,22	2,92	2,99
70 a 74 Anos	2,65	2,79	2,81	2,63
75 a 79 Anos	2,53	2,69	2,49	2,49
80 a 84 Anos	2,39	2,29	2,42	2,36
85 Anos e Mais	2,22	2,06	2,26	2,39

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Segundo o Censo de 1980, o tamanho médio das famílias residentes em São Paulo e suas diferentes áreas, cujos chefes são idosos, varia entre 2 e 3 pessoas, indicando que, em média, estão em companhia de pelo menos uma outra pessoa (cônjuge, filho ou outro parente), também idosa ou não. Mas, se no passado recente as famílias eram maiores (em média 4 pessoas), as questões que emergem são: Quais as pessoas (parentes ou não) que deixaram de fazer parte destas famílias? Mudou a composição familiar?

● *Composição da família*

Ao se examinar a distribuição das pessoas por condição na família, segundo a idade do chefe, observa-se que, na GSP, enquanto o chefe está na idade adulta, a proporção dos filhos é de aproximadamente 50%. Já nas famílias cujos chefes pertencem à terceira idade, a proporção diminui conforme aumenta a idade do chefe, passando a representar menos de 25% quando os chefes têm mais de 70 anos. Nestes casos, há um aumento daqueles denominados "outros parentes" (irmão, primo, sobrinho, neto, etc.), correspondendo a aproximadamente 14%.

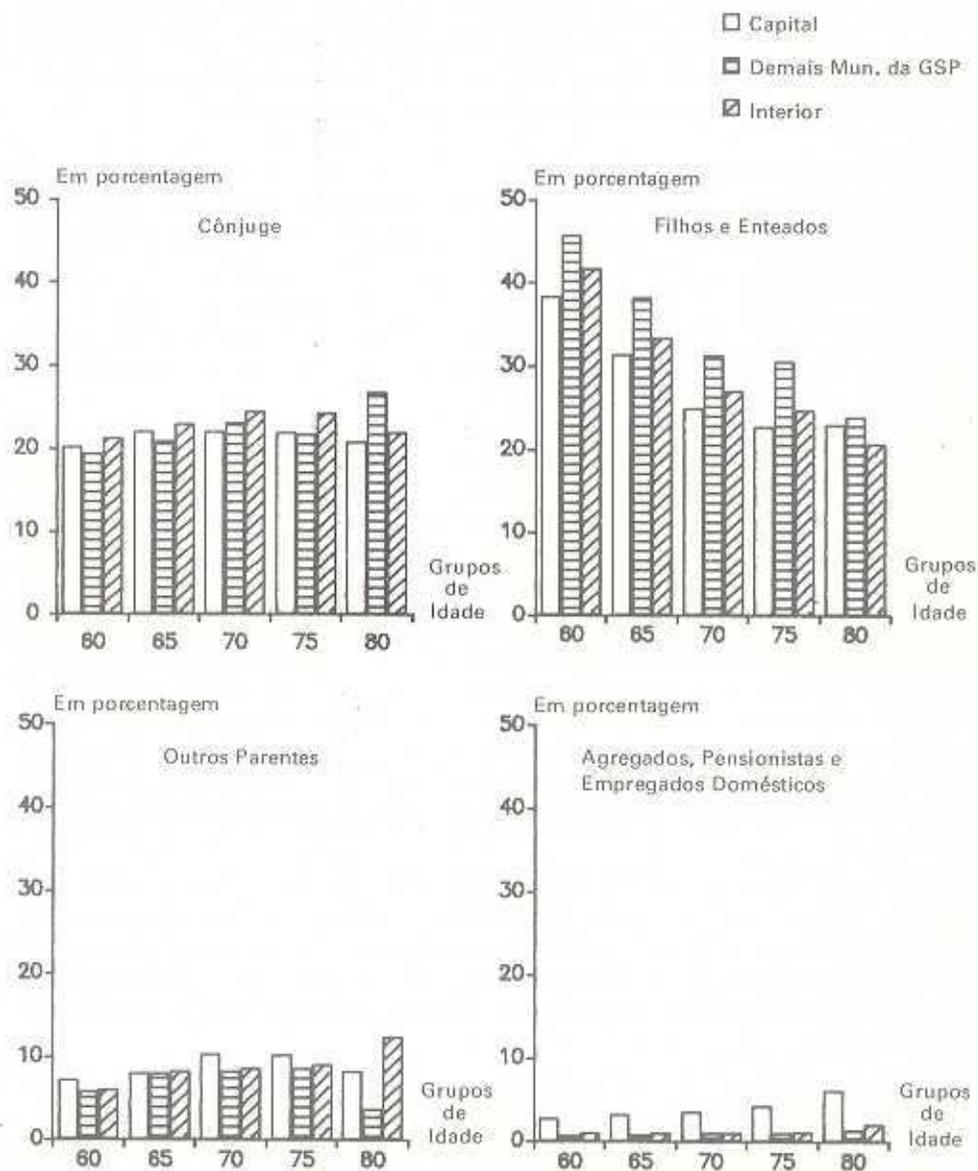
O Gráfico 13 indica que, na Capital, a proporção de filhos que vivem com os chefes/pais idosos é menor que nas duas outras áreas consideradas (Interior de São Paulo e Demais Municípios da GSP). Tal resultado pode ser apenas reflexo do diferencial de fecundidade nas diversas áreas do Estado, mas pode resultar, também, de uma menor tendência dos filhos permanecerem com os pais. Na área da Capital paulista, as informações censitárias indicam que, em 1980, ainda permaneciam de 1 a 1,5 filhos, em média, no mesmo domicílio cujos chefes tinham até 69 anos. A partir dos 70 anos, para cada 10 chefes idosos, seis a nove moravam com filhos; dependendo da área considerada - na Capital, a relação era de seis filhos para cada 10 chefes, enquanto que nos demais municípios da GSP era de oito para cada 10 chefes. De qualquer modo, fica ainda a dúvida: por que este diferencial regional? Uma das hipóteses é que essa diferença associa-se à situação econômica menos favorável dos que residem em alguns dos municípios que circundam a Capital, onde também se concentram os migrantes e suas famílias, vindos em busca de melhores perspectivas.

O mesmo Gráfico 13 ainda indica que o peso dos "agregados, pensionistas, empregados" é maior nas famílias da Capital, do que nas do Interior. Tal fato poderia ser justificado por uma necessidade maior da presença de alguém que possa cuidar, prover as necessidades do idoso, já que os membros da família estariam ocupados em atividades econômicas fora de casa. É também possível que haja um maior percentual de pensionistas nestas famílias, que assim lhe permitiriam aumentar seus parcos rendimentos.

Apresenta-se, a seguir, a posição que o idoso ocupa na família, a começar pela de chefe.

Gráfico 13

Proporção de Pessoas Residentes em Domicílios Particulares, por Condição na Família e Grupos de Idade do Chefe, Segundo Áreas
Estado de São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

• *Taxa de Chefia*

A taxa de chefia corresponde à proporção de pessoas que são chefes (5) e família, sendo calculada para a população, por faixas etárias.

Em São Paulo, a taxa de chefia masculina já alcança os 90% aos 35-39 anos. A maior taxa é observada aos 60-64 anos, a partir de quando começa a diminuir até aproximadamente 75% (Gráfico 14). Não se observa um diferencial significativo entre as taxas das diferentes áreas do Estado.

No sexo feminino, ao contrário do masculino, a taxa de chefia aumenta aos poucos, até alcançar quase 30% após os 65 anos — ou seja, é na terceira idade que a proporção de mulheres chefes é mais elevada, devido provavelmente à separação ou perda do marido e, portanto, à necessidade de se assumir o “comando” da casa, já que as mulheres viúvas ou separadas têm menor oportunidade ao recasamento que os homens. Uma análise das taxas de chefia segundo o estado conjugal seria interessante para elucidar tais questões.

Embora calculadas para o total da população, isto é, não discriminadas por idades, as taxas de chefia por estado conjugal (Tabela 13) apresentam diferenças interessantes quando combinadas com o sexo. Se for um homem e casado, a taxa tende a ser bastante elevada. Se do sexo feminino, sua condição como chefe quase inexistente. Mas, se a pessoa é separada, divorciada ou desquitada, a taxa de chefia é de 70% entre as mulheres e 52% entre os homens, confirmando a transferência de chefia com a mudança do estado conjugal. No caso de viuvez, a taxa é de aproximadamente 64%, se é homem e 60% se mulher. Os demais viúvos devem corresponder, é provável, às pessoas de mais idade, que podem estar vivendo na casa de seus filhos ou parentes e não apareceriam mais na condição de chefe. A taxa de chefia entre os solteiros é a mais baixa, ficando em torno de 8% para ambos os sexos.

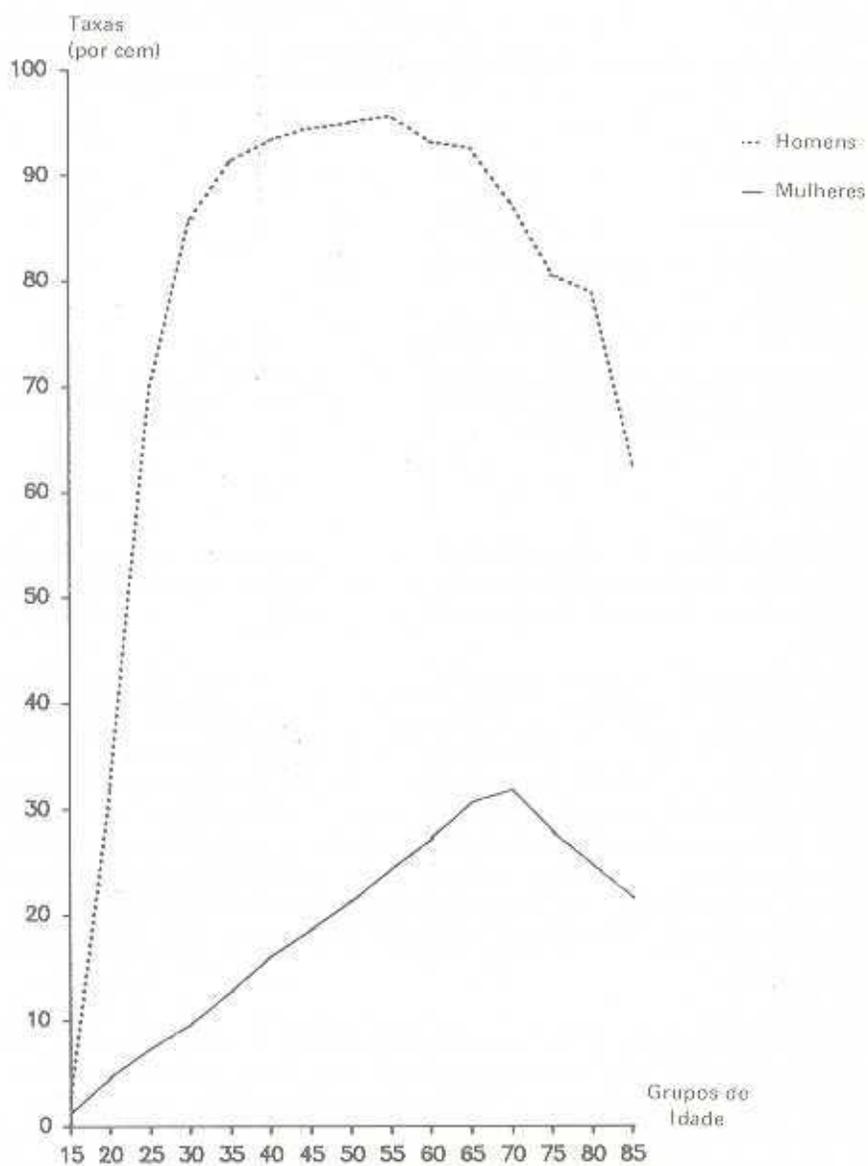
A reduzida proporção de mulheres jovens e chefes, é interpretado por Neupert et al. (1988), quando analisam as famílias do tipo matrifocal no Brasil (6), salientando que: “as mais jovens, além de menores recursos financeiros, possuem maior disponibilidade de parentes para acolhê-las, assim como sofrem maiores pressões sociais e familiares para compor outro domicílio”.

(5) Conforme a Metodologia do Censo Demográfico de 1980, chefe é o morador (homem ou mulher) responsável pelo domicílio, ou pela família, ou que assim fosse considerado pelas demais pessoas que ali residiam.

(6) Define-se como família matrifocal aquela chefiada por mulheres. Em Neupert et al. (1988), considerou-se como família matrifocal “aquela formada por uma mulher que não está em união conjugal e com pelo menos um filho menor de 15 anos”.

Gráfico 14

Taxas de Chefia de Família, por Sexo e Idade
Grande São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Tabela 13

Taxas de Chefia de Família (1), por Sexo, Segundo Estado Conjugal
Estado de São Paulo
1980

Estado Conjugal	Taxas de Chefia da Família	
	Homens	Mulheres
Total	65,1	10,4
Solteiro	8,9	8,5
Casado	93,2	0,4
Separado, Divorciado ou Desquitado	52,3	71,9
Víuvo	63,9	59,5

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, **Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.**

(1) Por 100 pessoas maiores de 15 anos.

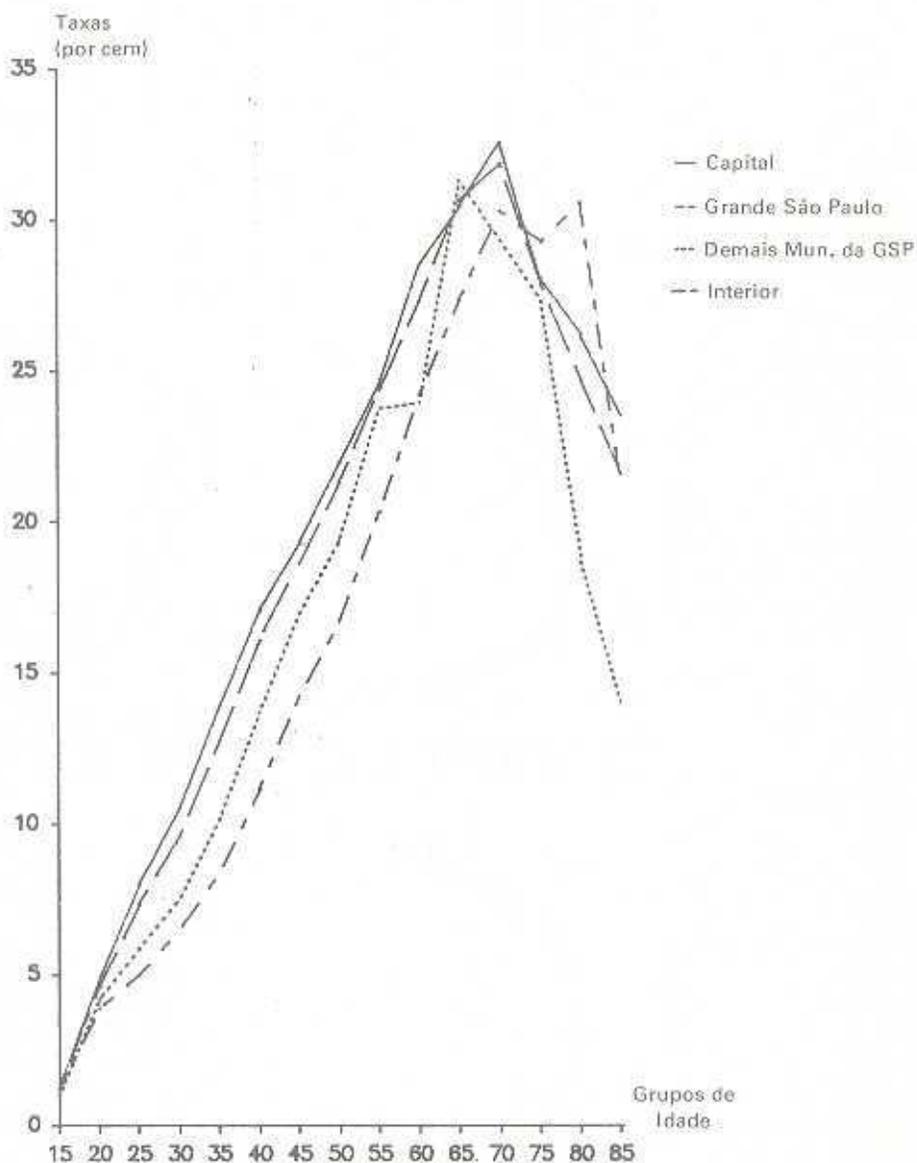
Fundamentam-se esses pesquisadores na consideração de que arranjos domiciliares são condicionados de três formas: fatores econômicos, fatores culturais e disponibilidade de domicílio de parentes.

As taxas femininas de chefia para distintas áreas são apresentadas no Gráfico 15, onde se observam com nitidez as diferenças existentes nas proporções de mulheres chefes residentes na Capital e no Interior de São Paulo. Tudo indica que na Capital, onde as mulheres são mais independentes economicamente, existe a principal possibilidade de sustentarem suas próprias famílias. Com isto concorda Barroso, ao afirmar que a chefia feminina é um fenômeno predominantemente urbano, dadas as maiores oportunidades de trabalho remunerado que as mulheres encontram nas cidades, fato este que lhes aumentaria as chances de manter domicílios com independência (Barroso, 1982).

Uma comparação entre as taxas de chefia de 1970 e 1980 indica que houve um ligeiro aumento das taxas masculinas nas idades mais avançadas, enquanto que no sexo feminino o aumento ocorreu em todas as idades e em todas as áreas (Gráfico 16). Tal fato, provavelmente relaciona-se com a maior incorporação das mulheres ao mercado de trabalho, assim como com a menor propensão destas em torno a casar, em comparação com os homens, possibilitando assim a formação de novas famílias. Pode ser também devido ao aumento das famílias unipessoais, como observa-se a seguir.

Gráfico 15

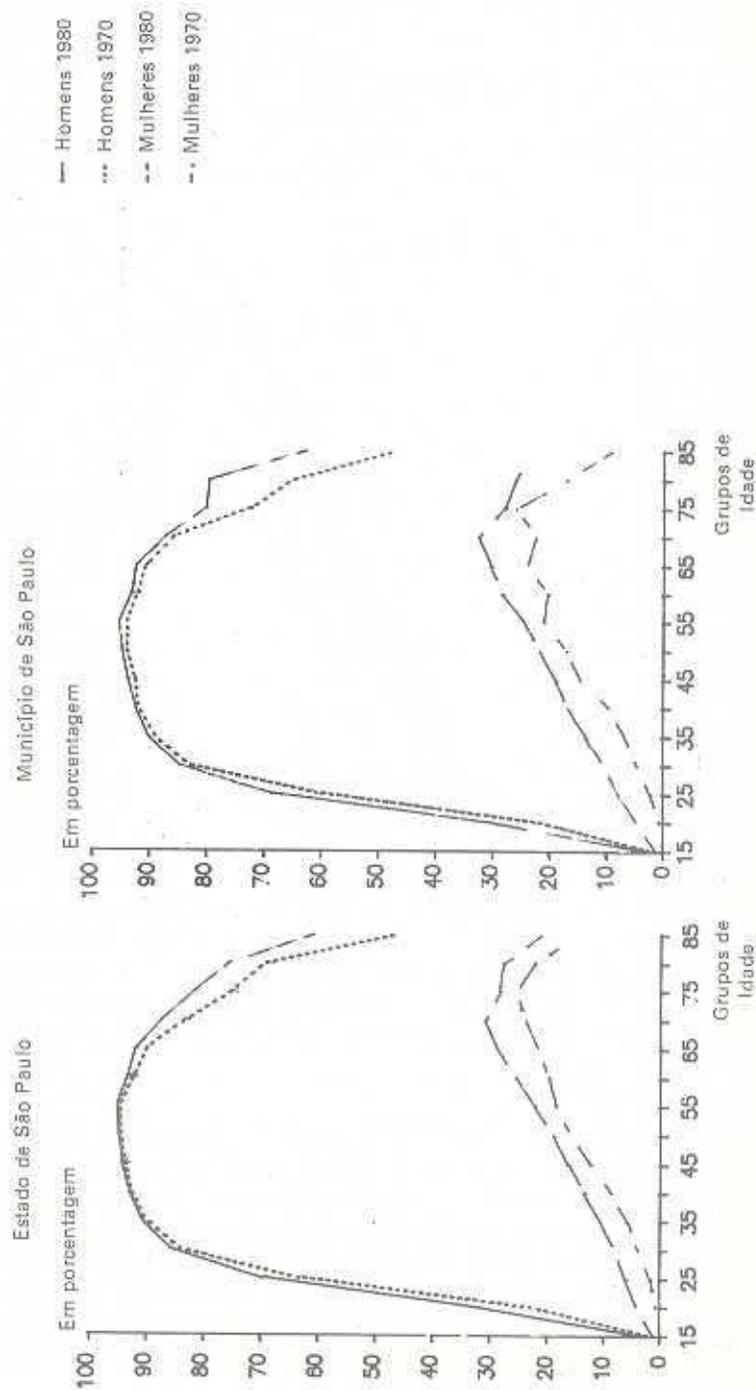
Taxas de Chefia Feminina de Família, por Idade, Segundo Áreas
Estado de São Paulo
1980

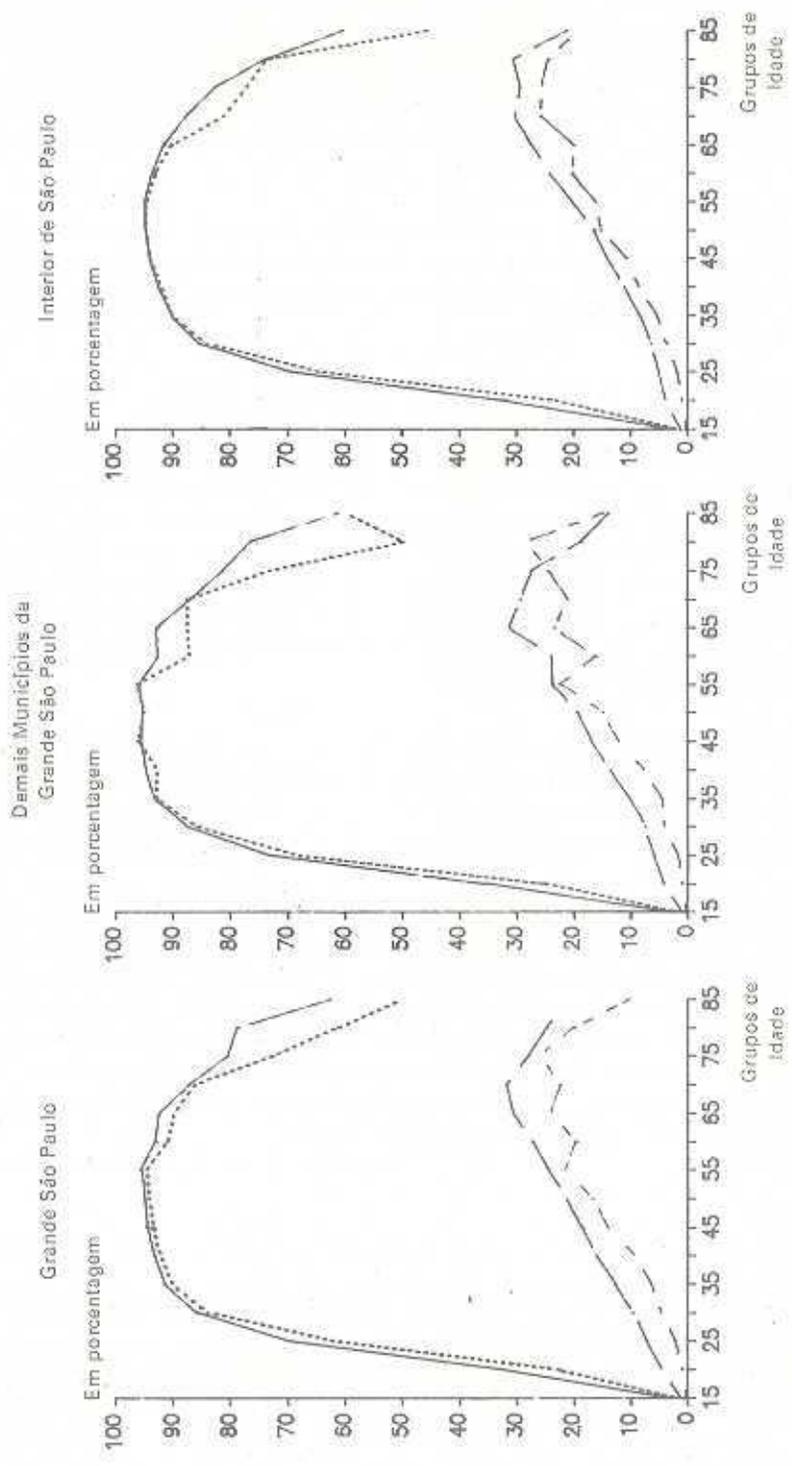


Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 16

Taxas de Chefia de Família, por Idade e Áreas, Segundo Sexo
Estado de São Paulo
1980





Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Tendências semelhantes podem ser observadas em Cuba, nas diversas áreas, embora em diferentes níveis. Lá, a taxa de chefia masculina dos idosos, que varia entre 70% e 80%, é menor que a de São Paulo. Já a taxa feminina cubana é mais elevada que a das idosas de São Paulo, pois alcança entre 40% e 45% nas idades mais avançadas, provavelmente pela maior incidência de divórcios (Castellón, 1987).

Dentre os chefes de famílias, com mais de 60 anos, existe uma classe especial: aqueles que vivem sós (7). A seguir, serão consideradas algumas características do contingente de idosos que habitam solitários só em domicílios particulares, em São Paulo (8).

Desde a década de 50, estão diminuindo as famílias grandes, com sete ou mais pessoas, dando lugar às famílias menores, compostas de duas a quatro pessoas. Entretanto, o maior crescimento, na década de 70, foi registrado pela família do tipo unipessoal, a uma taxa de 7,4% ao ano, correspondendo a 5,5% das famílias em 1980, com aproximadamente 340 mil famílias. Destas, 121 mil (ou um terço) correspondem às pessoas com mais de 60 anos, cujo crescimento foi superior à da média (9,0% ao ano). Comparando-se com os demais grupos etários, é neste em que aparece a maior proporção da população total que vive só: quase 8,0% dos idosos (Tabela 14), enquanto que nas outras idades não chega aos 2,5%.

Se os resultados encontrados em termos de País, por Berquó e Cazenaghi puderem ser aplicados também a São Paulo, a população idosa que aqui reside é composta, provavelmente, por uma maioria de mulheres viúvas, cujos filhos, se os tiveram, já saíram de casa, além daquelas solteiras e separadas.

Cabe agora entender como vivem estes idosos, quais as vantagens ou desvantagens de morar só, como é a sua relação com os demais parentes e como é resolvida a necessidade do apoio familiar, que será ainda maior caso tenha problemas econômicos e/ou de saúde. São aspectos que precisam ser esclarecidos, pois se observa um aumento rápido das famílias unipessoais compostas por um idoso. Por outro lado, se os idosos estão perdendo sua posição de chefe de família, é interessante saber qual a relação que passam a ter com o chefe e com a família a que pertencem.

(7) Uma análise detalhada sobre este segmento populacional foi realizada por Berquó e Cazenaghi (1988), com abrangência nacional.

(8) As informações aqui apresentadas se restringem àquelas obtidas diretamente da publicação, já que não foi possível preparar tabulações especiais, com resultados mais detalhados, relacionadas às famílias unipessoais residentes em domicílios particulares no Estado de São Paulo.

Tabela 14

Distribuição da População que Mora Sozinha e da População Total e Proporção de População que Mora Sozinha, Segundo Grupos de Idade Estado de São Paulo 1970-1980

Grupos de Idade	Em porcentagem						
	Distribuição no Estado de São Paulo				Proporção de População que Mora Sozinha		
	1970		1980		Estado de São Paulo		Brasil
	População que Mora Sozinha	População Total	População que Mora Sozinha	População Total	1970	1980	1980
Total	100,0	100,0	100,0	100,0			
15 a 29 Anos	17,5	43,9	18,1	45,6	0,6	0,8	0,8
30 a 59 Anos	51,5	46,8	46,3	45,0	1,6	2,1	2,1
60 Anos e Mais	31,0	9,3	35,6	9,4	4,9	7,8	8,5

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censos Demográficos de São Paulo e do Brasil de 1970 e 1980.**

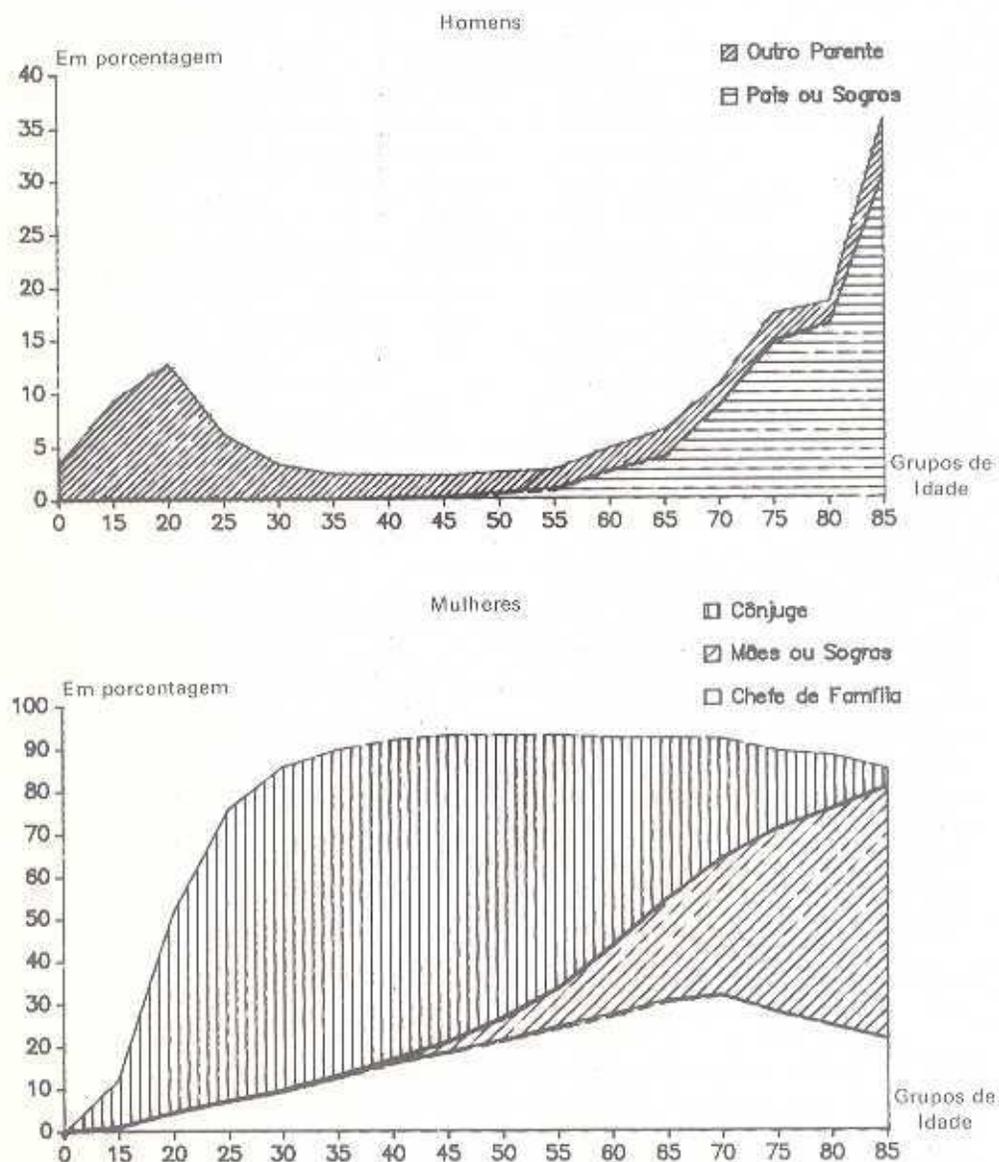
Antes desta consideração, vale observar que, embora a pessoa apareça em categorias distintas das de chefia, esta classificação é, muitas vezes, de caráter econômico, não refletindo o que de fato ocorre no interior da família. Embora o idoso não seja considerado em termos econômicos como chefe, pode continuar ocupando posição familiar de importância na qualidade de co-responsável pela tomada de decisões. Também não é possível esclarecer se, por questões econômicas, os pais foram morar com os filhos ou os filhos voltaram a morar junto com os pais, passando a se designar chefes. Seria interessante que este aspecto pudesse ser analisado em estudos, com entrevistas em profundidade, e que fosse comparado ao resultado obtido através dos dados censitários.

• *Outras posições do idoso na família*

Após os 60 anos, o homem passa também a compor a família na condição de "pai ou sogro" do chefe, assim como de "outro parente", embora em menor proporção. Na GSP, em 1980, os homens entre 60 e 64 anos aparecem como "pais ou sogros" apenas em 2,5 dos casos. Aos 75-79 anos, 15% já pertencem a esta condição, duplicando após os 85 anos. O peso correspondente a "outro parente" é constante após os 60 anos: em torno de 2,5% (Gráfico 17).

Gráfico 17

Proporção de Pessoas Residentes em Domicílios Particulares, por Sexo e Grupos de Idade, Segundo a Condição na Família Grande de São Paulo 1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Entre as mulheres, as taxas de chefia são mais baixas e, portanto, suas proporções nas demais categorias são maiores, comparadas às do sexo masculino. Desta forma, na faixa dos 60 a 64 anos, a metade das mulheres mantém-se na condição de cônjuge. À medida que envelhecem e pela morte do marido, diminui a proporção de cônjuges, passando de aproximadamente 50%, aos 60 a 64 anos, para 28% na faixa dos 70 a 74 anos e para 5% aos 85 anos e mais (Gráfico 17). Por outro lado, é crescente, com a idade, a proporção de mulheres que passam a pertencer à categoria de "mãe ou sogra" do chefe de família, pois entre 60 e 64 anos, 16,5% moravam com seus filhos ou genros; aos 85 anos, alcançavam os 60,0%, o dobro dos homens na mesma condição.

Ao se buscar algum diferencial regional na presença de pais (mães) e/ou sogros (sogra) nas famílias, observa-se que estes encontram-se em maior proporção no conjunto dos demais municípios da GSP. Como grande parte dos migrantes recentes concentram-se nestas áreas, é provável que tal característica esteja relacionada com o processo migratório. Os migrantes vêm acompanhados por parentes, que às vezes chegam posteriormente, e acabam por dividir o mesmo espaço, dadas as dificuldades que enfrentam na grande metrópole. Em seguida, a maior frequência de pais/sogros nas famílias ocorre na Capital, superando a do Interior de São Paulo.

Autores que desenvolveram análises sobre o arranjo estratégico para a sobrevivência tendem a ver como fator positivo a presença da mulher idosa junto à família dos filhos. É o que fazem, por exemplo, Bruschini e Madeira: "a presença de mães e sogras nas famílias significa um precioso auxílio para o grupo doméstico, à medida que este parente poderá ficar a cargo das atividades domésticas; entre elas o cuidado das crianças, liberando assim, a saída de outros indivíduos mais jovens do sexo feminino, cujas possibilidades de emprego fora do lar são mais compensadoras" (Bruschini & Madeira, 1981).

A esta afirmativa corresponde uma questão, que não se pretende aprofundar aqui, mas que é necessário apresentar. Até que ponto o idoso é "útil", isto é, pode contribuir nas tarefas domésticas ou participar da manutenção econômica da família e/ou do domicílio? De qualquer forma, a pergunta é aplicável ao sexo feminino, pois culturalmente à mulher se atribui o domínio do espaço doméstico e aos homens, o espaço social. Ou seja, mesmo que a mulher trabalhe ou tenha trabalhado fora de casa, cumpre a dupla jornada de trabalho, enquanto que o homem, uma vez liberado (ou expulso) do mercado formal de trabalho, não teria utilidade no espaço doméstico, que é designado à mulher. Não obstante, o homem, com a perda da esposa ou mesmo sem tê-la durante a sua trajetória de vida, tem raras oportunidades de envolver-se com as tarefas domésticas e serviços pessoais, ficando na dependência de familiares mulheres (irmã, mãe, tia, sobrinha, etc.; filhas, cunhadas, etc. - uma vez casado) ou de terceiros (serviçais, enfermeiras, etc.) principalmente quando alcançam a terceira idade (Yazaki & Melo, 1989).

Diante do que se conhece hoje sobre o quadro de morbidade enfrentado pelo idoso e a insuficiência da previdência social, faz sentido, sem dúvida, questionar esta utilidade, talvez apressadamente atribuída às mulheres idosas no seio das famílias. O peso dos idosos é cada vez maior na população e eles também estão sobrevivendo mais, embora não se saiba até que ponto com saúde ou satisfação. Como uma família deve apoiar seu idoso doente? Será ele mais um peso do que propriamente uma ajuda?

Para estas questões, os dados disponíveis não permitem respostas que fugiriam ao objetivo de caracterizar as famílias dos idosos. No entanto, considerou-se interessante apresentar as dúvidas questões que surgem quando se discute a presença crescente do idoso na sociedade e na família.

As informações sobre domicílios permitiram também caracterizar as famílias em "única" ou "convivente", categorias que expressam a existência de uma ou mais famílias residindo em um mesmo domicílio (9). Dados de 1970 e 1980 indicam que quase a totalidade da população pertencia às famílias únicas (aproximadamente 90% do total). Este percentual diminuiu quando a pessoa possui mais de 60 anos, entre 80 e 90%, pois passa a pertencer às famílias conviventes (Tabela 15). Este fato é mais acentuado nos municípios do Interior e no conjunto dos demais municípios da GSP, assim como é nestes últimos onde se observa um pequeno aumento dos idosos em famílias conviventes, entre 1970 e 1980.

As análises realizadas até esta altura permitiram identificar a pessoa idosa na família e a posição que ocupa, seja em famílias do tipo extensa ou nuclear. Seria possível, dependendo de recursos computacionais, para cada tipo de família (nuclear, extensa ou composta), determinar exatamente as pessoas com as quais os idosos convivem, isto é, quantos vivem só com o cônjuge, só com os filhos ou com a família dos filhos. Teríamos, assim, um primeiro panorama dos arranjos familiares dos residentes em São Paulo.

(9) Segundo Censo Demográfico de 1970 e 1980, classificou-se a família como **única** quando ocupasse sozinha um domicílio particular; e **convivente**, quando duas ou três famílias ocupassem um mesmo domicílio particular.

Tabela 15

Distribuição das Famílias Residentes em Domicílios Particulares, por Tipo, Segundo Áreas e Grupos de Idade
Estado de São Paulo
1970-1980

		Em porcentagem			
Áreas	Grupos de Idade	Distribuição de Famílias, por Tipo			
		1970		1980	
		Única	Convivente	Única	Convivente
Estado	Total	90,8	9,2	91,4	8,6
	Até 59 Anos	91,2	8,8	91,6	8,4
	60 Anos e Mais	85,7	14,3	87,2	12,8
Grande São Paulo . . .	Total	89,2	10,8	92,0	8,0
	Até 59 Anos	89,5	10,5	92,2	7,8
	60 Anos e Mais	83,8	16,2	88,0	12,0
Capital	Total	88,1	11,9	91,8	8,2
	Até 59 Anos	88,4	11,6	92,0	8,0
	60 Anos e Mais	83,3	16,7	88,7	11,3
Demais Municípios da GSP	Total	92,0	8,0	92,2	7,8
	Até 59 Anos	92,3	7,7	92,5	7,5
	60 Anos e Mais	85,7	14,3	86,1	13,9
Interior	Total	92,2	7,8	90,8	9,2
	Até 59 Anos	92,8	7,4	91,1	8,9
	60 Anos e Mais	87,2	12,8	86,5	13,5

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censos Demográficos do Estado de São Paulo de 1970 e 1980.

● *Algumas Considerações*

As condições do idoso na família são substancialmente diferentes no caso de homens e mulheres. Do total de idosos homens (714.969) residentes no Estado de São Paulo em 1980, a imensa maioria, quase 90%, eram chefes de família; os 10% restantes estavam na categoria de "outros parentes", em geral como pais ou sogros. Entre as mulheres, a situação se inverte: apenas 27,2% são chefes, enquanto que 72,8% estão na condição de cônjuges, mães/sogras ou outros parentes (Tabela 16), situação bem semelhante à da GSP.

Tabela 16

Alguns Indicadores da Composição da Família, por Grupos de Idade,
Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1980

Indicadores	Grupos de Idade			
	15 a 59 Anos		60 Anos e Mais	
	Nºs. Absolutos	%	Nºs. Absolutos	%
Estado de São Paulo				
Sexo	14.922.272	100,0	1.547.750	100,0
Homens	7.386.935	48,5	714.969	46,2
Mulheres	7.535.337	50,5	832.781	53,8
Chefia de Família	5.275.570	35,4	866.275	56,0
Homens	4.830.355	62,7	640.159	89,5
Mulheres	645.215	8,6	226.116	27,2
Tamanho da Família	5.275.570	100,0	866.275	100,0
Unipessoal	218.963	4,2	120.901	14,0
2 Pessoas	799.812	15,2	319.194	36,8
3 Pessoas	1.108.027	21,0	186.916	21,6
4 Pessoas	1.190.378	22,6	106.396	12,3
5 Pessoas	854.358	16,2	59.508	6,9
6 Pessoas	489.540	9,3	32.889	3,8
7 Pessoas e Mais	614.492	11,5	40.471	4,6
Tipo de Família	5.275.570	100,0	866.275	100,0
Única	4.771.146	90,4	752.627	86,9
Convivente	504.424	9,6	113.648	13,1
Grande São Paulo				
Sexo	7.577.398	100,0	692.654	100,0
Homens	3.704.431	48,9	302.602	43,7
Mulheres	3.872.967	51,1	390.052	56,3
Chefia de Família	2.715.533	35,8	382.585	55,2
Homens	2.332.811	63,0	270.610	89,4
Mulheres	382.722	9,9	111.975	28,7
Tipo de Família	2.715.533	100,0	382.585	100,0
Única	2.479.232	91,3	334.712	87,5
Convivente	236.301	8,7	47.873	12,5

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

A taxa de chefia, para ambos os sexos, vem crescendo com algumas diferenças. Nos dois casos, parece haver uma tendência de os idosos se separarem dos filhos, passando a morar em domicílios distintos, sós ou com um agregado ou parente. Quanto aos homens, é possível que este crescimento revele também um aumento nos índices de recasamento. O tamanho das famílias de idosos e idosas vem diminuindo, ou seja, eles convivem cada vez mais com um número menor de filhos. Isto se confirma na Tabela 16, onde mais de 70% das famílias com chefe maior de 60 anos tem até três pessoas, percentual este que não atinge os 45% quando chefiadas por pessoas de até 59 anos.

Quando os dados do Estado de São Paulo são desagregados segundo três áreas – Capital, Interior e demais municípios da GSP –, é possível detectar algumas diferenças nas tendências descritas. Tais diferenças, ainda que pequenas e baseadas em dados agregados, permitem duas especulações interessantes. A primeira é de que a maior frequência de convívio domiciliar do idoso com os filhos, nos dias de hoje, nos demais municípios da GSP, em comparação com as duas áreas consideradas, tem a ver, também, com as condições gerais de pobreza que predominam nessa área geográfica, assim como na periferia da Capital (10).

A segunda, que o fato de morar em domicílio isolado dos filhos não deveria ser, como tem sido colocado, motivo de preocupação quanto ao idoso, sobretudo quando se visa a seu bem-estar.

De fato, a tendência observada nos países desenvolvidos e sentida desde há pouco nos países em desenvolvimento, de que os idosos convivam em famílias cada vez menores ou morem em domicílios próprios tem sido motivo de inquietação entre os responsáveis por definir ações e intervenções no campo das políticas para idosos. Entretanto, o crescimento deste fenômeno exatamente nos espaços mais privilegiados do Estado em termos de condição de vida sugere que talvez "o melhor apoio" ao idoso não seja, de modo necessário, o convívio na mesma residência, embora ele não prescindia do "apoio familiar". Em outros termos, os planejadores da área tendem a cair no engano comum de confundir família e domicílio, esquecendo que o apoio familiar, sobretudo na relação com o idoso, extrapola em muito o espaço domiciliar. Talvez este novo arranjo expresse o desejo que o idoso tem de possuir sua própria casa, na tentativa de preservar sua individualidade, morando a curta distância dos filhos.

Um importante passo seria a realização de pesquisas qualitativas, em que as redes familiares de apoio ao idoso fossem analisadas com mais profundidade. Assim, ter-se-iam subsídios para encontrar algumas respostas para questões do tipo: quantos contam com a família? Que tipo de apoio espe-

(10) Ver Diferenças Intra-Regionais na Grande São Paulo, a seguir.

ram? Como deve ser a relação entre as instâncias da família, da comunidade e do Estado? (11).

Bibliografia

- ALTMANN, A.M.G. (1978). Aspectos formais para o estudo da fecundidade e nupcialidade. In: ABEP. **Anais do Primeiro Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, ABEP, p. 310-379.
- . (1985a). A demografia "formal" da família: técnicas e dados censitários. **Informe Demográfico**. São Paulo, (17).
- . (1985b). A informação da família no censo demográfico. **Informe Demográfico**. São Paulo, (17).
- . (1985c). Estrutura familiar e transição demográfica: o caso do Brasil. **Informe Demográfico**. São Paulo, (17).
- BERQUÓ, E.S. & LEITE, V.M. (1988). Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ciência e Cultura**. São Paulo, 40(7): 679-688.
- BERQUÓ, E.S. & CAZENAGHI, S.M. (1988). Oportunidades e fatalidades: um estudo demográfico das pessoas que moram sozinhas. In: ABEP. **Anais do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, ABEP, v. 1, p. 155-181.
- BRUSCHINI, C. & MADEIRA, F.R. (1983). **A família, a estrutura social e as formas de participação na produção social**. CERU Cadernos, São Paulo, (18).
- CASTELLÓN, R.H. (1987). **Los problemas del desarrollo y el envejecimiento de la población: la experiencia cubana**. (Apresentado em: V Conferência Científica de Ciências Sociais, Universidad de La Habana - Habana, Cuba, fev. 1987).
- CASTRO, M.G. & SIMÕES, C.C.S. (1980). Características da família no Brasil e nas Regiões Metropolitanas. **Revista Brasileira de Estatística**, Rio de Janeiro, 41 (161).

(11) Vale dizer que tal interesse já está sendo formulado num estudo de caso sobre "arranjos familiares" em Yazaki & Melo (1989).

- CELADE (1982). Envejecimiento de la población en América Latina. Santiago, CEPAL (Reunión Regional Latinoamericana Preparatória de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, San Jose, 9-13 marzo 1982).
- CERECEDA, L.E. (1979). Enfoque socioeconómico de los ancianos en Chile. In: AGUIRRE, M. (org.) **La vejez marginada**; situación del anciano en Chile. Santiago (Chile), p. 39-55.
- EL-BADRY, M.A. (1986). Aging in developing countries: one more population problem? Cairo, Cairo Demographic Centre (**CDC Working Papers**, Cairo, 13).
- LEVY, M.S.F. (1974). O papel da migração internacional na evolução da população brasileira (1872-1972). **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, (Suplemento):49-90, junho.
- LOURENÇO FILHO, M.B. (1941). Tendências da educação brasileira. In: IBGE. **O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e a Educação**. Rio de Janeiro, IBGE, 1:408-428.
- MADEIRA, F.R. (1978). Notas preliminares sobre a evolução da idade média ao casar no Estado de São Paulo neste século: algumas contribuições à perspectiva histórico-estrutural. In: ABEP. **Anais do Primeiro Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, ABEP, p. 437-453.
- MARTINE, G. & CAMARGO, L. (1984). Crescimento e distribuição da população brasileira. **Revista Brasileira de Estudos da População**. Campinas, 1(1/2):99-143, jan./dez.
- MÉDICI, A.C. (1984). Notas interpretativas sobre a variável "renda" nos Censos Demográficos. In: ABEP. **Censos Consensos Contra-Sensos**. São Paulo, ABEP.
- NACIONES UNIDAS (1984). **Documentos principales de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**. Paris, Centro Internacional de Gerontologia Social.
- NEUPERT, R.F. et al. (1988). Os arranjos domiciliares das famílias matrilocais. In: ABEP. **Anais do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, ABEP, v. 1.
- ORTIZ, L.P. & YAZAKI, L.M. (1984). Tábuas de mortalidade para o Estado e regiões administrativas de São Paulo, 1979/81. **Informe Demográfico**. São Paulo, (14):1-117.
- PAGTOLUN-AN, I. (1989). **Growing old in Philipinas**. Belo Horizonte, dez. (mimeo).

- PAIVA, P.T.A. (1986). Cinquenta anos de crescimento populacional e absorção de mão-de-obra no Brasil: 1950 a 2000. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Campinas, (3):63-86, jan./jun.
- SANTOS, J.L.F. (1978). Demografia: estimativas e projeções. São Paulo, FAU/USP (PRODEUR, Cadernos de Estudos e Pesquisas, 1).
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Economia e Planejamento (1977). **Tábuas Abreviadas de Mortalidade para o Estado de São Paulo: 1940/1950/1960/1970**. São Paulo, set.
- VERAS, R.P. et al. (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, (21): 225-33.
- YAZAKI, L. M. & MELO, A.V. (1989). Perspectivas atuais e o papel da família frente ao envelhecimento populacional: um estudo de caso (mimeo).



Diferenças Intra-Regionais na Grande São Paulo

Antonio Benedito Marangone Camargo
Lúcia Mayumi Yazaki

A realização de trabalho recente trouxe informações, que apontavam uma disparidade muito grande nas condições de vida das pessoas que estavam na faixa de 0 a 19 anos, nas diversas áreas desta região. À medida que se afastava das áreas centrais a piora de tais condições era evidente, coincidindo com a maior presença de jovens na população (Camargo & Montali, 1988).

E com a população mais idosa, tal situação se repetiria? O fato de pertencerem a outra geração, para a qual os problemas eram mais acentuados e o acesso a equipamentos de ensino e saúde mais difícil, tornaria os idosos mais homogêneos? Alguns resultados já apresentados mostram que os diferenciais também existem com relação aos idosos. Em termos sócio-econômicos, pode-se constatá-los pela simples comparação dos indicadores da Capital com os dos demais municípios da GSP e com o Interior.

Em termos de distribuição espacial da população idosa, viu-se também que era mais representativa na área central da GSP, comportamento oposto ao observado quanto aos jovens. Essa constatação avulta quando são destacados alguns resultados obtidos dos censos demográficos para áreas menores que as relacionadas anteriormente, ainda que não se tenha utilizado distritos, subdistritos e municípios isolados, mas algumas agregações. Foram definidas 14 áreas englobando subdistritos, distritos e municípios, buscando reunir áreas da GSP que apresentavam características demográficas semelhantes e que permitissem observar importantes diferenciais entre elas. Uma primeira agregação feita pela Fundação IBGE permite elaborar tabulações especiais, para áreas geográficas menores. Destas 14 áreas consideradas, seis são da Capital e oito dos demais municípios da região. Procurou-se manter a caracterização de áreas centrais, intermediárias e periféricas, que se encontram relacionadas no Mapa 1 e na Tabela 1. As informações apresentadas são estado conjugal, alfabetização, rendimento e atividade, que haviam sido antes destacadas para áreas maiores, bem como o índice de masculinidade e os bens disponíveis em seus domicílios.

Mapa 1
 Região Desagregada Segundo Áreas Homogêneas
 Grande São Paulo
 1980

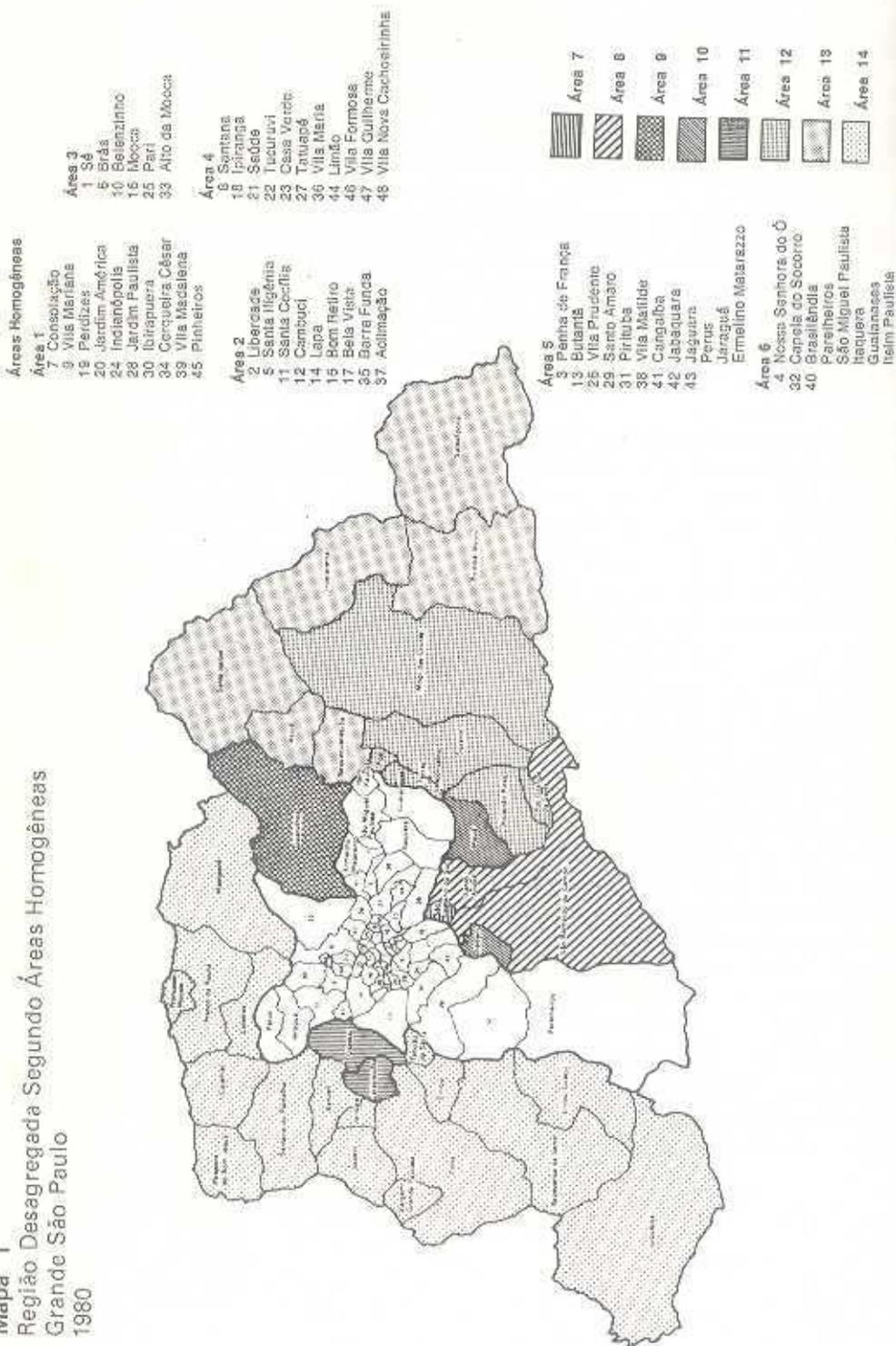


Tabela 1

População Total, População de 60 Anos e Mais e Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total
Áreas Homogêneas (1) da Grande São Paulo
1980

Áreas Homogêneas	População Total (A)	População de 60 Anos e Mais (B)	B/A (%)
Total	12.588.725	717.064	5,7
Área 1	882.275	91.378	10,4
Consolação	72.372	9.294	12,8
Vila Mariana	108.282	12.886	11,9
Cerqueira César	85.447	7.722	11,8
Jardim Paulista	116.450	13.127	11,3
Pinheiros	47.129	5.297	11,2
Jardim América	55.291	6.113	11,1
Perdizes	127.935	13.652	10,7
Instanópolis	82.658	8.156	9,9
Vila Madalena	48.296	4.068	8,4
Ibirapuera	158.415	11.362	7,2
Área 2	444.964	48.135	10,8
Santa Cecília	84.956	10.229	12,0
Aclimação	95.364	6.573	11,9
Barra Funda	30.685	3.615	11,8
Bom Retiro	25.668	2.964	11,8
Cambuci	53.590	6.186	11,5
Bela Vista	79.367	8.164	10,3
Santa Ifigênia	42.551	4.177	9,8
Liberdade	73.383	6.227	8,5
Área 3	306.424	33.667	11,0
Belenzinho	49.273	6.446	13,1
Parí	27.748	3.367	12,1
Mooça	36.175	4.067	11,2
Álto da Mooça	136.433	14.124	10,4
Sé	8.207	854	10,4
Brás	48.588	4.809	9,9

(Continua)

Tabela 1

População Total, População de 60 Anos e Mais e Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total
Áreas Homogêneas (1) da Grande São Paulo
1980

Áreas Homogêneas	População Total (A)	População de 60 Anos e Mais (B)	B/A (%)
Área 4	2.048.254	146.879	7,2
Ipiranga	179.353	16.649	9,3
Tatuapé	279.757	22.695	8,1
Saúde	289.027	22.368	7,7
Casa Verde	110.834	8.416	7,6
Vila Guilherme	77.120	5.708	7,4
Santana	274.101	19.293	7,0
Vila Maria	131.851	8.668	6,6
Limão	86.034	5.223	6,1
Tucuruví	463.262	28.462	6,1
Vila Formosa	119.704	7.353	6,1
Vila Nova Cachoeirinha	37.411	2.044	5,5
Área 5	2.971.305	154.192	5,2
Lapa	135.515	14.590	10,8
Penha de França	142.656	12.290	8,6
Vila Jaguará	71.841	4.138	5,8
Vila Prudente	496.537	27.957	5,6
Cangaíba	75.244	4.244	5,6
Pirituba	117.773	6.521	5,5
Vila Matilde	239.739	12.384	5,2
Jabaquara	266.906	13.926	5,2
Butantã	318.421	15.293	4,8
Ermelino Matarazzo	241.652	10.432	4,3
Perus	48.403	2.101	4,3
Santo Amaro	765.743	28.523	3,7
Jaraguá	51.075	1.813	3,5
Área 6	1.840.004	64.266	3,5
Nossa Senhora do Ó	173.856	9.788	5,6
Parelheiros	27.310	1.302	4,8
São Miguel Paulista	320.132	11.534	3,6
Itaquera	414.888	14.405	3,5
Brasilândia	176.269	6.090	3,5
Guaiianases	150.437	4.491	3,0
Capela do Socorro	452.041	13.014	2,9
Itaim Paulista	125.071	3.642	2,9

(Continua)

Tabela 1

População Total, População de 60 Anos e Mais e Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total
Áreas Homogêneas (1) da Grande São Paulo
1980

Áreas Homogêneas	População Total (A)	População de 60 Anos e Mais (B)	B/A (%)
Área 7	163.082	13.093	8,0
São Caetano do Sul	163.082	13.093	8,0
Área 8	978.674	49.243	5,0
Santo André	553.072	31.990	5,8
São Bernardo do Campo	425.602	17.253	4,1
Área 9	532.726	20.348	3,8
Guarulhos	532.726	20.348	3,8
Área 10	434.400	12.782	2,9
Mauá	205.740	6.867	3,3
Diadema	228.660	5.915	2,6
Área 11	660.359	24.172	3,7
Osasco	454.543	18.812	4,0
Carapicuíba	185.816	5.360	2,9
Área 12	483.465	23.796	4,9
Mogi das Cruzes	197.946	11.004	5,6
Ribeirão Pires	56.532	2.803	5,0
Poá	52.783	2.507	4,7
Suzano	101.056	4.682	4,6
Ferraz de Vasconcelos	55.056	2.094	3,8
Rio Grande da Serra	20.093	706	3,5
Área 13	158.698	7.696	4,8
Salesópolis	10.853	801	7,5
Guararema	15.103	1.114	7,4
Biritiba-Mirim	13.377	802	6,0
Santa Isabel	29.017	1.631	5,6
Arujá	17.484	919	5,3
Itaquaquecetuba	73.064	2.429	3,3

(Continua)

Tabela 1

População Total, População de 60 Anos e Mais e Proporção da População de 60 Anos e Mais na População Total
Áreas Homogêneas (1) da Grande São Paulo
1980

Áreas Homogêneas	População Total (A)	População de 60 Anos e Mais (B)	B/A (%)
Área 14	684.095	27.117	4,0
Pirapora do Bom Jesus	4.804	336	7,0
Franco da Rocha	50.801	3.102	6,1
Santana do Parnaíba	10.081	552	5,5
Mairiporã	27.541	1.515	5,5
Cabeiras	25.152	1.356	5,4
Embu-Guaçu	21.043	1.137	5,4
Juquitiba	12.492	672	5,4
Cotia	62.952	2.860	4,5
Itapevi	53.441	2.232	4,2
Cajamar	21.941	891	4,1
Itapeerica da Serra	80.476	2.425	4,0
Francisco Morato	28.537	1.056	3,7
Barueri	75.338	2.596	3,4
Jandira	36.043	1.069	3,0
Taboão da Serra	97.655	2.833	2,9
Embu	95.800	2.485	2,6

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980. (Conclusão)

(1) Compreendem distritos, subdistritos e municípios.

Índice de Masculinidade

Observa-se que nas áreas centrais da GSP, em subdistritos que pertencem ao Município de São Paulo, há entre a população total maior número de mulheres, principalmente na faixa etária de 60 anos e mais. Na área denominada 1, o índice era de 77 homens para 100 mulheres, quando se considera toda a população, e 65 junto às pessoas de 60 anos ou mais. À medida que se afasta dessa área, os índices de masculinidade aumentam, dentro do Município de São Paulo, nas populações consideradas, aproximando-se, nas áreas mais periféricas, de 100 no total de habitantes e de 82 para os idosos.

Nos demais municípios da GSP, só na denominada área 7 (São Caetano do Sul) o número de mulheres é superior ao de homens. O índice de masculinidade entre os idosos, chegando perto de 73, era o menor desta parte da GSP (Tabela 2).

Tabela 2

Índices de Masculinidade (1) da População Total e da População de 60 Anos e Mais

Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980

Áreas Homogêneas	Índices de Masculinidade	
	População Total	População de 60 Anos e Mais
1	77,0	65,0
2	86,9	69,8
3	95,1	75,2
4	94,5	76,1
5	97,2	78,4
6	99,6	81,8
7	97,9	72,7
8	101,5	84,5
9	101,0	78,2
10	105,8	83,2
11	101,4	83,6
12	101,8	97,2
13	105,5	103,8
14	104,4	90,9

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

(1) Para cada 100 mulheres.

Em Guarulhos (área 9), o índice, entre os idosos, alcançava 78. Nas áreas que circundam o Município de São Paulo – como Santo André/São Bernardo do Campo (área 8), Diadema/Mauá (área 10) e Osasco/Carapicuíba (área 11) – aproximava-se de 84. Era maior que 90 nas demais áreas e até ultrapassava 100 em municípios onde ainda há uma certa população rural, como no extremo leste da GSP (área 13).

Estado Conjugal

O exame dos dados sobre o estado conjugal em áreas menores e internas da GSP mostram algumas diferenças significativas. A exemplo do que se constata para o País e o Estado de São Paulo, os percentuais de homens que permanecem casados após os 60 anos são bem superiores ao de mulheres, em todas as 14 áreas consideradas. Enquanto o percentual mínimo de homens casados é de cerca de 75%, o de mulheres é de 31% e não ultrapassa a 41% em 1980. Já a proporção de viúvos oscila entre os 10 e 13%, mas entre as mulheres é superior a 40% e aproxima-se de 50% em várias das áreas apresentadas, como mostra a Tabela 3.

Destaca-se também o expressivo percentual de mulheres solteiras nas áreas centrais da GSP, superando os 12%. Entre os homens, os solteiros chegam a alcançar 8% em duas das áreas destacadas.

Em apenas uma das áreas centrais do Município de São Paulo (área 3), os percentuais de mulheres casadas e viúvas se aproximam. Nas demais áreas centrais, nas periféricas e em áreas de alto crescimento populacional – como Diadema/Mauá e Osasco/Carapicuíba –, os diferenciais são muito altos. Na parte central da Capital, existe um maior número de mulheres solteiras (diminuindo, assim, os percentuais de mulheres casadas), enquanto nas demais áreas a mortalidade e migração devem influenciar os dados relativos ao estado conjugal. Quanto aos percentuais de descasados, estes são bastante reduzidos, poucas vezes ultrapassando os 5%.

Tabela 3
 Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Sexo e Estado Conjugal
 Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
 1980

Em porcentagem

Áreas Homogêneas	Estado Conjugal													
	Casados		Viúvos		Solteiros		Separados, Desquitados e Divorciados		Sem Declaração					
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres				
1	61,4	33,3	10,5	46,9	4,8	13,2	1,8	4,6	1,5	2,0				
2	74,6	33,1	9,8	48,1	8,9	13,2	5,0	4,1	1,7	1,5				
3	76,8	41,1	11,7	42,1	8,4	12,1	1,3	2,5	1,7	2,2				
4	80,2	37,3	13,2	50,3	3,9	6,2	1,8	4,1	0,9	1,9				
5	77,2	33,5	12,5	50,5	5,0	6,6	3,5	4,8	1,8	4,6				
6	81,3	36,1	10,5	50,2	2,9	4,7	3,4	5,8	1,9	3,2				
7	83,0	40,4	10,9	49,4	4,2	3,5	1,6	3,3	0,3	3,4				
8	82,0	40,6	11,1	47,6	3,1	5,3	2,3	4,3	1,5	2,2				
9	81,4	35,2	11,9	52,4	2,2	4,3	2,9	3,3	1,6	4,8				
10	78,2	31,1	11,7	56,8	2,8	3,8	4,1	6,5	3,2	2,8				
11	77,1	36,3	12,5	54,5	5,2	3,5	4,2	3,4	2,0	2,3				
12	76,0	40,4	12,3	48,0	6,9	4,2	2,5	3,6	2,3	8,8				
13	79,9	40,6	12,9	41,8	5,3	5,4	1,0	5,1	0,9	7,1				
14	84,9	35,4	13,3	47,4	6,4	7,4	2,4	4,9	3,1	4,9				

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Alfabetização

Quanto à alfabetização, a situação se mostra bastante heterogênea na GSP, ainda em 1980. Na sua parte central, constituída pelos subdistritos da Capital e pelas áreas enumeradas de 1 a 3, as pessoas de 60 anos e mais que sabem ler e escrever são mais de 80%. Isso é digno de nota, pois viu-se que, no País e no Estado de São Paulo, grandes parcelas dessa população não tiveram acesso à escola. Nas áreas periféricas da Capital e naqueles municípios da GSP, que, nas décadas de 70 e 80 se caracterizaram por elevado crescimento populacional, esses percentuais se reduzem a cerca de 50% (Tabela 4). Tal fato poderia ser justificado, em parte, pela chegada de imigrantes provenientes de regiões com menor grau de alfabetização e também menor rendimento, instalando-se em áreas de ocupação mais recente.

Tabela 4

Proporção de Pessoas de 60 Anos e Mais que Sabem Ler e Escrever, por Anos de Estudo
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980

Áreas Homogêneas	Sabem Ler e Escrever	Anos de Estudo das Pessoas de 60 Anos e Mais que Sabem Ler e Escrever					Em porcentagem
		Menos de 1	1 a 4	5 a 8	9 ou Mais	Sem Declaração	
1	93,3	3,9	38,0	19,6	31,6	0,2	
2	89,5	4,5	48,2	15,9	20,7	0,2	
3	80,3	7,4	58,4	8,2	5,3	0,0	
4	72,5	9,2	50,9	7,2	5,1	0,1	
5	64,7	9,8	44,7	6,3	3,3	0,0	
6	62,4	9,7	38,2	2,9	1,6	0,0	
7	66,0	13,2	45,0	5,4	2,2	0,2	
8	63,2	9,7	45,0	5,6	2,8	0,0	
9	63,6	10,1	38,6	2,6	2,3	0,0	
10	49,7	8,5	35,6	3,5	2,1	0,0	
11	50,5	9,6	38,2	1,8	0,9	0,0	
12	58,6	9,2	38,8	6,6	4,2	0,0	
13	40,9	8,6	27,3	2,7	2,3	0,0	
14	49,3	7,8	34,0	4,6	2,8	0,1	

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Quanto ao número de anos de estudo das pessoas de 60 anos e mais, destaca-se que no grupo de subdistritos considerado como o mais privilegiado da região (Jardim América, Perdizes, Cerqueira César, Jardim Paulista, etc.), cerca de um terço delas completaram pelo menos o 2º grau. À medida que nos afastamos dessa área, os percentuais de pessoas com maior nível de instrução diminuem rapidamente. Na parte mais periférica da Capital e em várias áreas da GSP, apenas uns 2% das pessoas idosas tinham no mínimo o 2º grau.

Atividade e Rendimento

As taxas de atividade das 14 áreas consideradas mostram também diferenças apreciáveis (Tabela 5). Nas partes centrais da GSP, onde se observam maiores níveis de alfabetização, constata-se que as taxas de atividade são maiores, aproximando-se dos 50% entre os homens e de 10% entre as mulheres. Esse comportamento vai ao encontro da observação dos resultados da Costa Rica e Argentina, que indicavam as maiores taxas de atividade entre as populações que tinham mais anos de estudo (Celade, 1982).

Tabela 5

Taxas de Atividade da População de 60 Anos e Mais, por Sexo
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980

Áreas Homogêneas	Taxas de Atividade		
	Homens	Mulheres	Total
1	46,6	10,4	24,8
2	45,3	10,5	24,8
3	35,9	6,0	18,8
4	32,9	6,5	17,9
5	34,9	5,3	18,3
6	34,9	5,3	18,6
7	22,0	4,4	12,2
8	21,3	2,6	11,2
9	33,1	9,0	19,6
10	31,9	2,3	15,8
11	27,8	3,3	14,4
12	36,5	4,4	20,2
13	45,7	5,3	26,4
14	42,4	6,1	23,4

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Os municípios mais industrializados, como São Bernardo do Campo, Santo André e São Caetano do Sul, apresentavam as menores taxas de atividade masculina, na faixa etária de 60 anos ou mais, aproximando-se de apenas 23%, ou seja, metade dos percentuais observados na área central do Município de São Paulo. Esses percentuais aumentam para mais de 40% nos municípios onde a população rural ainda é importante, como nas áreas localizadas a leste da GSP, ou em suas partes mais extremas (Tabela 5).

Quanto às atividades exercidas pelas pessoas de 60 anos e mais, as diferenças entre as áreas também são muito importantes. O setor primário aparece com percentual significativo, em termos de emprego, apenas nas áreas mais afastadas, onde ocupa de 16% a 41% das pessoas idosas (Tabela 6).

Já o setor industrial tem maior importância em municípios como Diadema e Mauá, onde respondia por metade das pessoas ocupadas de 60 anos e mais. Os menores percentuais estão na área central da GSP e nos municípios onde a industrialização tem menor presença.

Os percentuais do comércio e da prestação de serviços são bastante importantes, aparecendo entre os maiores em várias áreas.

Destacam-se ainda os grandes percentuais de pessoas que exercem atividades sociais, entre os residentes da área central da GSP (de 12% a 16%). Neste grupo, incluem-se os profissionais liberais como médicos, dentistas, etc., e ainda os ligados ao ensino público e particular com maior nível de instrução e que muitas vezes se mantêm em atividade além dos 60 anos.

A constatação da melhor situação educacional e tipo de atividade nas áreas centrais da GSP reflete-se, é óbvio, nos rendimentos de seus habitantes. Assim é que quase 40% das pessoas de 60 anos e mais daquela área de melhor nível educacional (área 1) recebiam mais de cinco salários mínimos por mês e menos de 20% até dois salários mínimos. Nas outras áreas, a situação se altera de modo expressivo: em várias delas, os percentuais dos que recebiam mais de cinco salários mínimos não ultrapassava 5%, estando a grande maioria incluída na faixa de menor rendimento (Tabela 7).

As informações apresentadas indicam que as carências se sobrepõem, visto que as áreas de baixos índices de alfabetização coincidem com as de pequenos rendimentos da população idosa, bem como no tipo de atividade exercida.

Quando se observam os equipamentos disponíveis nos domicílios dessas áreas, a situação de carência se mostra ainda mais clara nas regiões periféricas.

O primeiro exemplo disso se dá em termos de abastecimento de água, em 1980, nos domicílios onde residiam pessoas idosas: em várias áreas, a rede de água - um elemento básico para a própria saúde da população - chegava a quase 100% dos domicílios, mas, em municípios localizados nos extremos leste e oeste, só alcançava por volta dos 50% (Gráfico 1).

Tabela 6
 Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Setores de Atividade
 Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
 1980

Em porcentagem

Áreas Homogêneas	Setores de Atividade									
	Agricultura, Pecuária e Ext. Vegetal	Atividades Industriais	Comércio	Transportes e Comunicações	Prestação de Serviços	Atividades Sociais	Administração Pública	Outras Atividades		
1	2,6	21,1	16,2	1,0	28,0	16,3	5,2	9,6		
2	1,3	22,6	20,7	2,0	27,8	12,5	6,2	6,9		
3	-	34,7	23,3	3,7	23,3	6,8	4,3	3,9		
4	1,4	28,4	20,4	5,0	26,6	7,0	6,1	4,1		
5	1,0	33,9	15,8	5,6	27,1	7,9	5,7	3,0		
6	2,4	34,7	17,3	2,9	29,1	7,4	3,8	2,4		
7	1,2	35,0	17,6	5,2	26,4	5,2	7,4	2,0		
8	-	38,8	13,0	4,4	28,7	6,6	6,8	1,7		
9	1,6	40,3	12,4	1,5	30,0	3,8	9,3	1,1		
10	5,0	50,9	6,1	5,8	25,7	1,2	4,2	1,1		
11	3,2	29,7	17,5	1,2	26,9	7,0	11,0	3,5		
12	20,4	27,0	12,2	3,8	25,4	2,1	6,4	2,7		
13	41,4	20,6	9,2	0,8	19,4	4,2	2,4	2,0		
14	16,0	25,8	14,0	1,9	29,5	6,7	5,2	0,9		

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Tabela 7

Distribuição da População de 60 Anos e Mais, por Classes de Rendimento
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980

Em porcentagem

Áreas Homogêneas	Classes de Rendimento					
	Sem Rendimento	Até 2 Salários Mínimos	2 a 5 Salários Mínimos	Mais de 5 Salários Mínimos	Sem Declaração	Mais de 10 Salários Mínimos (1)
1	22,9	18,7	18,0	38,8	1,6	23,5
2	23,0	24,7	23,0	28,3	1,0	13,5
3	26,6	37,0	21,4	14,4	0,8	4,9
4	27,0	39,5	19,9	12,6	1,0	4,3
5	28,4	45,7	17,2	7,8	0,9	2,8
6	30,8	51,2	13,9	4,1	0,8	1,2
7	26,2	41,7	20,8	10,4	0,9	2,2
8	26,9	47,6	17,9	7,1	0,5	2,6
9	29,8	48,4	14,3	6,3	1,2	1,7
10	29,2	57,2	10,2	2,3	1,1	0,2
11	31,7	52,5	12,9	2,3	0,6	1,0
12	33,0	43,1	15,1	8,0	0,8	2,1
13	33,2	49,4	9,8	7,0	0,6	4,0
14	30,6	46,7	15,1	5,9	1,7	2,4

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

(1) Incluída na classe de rendimento "mais de 5 salários mínimos".

A situação se mostra mais crítica quanto à instalação sanitária: apenas na área central da Capital e nos municípios do ABC mais de 90% dos domicílios estavam ligados à rede geral ou dispunham de fossa séptica. Nas áreas destacadas, onde a rede de água aparecia de forma mais deficiente, os dois tipos de esgoto alcançavam de 20% a 40% dos domicílios (Gráfico 2).

Quanto aos bens de que dispunha a população idosa, a situação é ainda mais heterogênea que em relação ao saneamento. Os percentuais de domicílios que contavam com telefone, automóvel e televisão a cores eram elevados nas áreas centrais da GSP e diminuía rapidamente conforme a distância até estas. Um exemplo claro disto nota-se na área de melhor rendimento, onde 80% dos domicílios tinham pelo menos um aparelho de televisão a cores, enquanto em outras os percentuais eram de 15% a 30% (Gráficos 3, 4 e 5).

Com relação ao automóvel, os percentuais eram de 60% a 20% e para o telefone, 85% e ao redor de 10%, nas áreas centrais e periféricas, respectivamente. A posse de geladeira era mais generalizada: 80% a 90% de todos os domicílios (Gráfico 6).

A apresentação de tais equipamentos não aparece apenas como um simples indicador de melhor ou pior nível de renda ou de condições de vida, mas relaciona-se até mesmo com aspectos de lazer e de saúde. O fato de se contar com automóvel ou telefone pode implicar o atendimento de certas necessidades com mais rapidez. A existência de geladeira permite melhor conservação de alimentos, enquanto a televisão ou rádio podem ser o único meio de lazer, para grande parte da população.

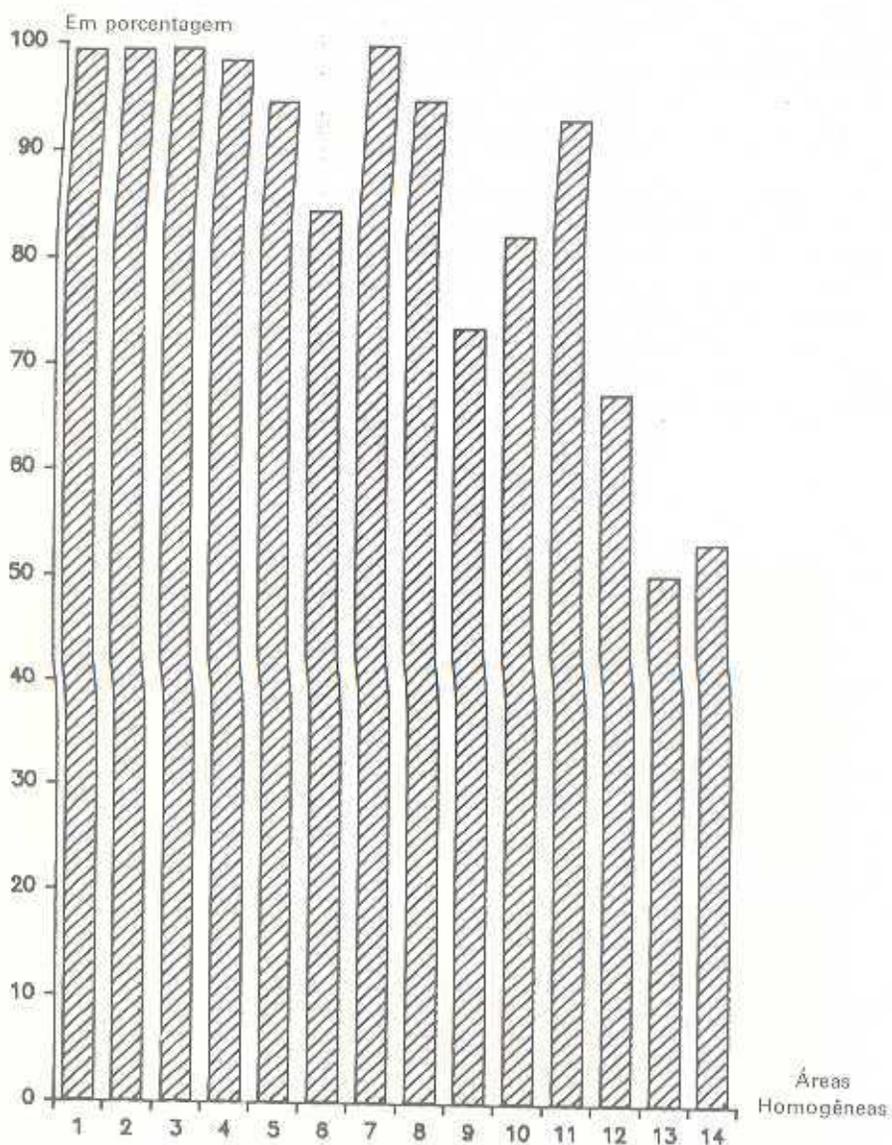
Quanto aos serviços de saneamento, a inexistência talvez gere menos problemas de saúde para os idosos do que para as crianças, mas seus efeitos negativos não devem ser desconsiderados, até mesmo em termos de desconforto físico, como no caso da água. E mesmo que os níveis de mortalidade entre a população idosa possam ser semelhantes nos mais diversos países, ainda não se têm muitos resultados a respeito da morbidade, em relação à qual a falta de saneamento básico poderia ter mais influência, como uma das principais causas.



Agência Folhas

Gráfico 1

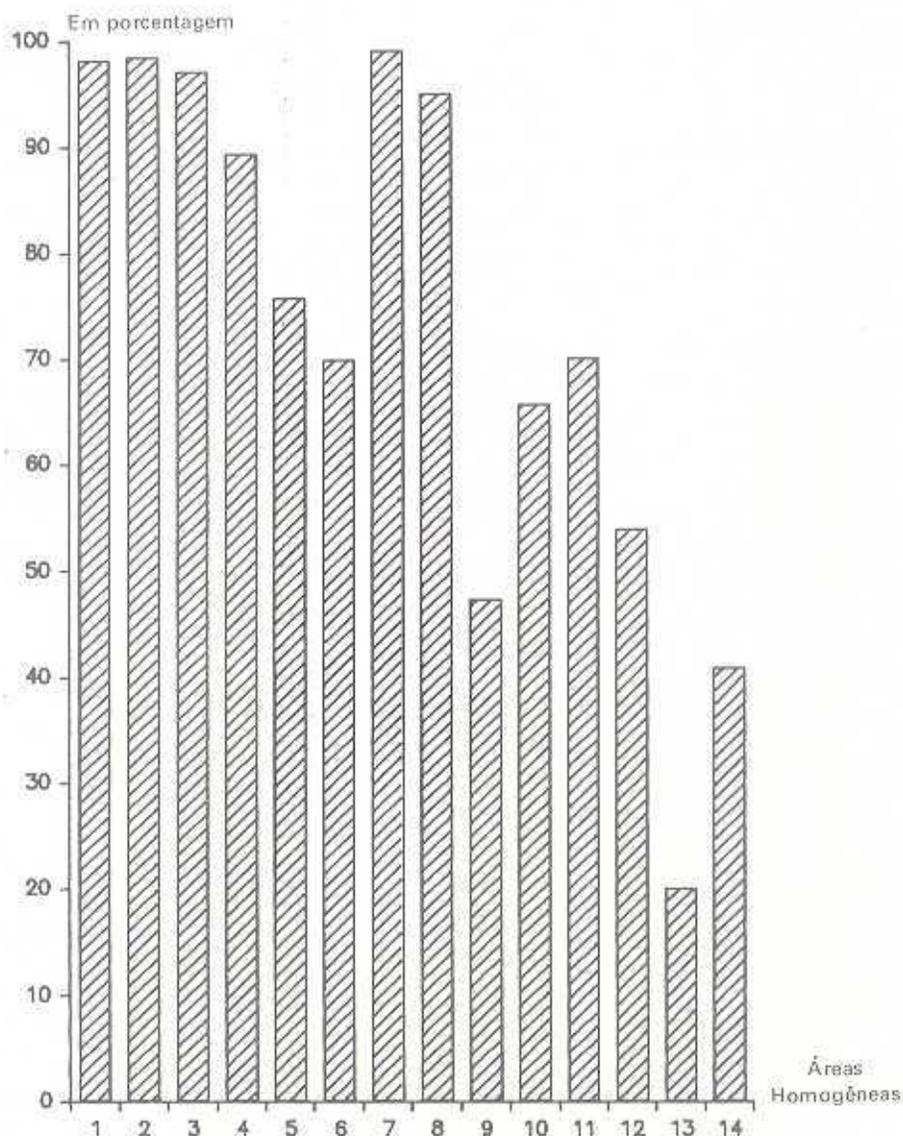
Proporção de Domicílios Particulares Permanentes Onde Moravam Pessoas Idosas com Abastecimento de Água
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 2

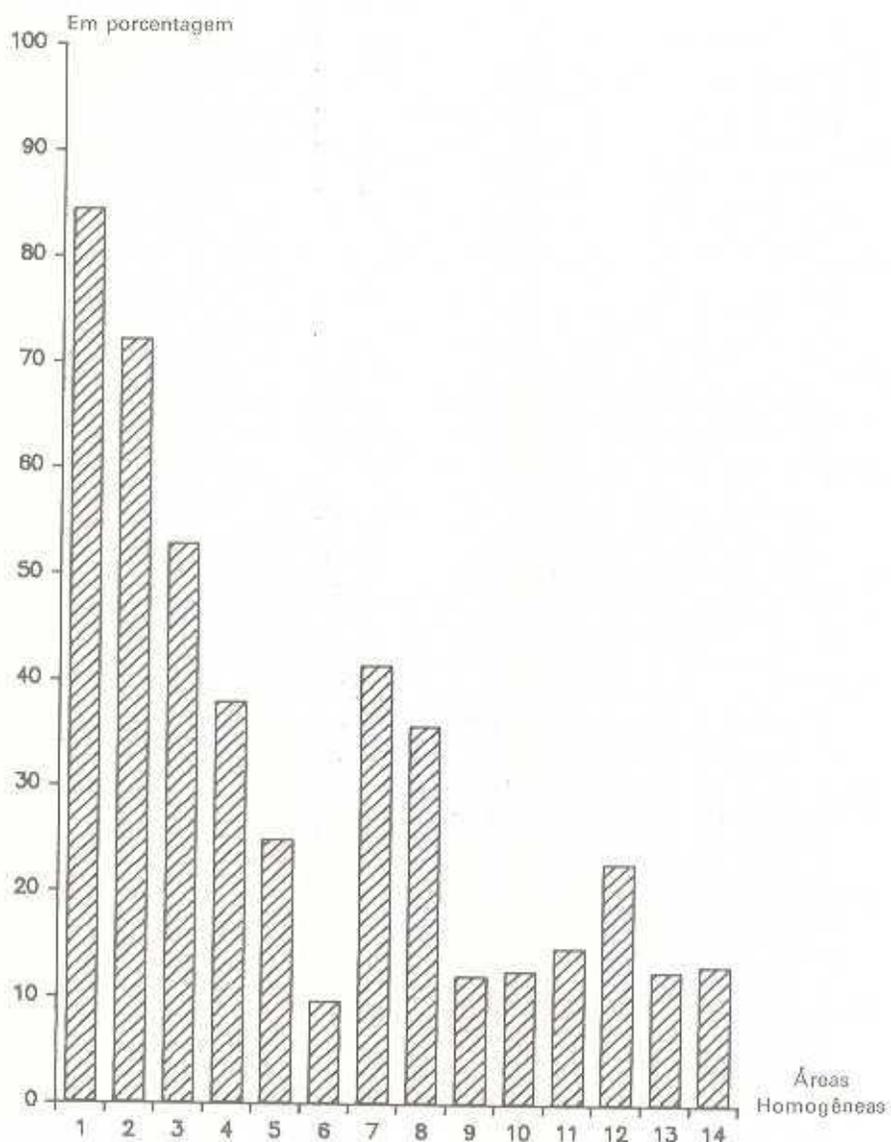
Proporção de Domicílios Particulares Permanentes Onde Moravam Pessoas Idosas com Instalação Sanitária
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980.



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 3

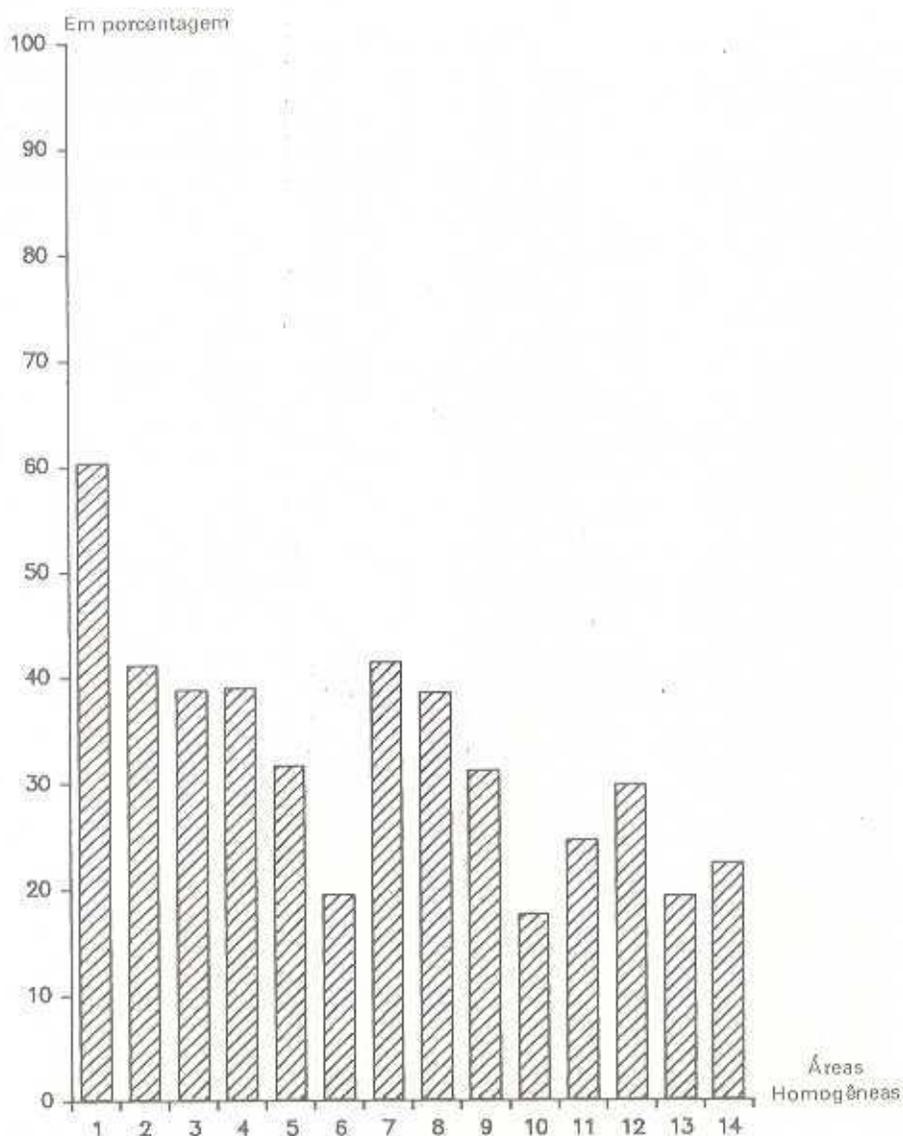
Proporção de Domicílios Particulares Permanentes Onde Moravam Pessoas Idosas com Instalação Telefônica
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 4

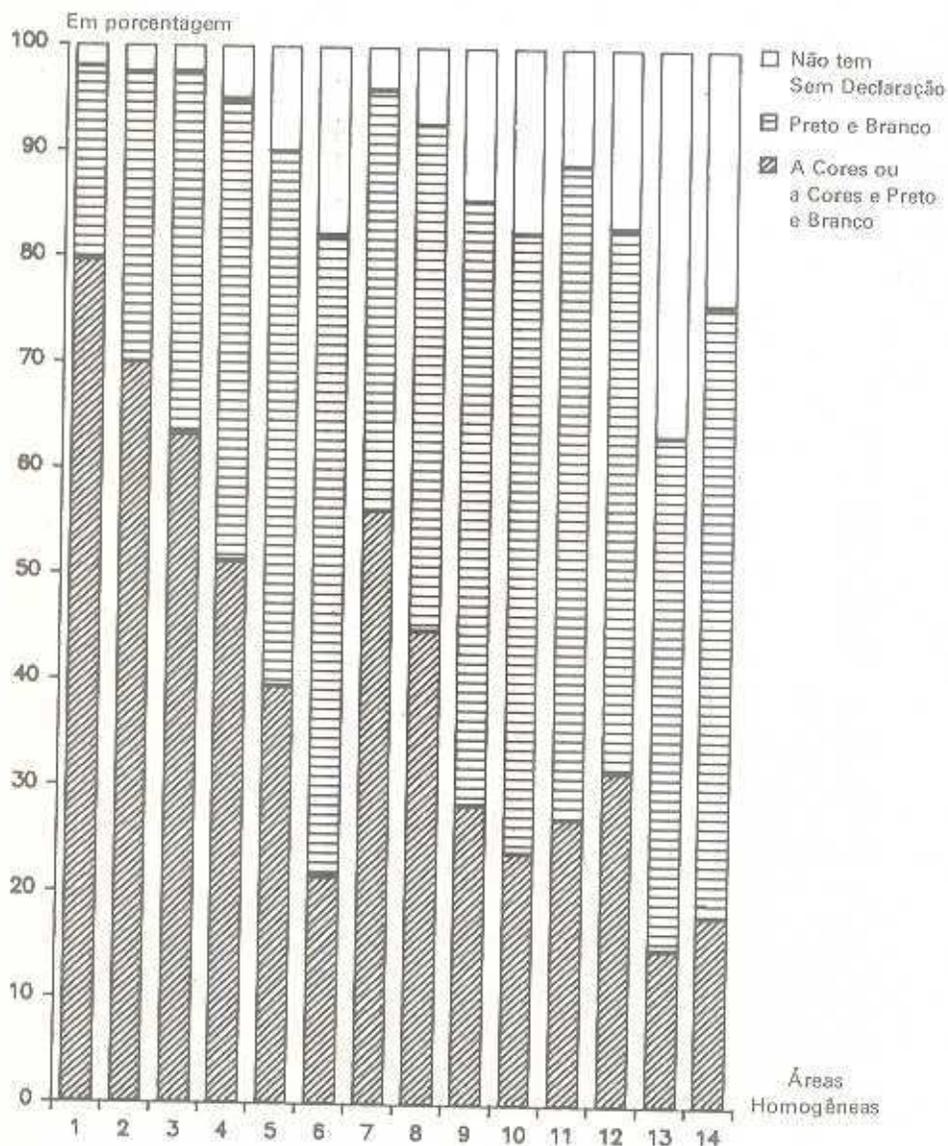
Proporção de Domicílios Particulares Permanentes Onde Moravam Pessoas Idosas com Posse de Automóvel de Uso Particular
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 5

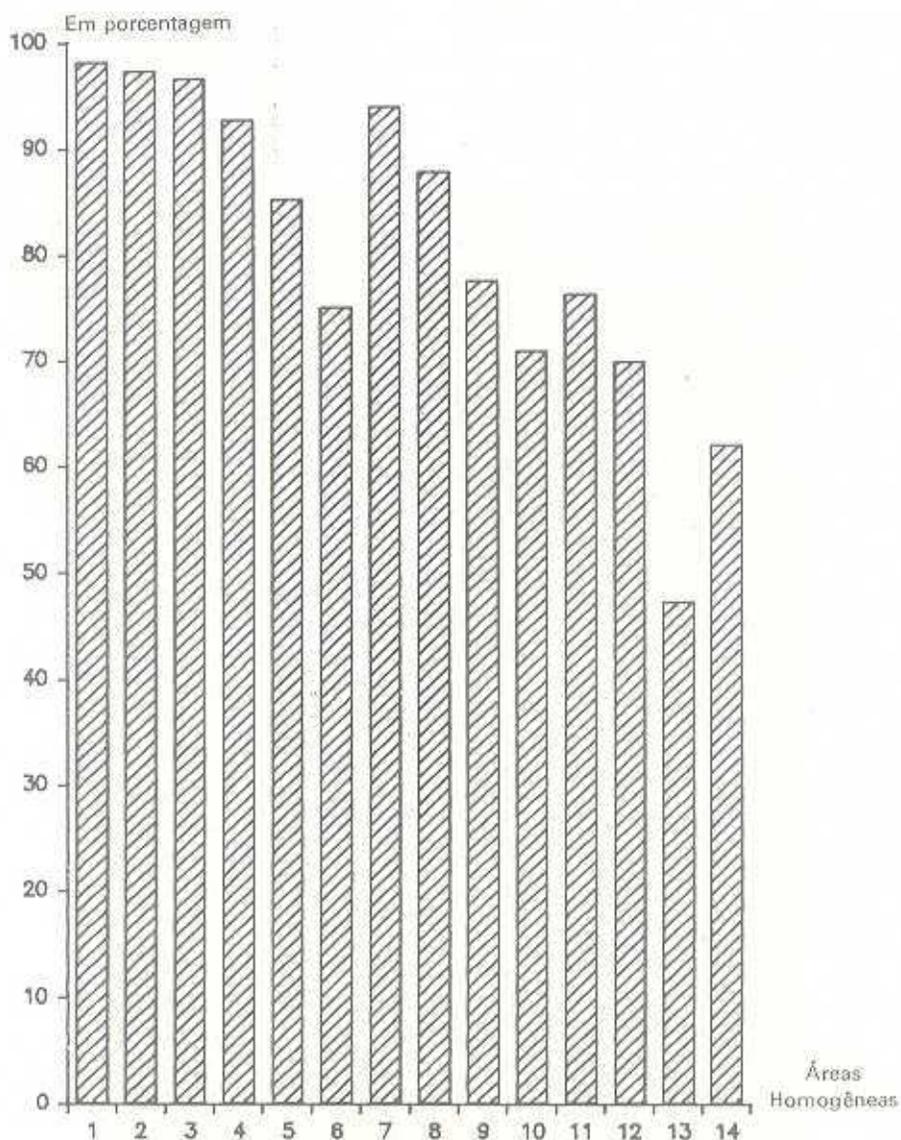
Proporção de Domicílios Particulares Permanentes Onde Moravam Pessoas Idosas com Televisores Instalados
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Gráfico 6

Proporção de Domicílios Particulares Permanentes Onde Moravam Pessoas Idosas com Geladeiras Instaladas
Áreas Homogêneas da Grande São Paulo
1980



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censo Demográfico do Estado de São Paulo de 1980.

Bibliografia

- CAMARGO A.B.M. & MONTALI, L. (1988). A manifestação das desigualdades sociais no espaço metropolitano. In: Fundação Seade. **O jovem na Grande São Paulo**. São Paulo, Seade, p. 35-66 (Coleção Realidade Paulista, 2).
- CELADE (1982). Envejecimiento de la población en América Latina, Santiago, CEPAL (Reunión Regional Lationamericana Preparatória de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, San Jose, 9-13 março, 1982).





MORTALIDADE E MORBIDADE



Mortalidade da População Idosa

Lúcia Mayumi Yazaki
Paulo Murad Saad

A Transição Epidemiológica

Acompanhando a evolução social, tecnológica e científica, os padrões de saúde e doença da humanidade têm se alterado constantemente ao longo da história, tanto pelo controle e erradicação de certas doenças como pelo surgimento ocasional de outras tantas, determinadas, muitas vezes, pela própria ação do homem. As alterações nestes padrões representam, sem dúvida, componentes importantes dentro do processo mais global de transformações de uma população. Neste sentido, os estudos epidemiológicos que tratam da distribuição específica das doenças e causas de morte e seus determinantes e conseqüências junto à população vêm contribuir sobremaneira para o conhecimento mais completo de sua dinâmica sócio-demográfica.

Em períodos mais recentes, observa-se, de forma generalizada entre a maioria das regiões do planeta, uma mudança gradual nos padrões de mortalidade e morbidade. As enfermidades infecciosas agudas, de maior incidência junto à população infantil, vão sendo substituídas, conforme se intensifica o processo de envelhecimento populacional, pelas doenças crônico-degenerativas, características das pessoas mais idosas.

No Brasil, a queda, observada nas últimas décadas, dos índices de mortalidade e fecundidade vem provocando profundas alterações no quadro de morbidade de sua população e, em conseqüência, na estrutura da mortalidade por idade e causas de morte. Conforme parcelas crescentes da população conseguem atingir idades mais avançadas, aumenta, é óbvio, o número de casos de doenças do tipo crônico-degenerativo, já que a sua incidência, em geral, é maior entre as pessoas idosas. A incidência das doenças infecciosas e parasitárias, por outro lado, diminui de maneira sensível, graças a um maior controle deste tipo de moléstias junto à população infantil – o que se reflete na acentuada queda da mortalidade infantil a partir da segunda metade deste século – a qual, além disso, aumenta num ritmo cada vez mais lento em virtude do decréscimo contínuo das taxas de fecundidade.

Paralelamente, portanto, às transformações demográficas em curso, caracteriza-se uma verdadeira *transição epidemiológica*, que se traduz, em termos de mortalidade, na substituição – como causa principal de morte – das doenças infecciosas e parasitárias, de caráter agudo, pelas doenças não transmissíveis, de caráter crônico-degenerativo, tais como as do aparelho circulatório, os neoplasmas e a diabetes.

Da mesma forma que a transição demográfica, a transição epidemiológica não transcorre de maneira uniforme nas diferentes regiões do mundo, nem com relação à intensidade do processo nem em termos cronológicos (1), distinguindo-se, principalmente, no que se refere aos determinantes da queda da mortalidade (2).

Nos países ocidentais desenvolvidos – onde o fenômeno de envelhecimento populacional se encontra em uma fase bastante adiantada –, a redução da mortalidade (que teve início ainda no século XIX), acompanhou a evolução social, econômica e tecnológica que foi aos poucos resultando na melhoria das condições gerais de vida da grande maioria de sua população. Quando a influência dos fatores médicos começou a tornar-se mais decisiva, a partir das primeiras décadas deste século, as epidemias de cunho infeccioso haviam sido significativamente controladas e os níveis de mortalidade obedeciam a uma tendência declinante. A mudança nos padrões de morbidade daqueles países começou a tornar-se clara a partir da I Guerra Mundial, acentuando-se ainda mais após a II Guerra, quando se intensificou o processo de envelhecimento.

Na maioria dos países em desenvolvimento, incluindo-se o Brasil, os níveis de mortalidade, que haviam permanecido elevadíssimos durante uma longa fase, só começaram a decair em épocas mais recentes – a partir da década de 50, em geral. Os fatores determinantes desta queda, no entanto, são totalmente distintos daqueles observados nos países desenvolvidos. Enquanto nestes últimos o processo se deu dentro de um período histórico amplo e de maneira gradual, como consequência de mudanças profundas em suas estruturas sociais e econômicas, nos países menos desenvolvidos ocorreu de maneira brusca, em prazo mais ou menos curto, graças, em especial, à importação de técnicas até certo ponto pouco onerosas de saúde e de prevenção de doenças infecciosas; ou seja, sem transformações estruturais mais contundentes, capazes de produzir melhorias expressivas nas condições de vida da maioria de sua população. Segundo Preston, a diminuição da mortalidade causada por algumas doenças, como a malária, a tuberculose, a varíola e o sarampo, foi responsável por quase metade do decréscimo total da mortalidade nos países menos desenvolvidos (Preston, 1976). Estas doenças são aquelas redutíveis com mais facilidade através de medidas de saúde pública, tais como a imunização maciça. Há que se considerar, também, o importante papel da extensão da rede de água, da implementação de terapias decisivas e, em tempos mais próximos, da maior cobertura no atendimento pré-natal, no que se refere à diminuição da mortalidade infantil por doenças infecciosas e parasitárias.

(1) Quanto a este ponto, vale citar o trabalho de Omram (1971), em que, a partir da organização de informações de morbimortalidade de diversos países, se elabora a teoria da transição epidemiológica. Segundo esta, o processo de transformação nos padrões de saúde e doença abrangeria três etapas, cuja travessia obedece a três modelos distintos: o clássico, característico dos países ocidentais mais desenvolvidos; o acelerado, típico do Japão, por exemplo; e o contemporâneo ou atrasado, relativo às sociedades menos desenvolvidas.

(2) Análises mais detalhadas a respeito dos determinantes da queda da mortalidade podem ser encontradas em Sawyer (1980), Preston (1976) e Hakker (1984).

No Brasil, a diminuição das taxas de mortalidade, principalmente a infantil, vem sendo relevante, mas tais indicadores ainda se encontram muito acima dos relativos aos países desenvolvidos. Estão próximos de um patamar em que se tornam muito difíceis reduções mais drásticas desacompanhadas de melhorias reais da condição de vida da população como um todo – o que pressupõe um maior estreitamento das desigualdades sociais e regionais existentes no País (3).

O processo brasileiro de transição epidemiológica também tem transcorrido de maneira diferenciada em consequência, exatamente, das grandes desigualdades regionais que ainda prevalecem (4). Conforme mostra a Tabela 1, em regiões como o Norte e o Nordeste, onde a mortalidade infantil ainda é bastante elevada, o peso das doenças infecciosas e parasitárias é bem maior do que nas regiões Sul e Sudeste. Com relação aos neoplasmas e às doenças do aparelho circulatório, ocorre o contrário: verifica-se um peso maior nas regiões Sul e Sudeste.

Tabela 1
Distribuição da Mortalidade, Segundo Causas
Brasil e Grandes Regiões
1985

Causas de Morte (1)	Em porcentagem					
	Distribuição da Mortalidade					
	Brasil	Regiões				
Norte		Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Doenças Infecciosas e Parasitárias	6,34	13,88	7,69	8,72	5,22	4,70
Neoplasmas	3,01	6,16	4,32	8,06	10,67	12,84
Doenças do Aparelho Circulatório	27,17	15,88	14,65	24,05	33,45	32,63
Causas Mal Definidas	21,14	27,50	46,92	18,64	9,50	13,45
Demais Causas	36,34	36,58	26,42	40,53	41,16	36,38

Fonte: Ministério da Saúde.

(1) Segundo grandes capítulos da 2ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças.

(3) Ver, por exemplo, Behm (1980) para maiores detalhes a respeito dos determinantes econômicos e sociais da mortalidade.

(4) Alguns aspectos mais detalhados das desigualdades regionais em termos de variáveis demográficas podem ser vistos em Carvalho (1988).

Há que se levar em conta que a qualidade das estatísticas de mortalidade no Brasil também difere de uma região para outra. No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a cobertura destas estatísticas exclui quase 30% da população e, dentre os casos registrados, uma parte considerável se refere a causas mal definidas (Ministério de Saúde, 1985). No Nordeste, por exemplo, cerca de metade das mortes registradas foram classificadas, em 1985, como sendo de motivo mal definido, o que, é claro, implica sérias distorções quanto à frequência das causas de morte, impossibilitando comparações mais precisas com outras regiões onde a qualidade dos dados seja superior. No Sul e Sudeste, além da proporção de causas mal definidas ser bem menor, a cobertura estatísticas de mortalidade é consideravelmente maior, atingindo 90% da população no Sul e 98% no Sudeste.

Tentativas de se levantar um perfil evolutivo da mortalidade por causas no Brasil sem reconhecer as diferenças marcantes nos padrões regionais incorreriam, é provável, em valores médios distantes da realidade de qualquer região. Por outro lado, elaborar séries históricas confiáveis destas estatísticas, em termos de todo o País, torna-se uma tarefa difícilíssima, diante das enormes discrepâncias com relação à qualidade dos dados.

No Estado de São Paulo, em particular, além de a captação das informações descrever uma trajetória secular, o sub-registro de óbitos – calculado através de técnicas demográficas indiretas – tem se mantido baixo, a cobertura dos registros é bastante razoável – aproximando-se da totalidade nos anos mais recentes – e a proporção de causas mal definidas é pouco importante. Na impossibilidade de se contar com dados mais abrangentes no tempo para a Grande São Paulo (5), que é a região que este estudo procura focalizar de maneira mais específica, optou-se por trabalhar com dados do Município de São Paulo, que, afinal, abriga uma fatia substancial da população da Região e, com certeza, espelha com certo grau de confiabilidade suas tendências em termos de mortalidade (6).

As Transformações no Padrão de Mortalidade por Idade e Causas no Município de São Paulo

As estatísticas de mortalidade do Município de São Paulo nas últimas décadas refletem, de certa forma, as alterações que vêm se processando junto à dinâmica de sua população. A Tabela 2 mostra que, em 1940, a proporção de óbitos da população jovem (0 a 14 anos) era quase o dobro daquela observada para a população idosa (maior de 60 anos) – 39% contra 23%, apró-

(5) As tabulações de causas de morte somente estão disponíveis para a Grande São Paulo a partir de 1970.

(6) No ano de 1986, por exemplo, 66% dos óbitos de residentes na Grande São Paulo foram de residentes no Município de São Paulo.

ximadamente. Ao longo do tempo, esta situação foi se invertendo, até que, em 1985, a proporção de óbitos de idosos já representava quase o triplo da correspondente aos jovens – 47% contra 17%, em números redondos. É bem verdade que a queda das taxas de mortalidade infantil contribuiu sobretudo para este processo. Mas o fenômeno também é reflexo do ganho de peso relativo, no período, da população idosa.

Tabela 2

Distribuição dos Óbitos, Segundo Grupos de Idade
Município de São Paulo
1940-1985

Grupos de idade	Distribuição dos Óbitos					
	1940	1950	1960	1970	1980	1985
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
0 a 14 Anos	38,97	35,97	32,78	30,98	24,75	16,85
15 a 59 Anos	37,66	37,10	34,08	31,79	34,05	36,66
60 Anos e Mais	23,37	26,93	33,14	37,23	41,20	46,49

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – Seade.

Mesmo entre os óbitos de maiores de 60 anos, nota-se uma tendência, ao longo do tempo, de concentração nas idades mais avançadas (Gráfico 1), o que decorreria reflexo do aumento da expectativa média de vida da própria população idosa.

Com relação à estrutura por causas de morte, as alterações também se mostraram importantes (Gráfico 2). Entre 1940 e 1985, enquanto a participação das doenças infecciosas e parasitárias – relacionadas com mais frequência aos óbitos infantis – diminuiu de 21,0% para 4,5%, aproximadamente, o peso das doenças do aparelho circulatório, somadas aos neoplasmas e à diabetes, duplicou, passando de 25,1% para 50,8%.

Tanto os neoplasmas (os malignos, em particular), como a maioria das doenças do aparelho circulatório, além da diabetes – para citar algumas das principais –, são causas de morte tipicamente associadas à população idosa (Tabela 3). A mais importante delas, a doença isquêmica do coração, aumentou de 8,0%, em 1940, para 19,8% em 1985. A doença cerebrovascular passou de 9,9% para 13,2%, com algumas variações. Estas, ao lado da hipertensiva e as outras do coração, formam o grupo das doenças do aparelho circulatório que, durante todo o período de 1940 a 1985, sempre se manteve como o mais freqüente entre os óbitos da população de 60 anos e mais, com uma proporção que variou em torno dos 50%.

Gráfico 1
 Evolução da Proporção de Óbitos da População de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade
 Município de São Paulo
 1940-1985

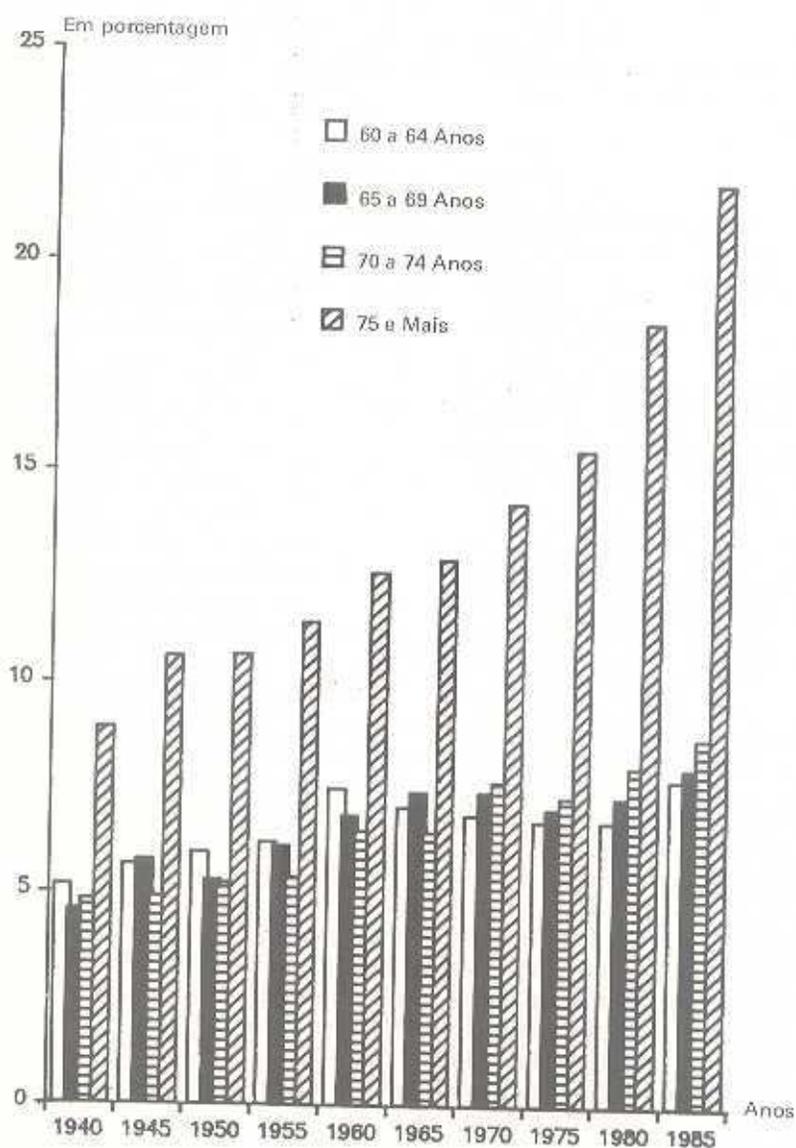
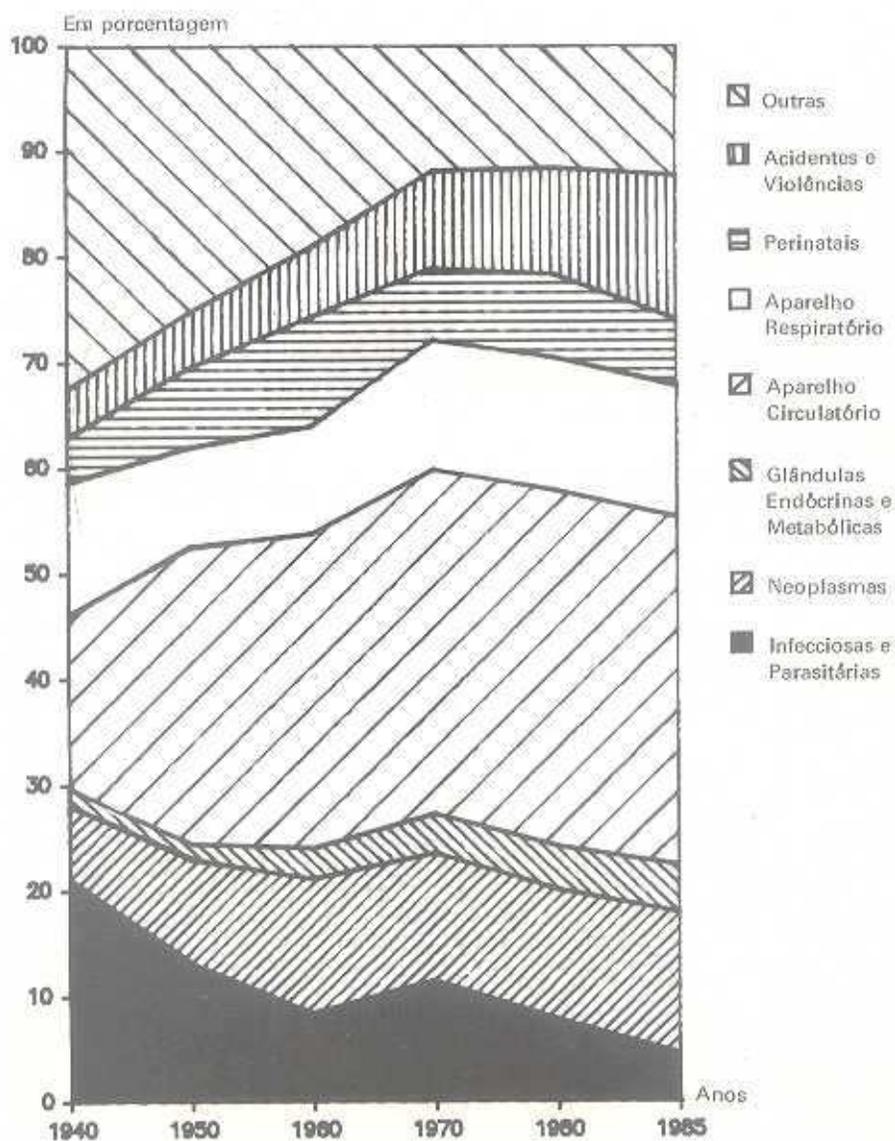


Gráfico 2
 Evolução da Distribuição dos Óbitos, por Principais Causas
 Município de São Paulo
 1940-1985



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

Tabela 3
Distribuição dos Óbitos da População de 60 Anos e Mais, Segundo as Principais Causas de Morte
Município de São Paulo
1940-1985

Principais Causas de Morte	Distribuição dos Óbitos										Em porcentagem	
	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1940	1985
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Tuberculose	2,14	1,85	1,72	1,10	1,20	0,89	0,67	0,51	0,40	0,33	0,40	0,33
Neoplasmas Malignos	11,60	12,72	14,08	16,44	17,75	17,32	14,97	15,04	16,42	16,88	16,42	16,88
Aparelho Digestivo	7,04	7,78	7,85	9,33	9,48	8,77	6,75	5,91	6,70	6,66	6,70	6,66
Aparelho Respiratório	0,86	1,09	1,43	1,63	2,27	2,29	2,22	2,14	2,62	2,63	2,62	2,63
Mama	0,42	0,32	0,41	0,61	0,63	0,87	0,85	0,91	0,99	1,06	0,99	1,06
Gênero Feminino	0,95	0,92	1,06	1,08	1,41	1,22	0,97	1,09	1,06	1,06	1,01	1,06
Gênero Masculino	0,30	0,51	0,52	0,72	0,83	0,98	0,85	0,88	1,01	1,06	1,01	1,06
Não Espec. e Outros	2,02	2,09	2,80	3,07	3,14	3,20	3,64	4,11	4,05	4,40	4,05	4,40
Diabetes	2,83	2,38	2,13	3,76	4,63	4,49	4,40	4,98	4,44	4,44	4,44	4,15
Hipertensiva	9,07	11,85	10,90	10,04	9,20	7,33	4,80	3,33	2,95	2,95	2,95	2,95
Isquêmica do Coração	6,00	10,72	5,93	9,92	11,80	12,60	23,59	24,44	21,36	19,81	21,36	19,81
Aterosclerose (1)	15,37	11,82	6,98	2,78	2,37	5,17	3,73	2,47	3,58	2,52	3,58	2,52
Outras do Coração	3,96	6,96	18,24	13,54	9,67	7,04	7,71	7,59	9,36	9,06	9,36	9,06
Cerebrovasculares	9,93	12,26	12,60	16,76	15,71	17,79	18,45	16,77	15,24	13,24	15,24	13,24
Pneumonia e Gripe	6,51	3,95	3,35	2,13	3,11	3,05	3,09	4,82	5,67	6,63	5,67	6,63
Mel Definidas	1,60	1,45	2,78	1,48	1,38	2,16	1,56	1,53	1,05	1,36	1,05	1,36
Acidentes e Violência	2,05	2,31	2,94	2,46	2,94	2,81	3,12	3,06	2,71	2,98	2,71	2,98
Outras	27,23	22,24	18,36	19,61	20,18	19,33	17,64	17,93	20,39	22,62	17,64	20,39

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados - Seade.

(1) A aterosclerose está incluída no grupo de Doenças Isquêmicas do Coração, a partir de 1970.

O grupo dos neoplasmas malignos aparece em segundo lugar. Sua proporção aumentou de 11,6%, em 1940, para 17,0% em 1985. O maior peso dentro deste grupo corresponde ao neoplasma do aparelho digestivo, embora sua participação tenha diminuído no tempo. Por sua vez, observa-se um aumento dos neoplasmas dos aparelhos respiratório e geniturinário.

O peso das mortes por diabetes, apesar de não ser tão expressivo como o dos grupos anteriores, representa a terceira causa de morte da população idosa, passando de aproximadamente 2,5%, no início do período, para 4,2%, em 1985. A proporção das mortes por acidentes e violência quase dobrou neste mesmo período, pois saltou de 2,1% para 4,0%. Ao mesmo tempo em que aumenta a presença relativa destas causas no total de óbitos, verifica-se uma maior concentração das mesmas nas idades mais avançadas. É provável que isto reflita a melhoria da qualidade do diagnóstico destes tipos de doenças, possibilitando, com maior frequência, o início de tratamentos precoces e, conseqüentemente, a postergação da morte.

Como mostra o Gráfico 3, dentro do próprio grupo dos idosos há uma tendência de concentração das mortes pelas principais causas acima citadas nos grupos etários mais velhos. Desta forma, a proporção de pessoas com 60 a 64 anos que faleceram devido a algum tipo de neoplasma maligno, diabetes ou doença do aparelho circulatório chega a diminuir em 1985, com relação a 1940. No grupo de 65 a 74 anos, as proporções de óbitos observadas nos dois períodos mais ou menos se equilibram e só a partir dos 75 anos é que se observa um aumento relevante, entre 1940 e 1985, nas referidas proporções.

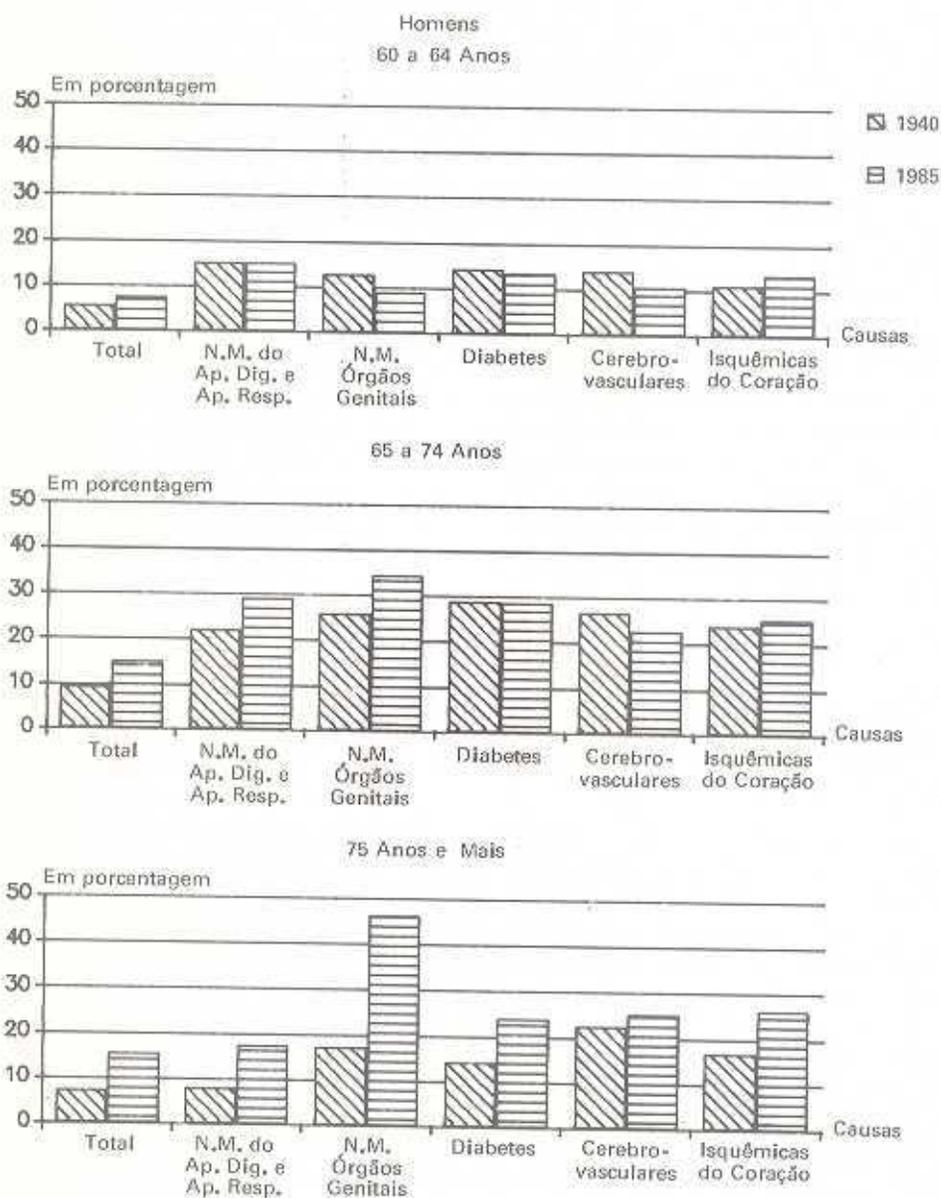
● *A evolução das taxas específicas de mortalidade da população idosa no Município de São Paulo*

Em termos relativos, a participação dos óbitos da população idosa aumentou nas últimas décadas. Mas as taxas específicas de morte, ou a probabilidade de morte entre os maiores de 60 anos, vêm diminuindo. De acordo com a Tabela 4, as taxas específicas de mortalidade se reduziram entre 40% e 50% nos grupos etários quinquenais considerados, durante o período de 1940 a 1985.

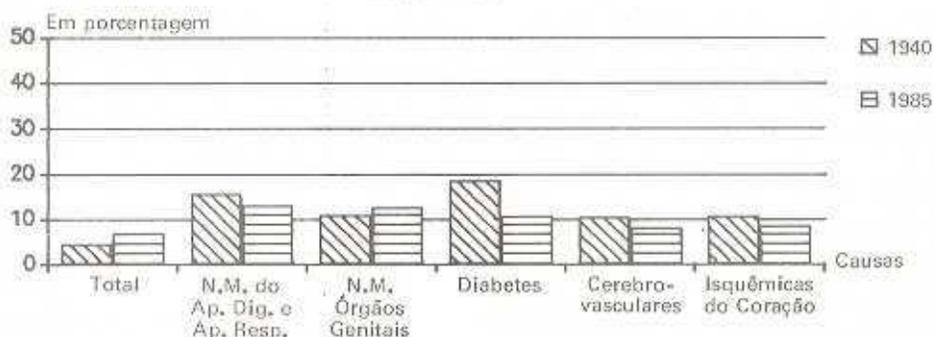
Para se fazer um paralelo com outro tipo de realidade, o Gráfico 4 mostra que, não obstante as taxas de mortalidade do Município de São Paulo fossem superiores às da França em todos os grupos etários, a tendência declinante observada entre elas foi bastante semelhante. Isto indica, de certa maneira, não haver disparidades muito grandes em termos de mortalidade da população idosa, mesmo entre regiões que se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento sócio-econômico.

Gráfico 3

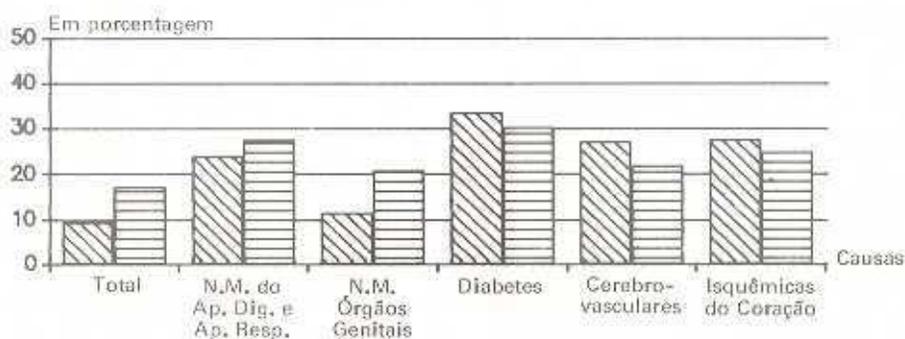
Proporção dos Óbitos da População de 60 Anos e Mais, por Causas, Segundo Sexo e Grupos de Idade
Município de São Paulo
1940-1985



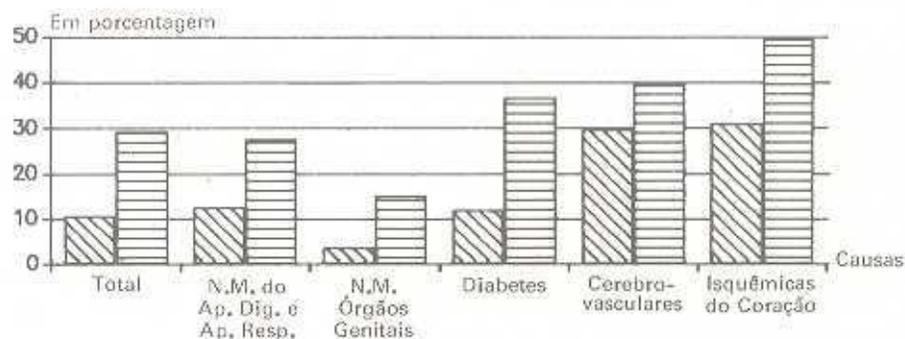
Mulheres
60 a 64 Anos



65 a 74 Anos



75 Anos e Mais



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

Tabela 4

Taxas de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Grupos de Idade
Município de São Paulo
1940-1985

Grupos de idade	Taxas de Mortalidade (por mil pessoas)						Variação 1940-1985 (%)		
	1940			1985			Homens	Mulheres	Total
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total			
60 a 64 Anos	45,2	28,0	36,1	26,1	13,4	19,1	42,3	52,1	47,1
65 a 74 Anos	71,1	48,9	58,9	42,5	25,4	32,7	40,3	48,0	44,5
65 a 69 Anos	57,5	38,2	46,9	34,4	19,5	26,0	40,1	49,0	44,5
70 a 74 Anos	93,0	65,8	78,0	55,3	34,0	42,8	40,6	48,4	45,2
75 Anos e Mais	166,7	135,1	147,6	115,3	90,8	100,1	30,9	32,7	32,2

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censos Demográficos do Estado de São Paulo.**

A evolução da mortalidade da população idosa por diferentes causas de morte é apresentada nos Gráficos 5, 6 e 7, segundo sexo e grupos etários.

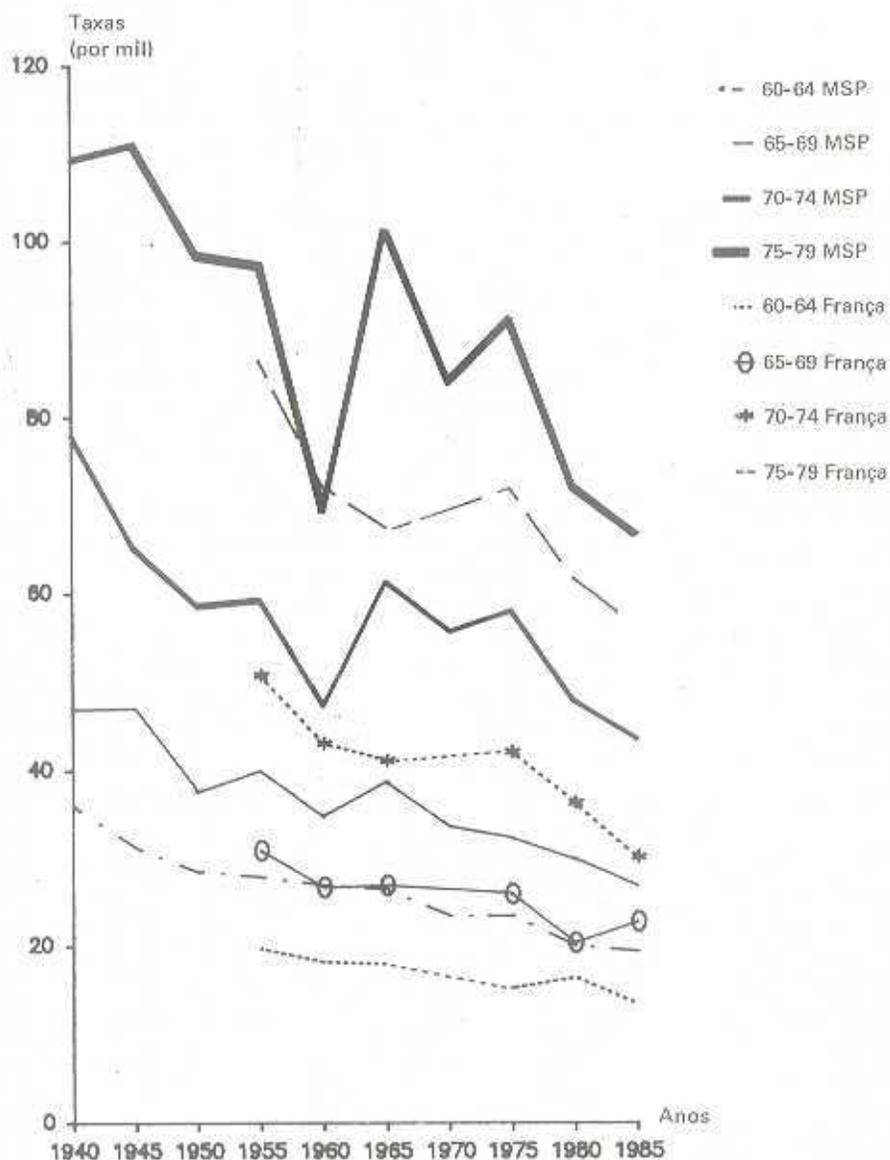
Em 1940, foi registrada uma taxa de mortalidade de 45,2 óbitos por mil pessoas de 60 a 64 anos do sexo masculino, diminuindo para 26,1 por mil em 1985. No sexo feminino, a redução da mortalidade foi um pouco maior, pois passou de 28,0 para 13,4 por mil, no mesmo período. Como se pode perceber, a mortalidade masculina permaneceu sempre superior à feminina, resultando em um índice de sobremortalidade masculina (7) que, entre aqueles anos, variou em torno de 1,8.

Neste grupo etário, os neoplasmas se constituíram na principal causa de morte masculina até a década de 60, juntando-se-lhes, posteriormente, a doença isquêmica do coração (Gráfico 5). No sexo feminino, embora as taxas por neoplasmas diminuíssem no período, foram sempre superiores às demais causas.

(7) Define-se o índice de sobremortalidade masculina como a relação entre as taxas de mortalidade masculina e feminina.

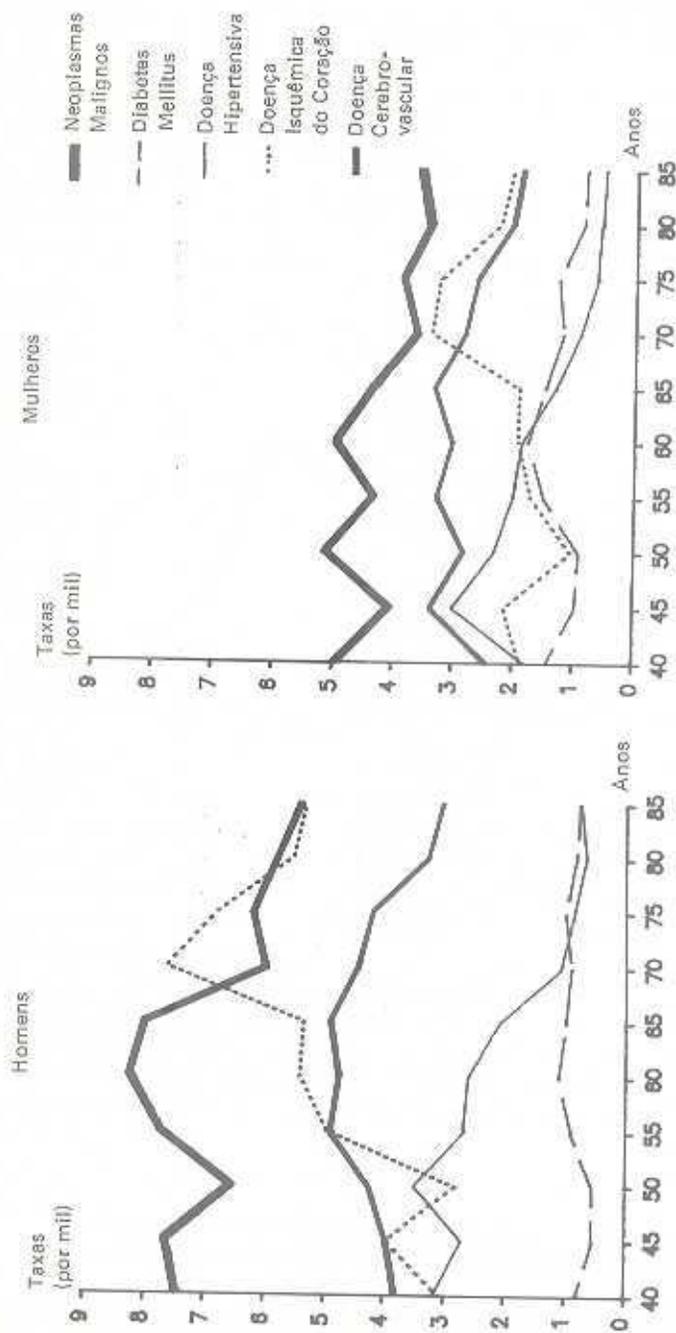
Gráfico 4

Evolução das Taxas de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade
Município de São Paulo e França
1940-1985



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade; United Nations, *Demographic Yearbook*; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, *Censos Demográficos*.

Gráfico 5
 Evolução das Taxas de Mortalidade de População de 60 a 64 Anos, por Causas de Morte, Segundo Sexo
 Município de São Paulo
 1940-1985



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seane; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos.

Observa-se neste grupo etário, assim como nos demais, um aumento nas taxas por doença isquêmica do coração ao longo do período, diminuindo, por sua vez, as taxas por doença hipertensiva e aterosclerose. Isto estaria ocorrendo em função da melhoria no diagnóstico das causas de morte, já que as duas últimas causas acima mencionadas passaram a ser consideradas muito mais frequentemente como causa associada do que como causa básica de morte (8).

Nesta mesma faixa de idades, nota-se que a mortalidade feminina por diabetes é maior que a masculina, cujas taxas mantiveram-se praticamente constantes ao longo do período.

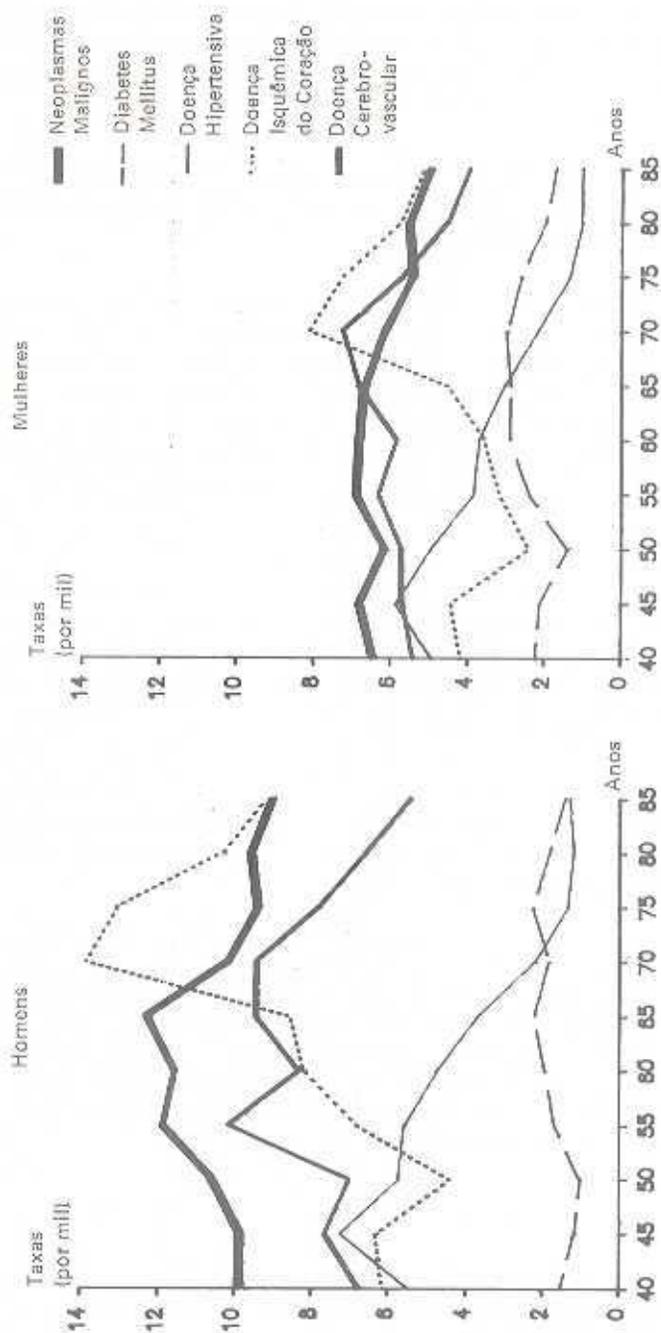
Na faixa dos 65 a 74 anos, a taxa de mortalidade variou de 71,1 para 42,5 óbitos por mil homens e de 48,9 a 25,4 óbitos por mil mulheres. A sobremortalidade masculina foi de aproximadamente uma vez e meia, ao longo do período. Até meados da década de 60, os neoplasmas e a doença cerebrovascular eram as causas mais importantes deste grupo etário, sendo então superadas pela doença isquêmica do coração. A taxa de mortalidade por diabetes não variou muito, sendo o risco de morte superior no sexo feminino.

Em 1985, a mortalidade do último grupo etário (75 anos e mais) foi, aproximadamente, de 115,3 por mil homens e 90,8 por mil mulheres. Em 1940, a mortalidade foi mais elevada (166,7 para homens e 135,1 para mulheres), mas a sobremortalidade masculina pouco se alterou, permanecendo em torno de 1,2, o que indica uma evolução semelhante dos níveis de mortalidade nos dois sexos (Gráfico 7). Neste grupo, já não há uma identificação tão clara de qual seja a causa mais importante, pois tanto as doenças do aparelho circulatório como os neoplasmas aparecem de maneira significativa em diferentes períodos. Com risco de morte um pouco menor, observa-se a evolução da mortalidade por diabetes.

A título de comparação, apresenta-se a Tabela 5, com as taxas de mortalidade por idades para a Grande São Paulo, no período 1975-1985. Os valores mostram que as taxas observadas para a área metropolitana são um pouco superiores, indicando que a mortalidade dos idosos residentes nos demais municípios da Grande São Paulo foi, nos períodos observados, maior que a da Capital. Como sugerem os Gráficos 8, 9 e 10, o padrão por causas de morte é semelhante ao desta.

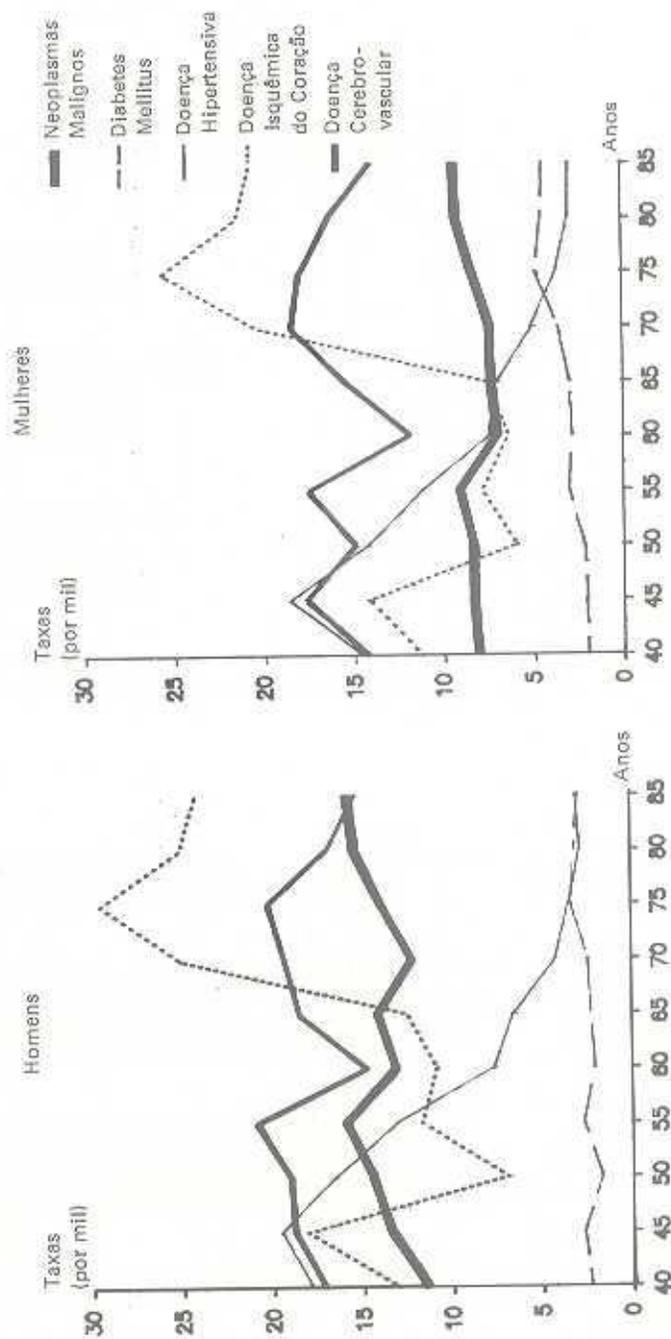
(8) A importância destas doenças como causas associadas pode ser apreciada a seguir, na análise das causas múltiplas de morte.

Gráfico 6
Evolução das Taxas de Mortalidade da População de 65 a 74 Anos, por Causas de Morte, Segundo Sexo
Município de São Paulo
1940-1985



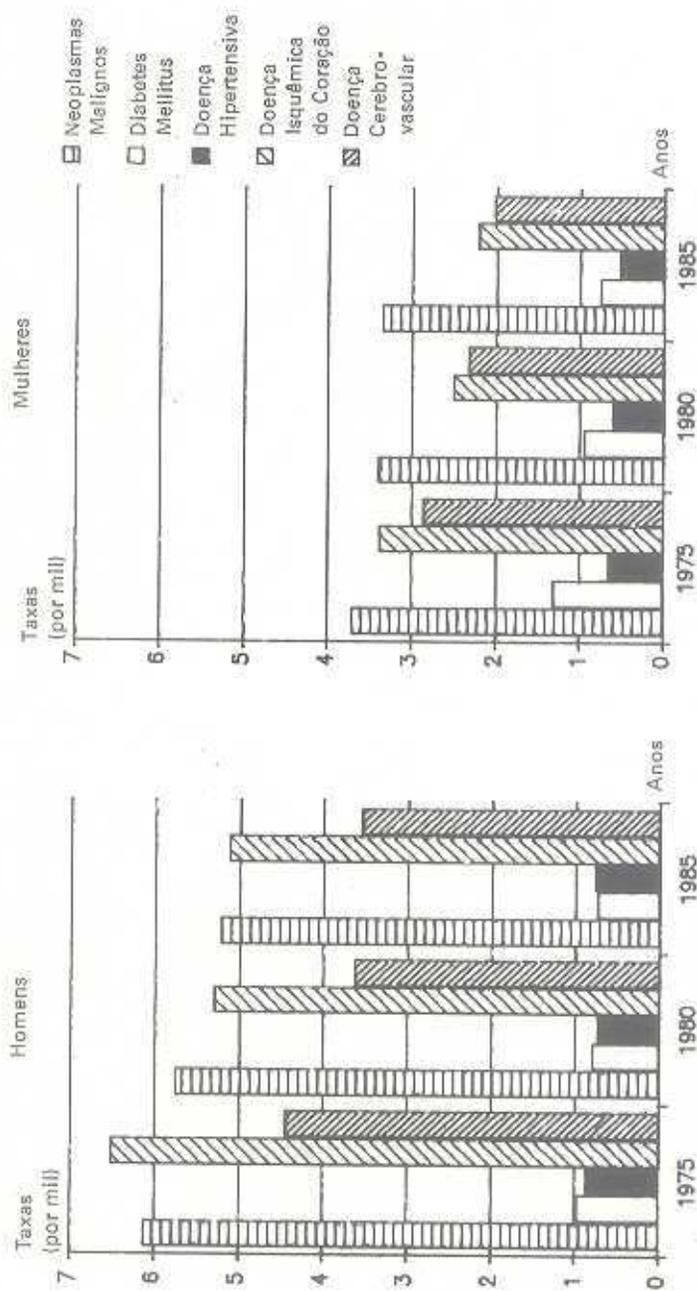
Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Sede; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos.

Gráfico 7
 Evolução das Taxas de Mortalidade da População de 75 Anos e Mais, por
 Causas de Morte, Segundo Sexo,
 Município de São Paulo
 1940-1985



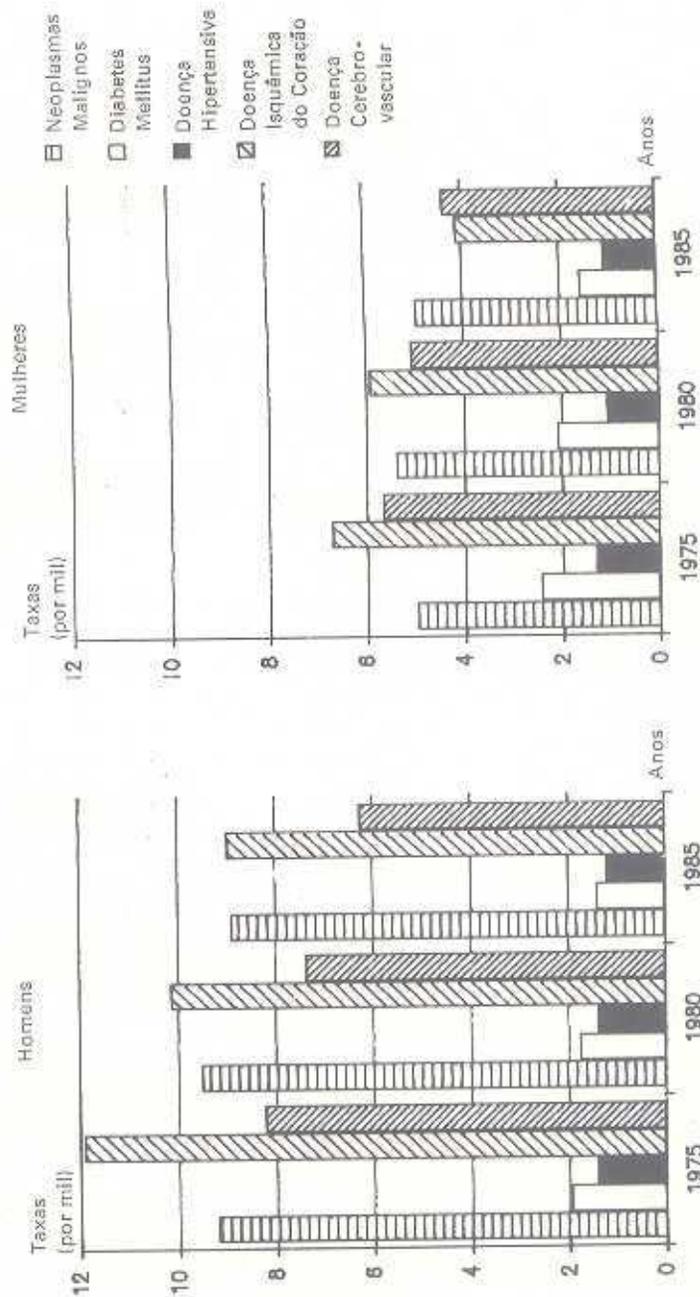
Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos.

Gráfico 8
Evolução das Taxas de Mortalidade da População de 60 a 64 Anos, por Causas de Morte, Segundo Sexo Grande São Paulo 1975-1985



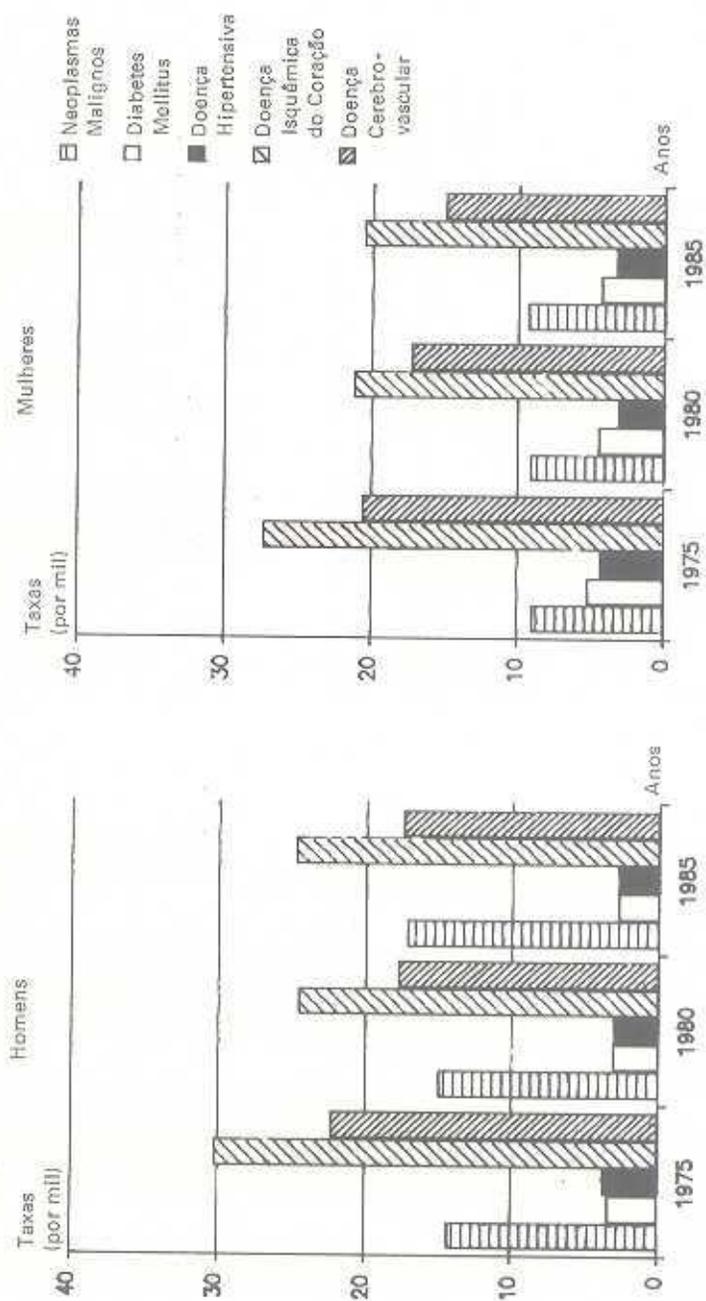
Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos.

Gráfico 9
Evolução das Taxas de Mortalidade da População de 65 a 74 Anos, por Causas de Morte, Segundo Sexo Grande São Paulo 1975-1985



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Sede: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos.

Gráfico 10
 Evolução das Taxas de Mortalidade da População de 75 Anos e Mais, por
 Causas de Morte, Segundo Sexo
 Grande São Paulo
 1975-1985



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Censos Demográficos.

Tabela 5

Taxas de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Grupos de Idade
Grande São Paulo
1975-1985

Grupos de Idade	Taxas de Mortalidade								
	1975			1980			1985		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
60 a 64 Anos	31,4	18,3	24,4	27,7	15,5	21,1	27,3	14,3	20,3
65 a 74 Anos	52,9	32,2	41,4	49,7	30,8	39,1	46,8	28,2	36,4
65 a 69 Anos	43,8	25,8	33,9	41,0	24,3	31,7	39,1	22,6	29,8
70 a 74 Anos	67,7	41,5	52,7	64,2	40,6	50,6	58,2	36,2	45,6
75 Anos e Mais	123,8	104,9	112,5	115,6	94,6	102,7	125,0	100,6	109,9

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade; Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censos Demográficos do Estado de São Paulo.**

As Causas Múltiplas de Morte

Por tradição, as estatísticas de mortalidade por causas referem-se com exclusividade à causa básica de morte, definida como a doença que iniciou a sucessão de eventos redundantes na morte, ou à circunstância do acidente ou violência que produziu a lesão fatal. A seleção desta causa básica é feita, em geral, a partir da declaração de óbito, por codificadores treinados, de acordo com uma série de regras estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Apesar do consenso em torno de sua importância, a indicação da causa básica apresenta, no entanto, algumas limitações. Por exemplo: por ser feita manualmente, sua seleção está sempre sujeita a falhas humanas. Por outro lado, mesmo que aplicadas com certo rigor as regras de seleção, ainda assim haverá margem para uma interpretação pessoal por parte do codificador, em particular com relação àquelas mortes resultantes de doenças do tipo crônico-degenerativo, cuja etiologia refere-se a múltiplos fatores de igual relevância. Desta forma, condições crônicas poucas vezes fatais se consideradas em si, mas que aumentam o risco de morte quando associadas a outras doenças, aparecem em geral subestimadas nas estatísticas de mortalidade, assim como outras complicações ou condições importantes (Saad, 1987).

Por isso, o estudo das causas múltiplas de morte surge como uma alternativa das mais importantes, principalmente no caso da população idosa - mais sujeita ao risco de doenças crônico-degenerativas -, já que procura consi-

derar todas as doenças, condições mórbidas ou lesões que resultaram ou contribuíram para o falecimento, permitindo uma visão mais abrangente do processo mórbido precedente ao óbito. Este tipo de estudo tornou-se viável para o Estado de São Paulo a partir de 1983, graças à implantação do Sistema ACME (Automated Classification of Medical Entities), que, além de selecionar de modo automático a causa básica, reduzindo ao mínimo as falhas humanas, arquiva, para cada registro de óbito, todas as causas reportadas no atestado médico (Saad & Giraldeffi, 1984). As tabulações oriundas deste sistema fornecem dois tipos destacados de informação: quanto à frequência total das causas mencionadas nos atestados, seja como básica, seja como associada, e quanto à associação entre diferentes causas, evidenciando, por exemplo, as conseqüências ou complicações (causas associadas) mais freqüentes, relacionadas com determinadas causas básicas.

Nesta parte do trabalho, pretendeu-se traçar um perfil da mortalidade da população idosa por causas múltiplas na Grande São Paulo, referente ao ano mais recente do qual se dispõe de dados (o de 1986). Ressaltam-se, em primeiro lugar, aquelas causas que apareceram mencionadas nos registros de óbito com maior freqüência, identificando-se seu papel como causa básica ou associada dentro do processo mórbido que levou à morte. As freqüências foram desagregadas por sexo e grupos etários, em virtude de algumas peculiaridades destes critérios de desagregação. Depois, ainda dentro de cada um dos grupos selecionados, procurou-se destacar as principais associações entre causas, através da identificação daquelas mais freqüentemente associadas às principais causas básicas.

Antes de mais nada, porém, deve-se levar em consideração que a relevância do estudo por causas múltiplas depende, em grande parte, da qualidade do preenchimento do atestado médico da declaração de óbito. Estudos desta natureza só se justificam quando a quantidade de causas adicionais às básicas é significativa, devendo aproximar-se o máximo possível das histórias clínicas dos óbitos (Saad, 1987). Nestas condições, o número médio de causas mencionadas por atestado revela-se, de certa forma, um indicador da qualidade dos dados. De acordo com a Tabela 6, este número médio foi de 3,57 na Grande São Paulo, em 1986, com relação aos óbitos de maiores de 60 anos. Isto equivale a dizer que, em média, em cada atestado, foram reportadas, além da causa básica, cerca de três outras, a esta associadas, que normalmente ficariam fora das estatísticas de mortalidade. Tal número é bem representativo e justifica na plenitude o estudo das causas múltiplas entre a população idosa.

Ainda com relação a este quadro, é interessante notar que o número médio encontrado na região metropolitana paulista é um valor intermediário entre os do Município de São Paulo e do Estado, indicando uma melhor qualidade do preenchimento dos atestados registrados na Capital em comparação com o Interior. Da mesma maneira, observa-se, nos três casos, que o número médio de causas por atestado cresce ligeiramente com o aumento da idade — o que era de se esperar, considerando-se a tendência de os processos

mórbidos se tornarem mais complexos conforme avança o tempo de vida do grupo populacional a que se refere.

Tabela 5

Número Médio de Causas de Morte da População de 60 Anos e Mais por Atestado de Óbito (1), por Grupos de Idade, Segundo o Local de Residência Estado de São Paulo 1986

Local de Residência	Número Médio de Causas por Atestado, por Grupos de Idade		
	60 Anos e Mais	60 a 74 Anos	75 Anos e Mais
Município de São Paulo	3,81	3,58	3,65
Grande São Paulo	3,57	3,53	3,62
Estado de São Paulo	3,39	3,37	3,43

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.
(1) Segundo a classificação da Lista Brasileira de Mortalidade - LBM.

Em termos da distribuição dos óbitos de idosos por sexo e grupo etário, os dados mostram que, entre a população de 60 a 74 anos, a proporção de óbitos masculinos suplanta a de femininos, ocorrendo o inverso quando se considera a população de 75 anos e mais (Tabela 7). Este fato reflete o maior tempo médio de vida das mulheres em relação aos homens.

Tabela 7

Distribuição dos Óbitos da População de 60 Anos e Mais, por Sexo, Segundo Grupos de Idade Grande São Paulo 1986

Grupos de Idade	Distribuição dos Óbitos (%)			Total de Óbitos
	Homens	Mulheres	Total	
Total	51,34	48,66	100,00	39.685
60 a 74 Anos	57,83	42,17	100,00	21.444
75 Anos e Mais	43,73	56,27	100,00	18.241

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

A Tabela 8 apresenta a freqüência com que foram mencionadas algumas das principais causas de morte dentro do processo mórbido da população idosa. Considerou-se, também, a freqüência com que foram selecionadas como causa básica do processo.

Tabela 8

Distribuição dos Óbitos da População de 60 Anos e Mais, por Sexo e Grupos de Idade, Segundo as Principais Causas de Morte - Como Menção e Como Causa Básica
Grande São Paulo
1986

Principais Causas de Morte (1)	Distribuição dos Óbitos							
	60 Anos e Mais						60 a 74 Anos	
	Total		Homens		Mulheres		Total	
	Menção	Básica	Menção	Básica	Menção	Básica	Menção	Básica
Total de Óbitos (números absolutos)	39.685		20.376		19.309		21.444	
Total (em porcentagem) (2)	100,00		100,00		100,00		100,00	
Doenças do Aparelho Circulatório (390-459)	64,58	49,88	61,68	47,20	67,64	52,30	60,55	46,44
Doença Cerebrovascular (430-438)	19,12	13,64	18,24	12,98	20,06	14,33	18,35	13,15
Infarto Agudo do Miocárdio (410)	12,38	11,34	13,56	12,50	11,13	10,12	13,97	12,81
Outras Doenças Isquêmicas (411-414)	12,63	6,90	11,93	5,78	13,36	8,09	10,57	4,73
Insuficiência Cardíaca (428)	20,43	6,90	17,60	5,92	23,42	7,93	17,20	5,66
Neoplasmas (140-239)	18,01	16,22	19,07	17,16	16,89	15,23	21,72	19,74
N. M. do Estômago (151)	2,58	2,39	3,15	2,90	1,97	1,84	2,92	2,70
N. M. Traq., Bronq. e Pulmão (162)	2,30	2,19	3,54	3,38	0,98	0,93	3,04	2,81
Doença do Aparelho Respiratório (460-519)	32,14	12,82	33,94	14,28	30,24	11,28	29,51	10,97
Pneumonia (480-486)	15,16	6,44	15,97	6,52	14,31	6,36	12,50	4,78
Doença Pulm. Obstr. Crônica (480-496)	7,76	4,67	9,83	5,97	5,57	3,29	7,46	4,58
Doença das Glândulas Endócrinas (240-279)	16,44	6,03	13,53	4,61	19,52	7,52	16,75	5,98
Diabetes Mellitus (250)	10,38	4,30	7,56	3,07	13,36	5,59	11,23	4,60
Doença do Aparelho Digestivo (520-579)	8,46	4,56	9,15	4,98	7,73	4,11	9,64	5,25
Doença Crônica do Fígado e Cirrose (571)	1,74	1,25	2,49	1,78	0,94	0,68	2,59	1,99
Acidentes e Violências (E800-E999)	3,88	2,97	4,87	3,95	2,83	1,94	4,77	3,68
Acidente de Trânsito (E810-E819)	1,20	1,20	1,61	1,62	0,76	0,76	1,60	1,60
Doenças Infecciosas e Parasitárias (001-139)	5,53	1,95	5,67	2,06	5,39	1,83	6,04	2,26
Septicemia (038)	3,49	0,53	3,44	0,53	3,55	0,53	3,61	0,56
Demais		5,78		5,77		5,79		5,68

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Sede.

(1) Códigos referentes à Classificação Internacional de Doenças - CID.

Distribuição dos Óbitos									
60 a 74 Anos					75 Anos e Mais				
Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres	
Menção	Básica	Menção	Básica	Menção	Básica	Menção	Básica	Menção	Básica
12.400		9.044		18.241		7.976		10.265	
100,00		100,00		100,00		100,00		100,0	
59,01	45,62	62,67	47,57	69,31	53,49	65,82	49,65	72,02	56,47
17,83	12,78	19,06	13,66	20,03	14,21	18,87	13,29	20,94	14,92
15,14	13,97	12,36	11,23	10,51	9,60	11,10	10,21	10,05	9,14
10,86	4,38	10,16	5,22	15,05	9,46	13,59	7,95	16,18	10,63
15,31	6,01	18,80	6,55	24,23	8,36	21,18	7,35	26,60	9,15
21,06	19,15	22,61	20,56	13,65	12,08	15,96	14,07	11,86	10,54
3,40	3,11	3,28	2,15	2,17	2,01	2,77	2,57	1,70	1,58
4,21	4,04	1,43	1,36	1,43	1,34	2,51	2,34	0,58	0,56
30,98	12,10	27,51	9,41	35,22	14,99	38,54	17,65	32,64	12,93
13,47	5,10	11,17	4,36	18,30	6,39	19,87	8,73	17,08	8,13
8,75	5,41	5,69	3,46	8,10	4,76	11,50	6,85	5,47	3,14
13,77	4,61	20,83	7,85	16,08	6,09	13,14	4,61	18,36	7,23
8,27	3,27	15,29	6,44	9,37	3,94	6,47	2,77	11,63	4,85
10,25	5,73	8,80	4,59	7,07	3,74	7,45	3,81	6,78	3,68
3,47	2,54	1,38	1,03	0,74	0,48	0,98	0,60	0,56	0,38
5,65	4,65	3,56	2,37	2,82	2,13	3,65	2,86	2,18	1,57
1,89	1,89	1,21	1,21	0,73	0,73	1,19	1,20	0,37	0,36
6,13	2,42	5,93	2,05	4,93	1,58	4,95	1,50	4,92	1,64
3,57	0,58	3,78	0,94	3,34	0,49	3,35	0,45	3,34	0,52
	5,73		5,62		5,90		5,84		5,94

(2) Uma vez que duas ou mais causas distintas podem estar mencionadas em um mesmo atestado de óbito, o número de menções é geralmente maior que o de óbitos. Portanto, a soma da coluna de menções excede os 100%.

Chama a atenção, de imediato, a importante participação das doenças do aparelho circulatório. Em quase 65% dos óbitos de pessoas de 60 anos e mais, alguma destas doenças é mencionada, tendo sido considerada a causa básica de morte em cerca de 50% das mortes e aparecendo em outros cerca de 15% dos casos como associada a algum outro tipo de doença. Comparando-se as frequências entre os sexos e grupos etários, observa-se um peso maior entre as mulheres, em particular no grupo etário mais idoso, chegando a atingir, como causa mencionada, quase três quartos (72%) dos óbitos de mulheres com 75 anos e mais.

Com relação às principais doenças dentro do grupo das correspondentes ao aparelho circulatório, evidencia-se que, enquanto algumas se destacam como causa básica, outras surgem mais frequentemente como causa associada. No primeiro caso estão a doença cerebrovascular e o infarto agudo do miocárdio; na maioria dos casos em que são mencionados, aparecem como causa básica. Assim como a insuficiência cardíaca, o grupo das outras doenças isquêmicas do coração (9), ao contrário, poucas vezes é selecionado como causa básica, embora ambos os casos sejam citados com frequências também significativas.

Outros pontos merecem destaque, ainda com respeito a este grupo de doenças do aparelho circulatório. Apesar da maior incidência como causa de morte, no geral, entre as mulheres, observa-se, nos dois grupos etários considerados, um peso maior do infarto agudo do miocárdio entre os homens, tanto em termos de menção como de causa básica. Além disso, é interessante notar que a frequência relativa desta causa diminui, para ambos os sexos, conforme aumenta a faixa de idades, ao contrário das demais causas pertencentes ao grupo de doenças do aparelho circulatório.

A causa básica mais frequente entre os óbitos de pessoas com 60 anos e mais, depois das doenças do aparelho circulatório, foram os neoplasmas - 16,22% dos casos -, vindo a seguir as doenças do aparelho respiratório, com 12,82%. Esta ordem, no entanto, se inverte na faixa acima de 75 anos, onde a proporção de óbitos devidos a doenças do aparelho respiratório aumenta, ao contrário daqueles devidos aos neoplasmas, que se concentram majoritariamente no grupo etário anterior. Considerando-se, no entanto, as frequências como menção, as doenças respiratórias aparecem sempre à frente dos neoplasmas, haja vista a sua importante participação como causa associada: para cada três óbitos, em números redondos, nos quais se menciona uma destas doenças, apenas em um caso foi considerada causa básica.

A incidência dos neoplasmas como causa mencionada foi um pouco maior entre as mulheres no grupo de 60 a 74 anos, porém decididamente mais alta entre os homens no grupo de 75 anos e mais. Tanto para os homens como

(9) Este grupo engloba as causas correspondentes aos códigos 411 e 414 da Classificação Internacional de Doenças (Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1980).

para as mulheres, a frequência foi maior entre os óbitos na faixa de 60 a 74 anos, em comparação com a de 75 anos e mais.

A incidência das doenças do aparelho respiratório, como menção, foi algo maior entre os homens, acentuando-se esta diferença com relação às mulheres, na faixa etária mais idosa, onde justamente é maior a sua frequência relativa. O destaque neste grupo de doenças fica por conta da pneumonia, que chega a representar, tanto em termos de causa básica como de menção, cerca da metade dos casos referentes ao grupo. Outro destaque é a doença pulmonar obstrutiva crônica, de modo mais específico entre os homens maiores de 75 anos.

Um outro grupo de doenças importante entre a população idosa foi a das glândulas endócrinas e metabólicas, onde o interesse maior recai sobre a diabetes mellitus. Aqui também é marcante a participação desta doença como causa associada: na maioria das vezes em que é mencionada não aparece como a causa básica. Apesar de haver sido reportada em 10,38% dos óbitos de maiores de 60 anos, em somente 4,3% foi considerada a causa básica. Num caso como no outro, observam-se diferenciais significativos entre sexos e grupos etários quanto à frequência relativa da diabetes. É maior entre os óbitos na faixa de 60 a 74 anos, em comparação com a de 75 anos e mais, e entre os femininos em relação aos masculinos. No caso extremo, ou seja, o de mulheres na primeira faixa etária, a diabetes mencionada em mais de 15% dos óbitos.

Embora em proporção menor, as doenças do aparelho digestivo também tiveram uma expressiva participação no processo mórbido precedente à morte da população idosa, havendo sido selecionadas como causa básica em 4,55% dos óbitos e aparecendo como menção em 8,46%. Este tipo de moléstia incidiu mais sobre a população masculina pertencente à faixa etária menos idosa, chegando a atingir, como causa mencionada, um percentual de 10,25% dos óbitos de homens de 60 a 74 anos. Entre as doenças do aparelho digestivo, observou-se um ligeiro destaque para a doença crônica do fígado e a cirrose.

Finalmente, a Tabela 8 mostra a reduzida participação das doenças infecciosas e parasitárias e dos acidentes e violências dentro do quadro de mortalidade da população idosa. No caso dos acidentes e violências, onde se destacam os acidentes de trânsito, observa-se uma frequência ligeiramente superior entre os homens, em especial no grupo de 60 a 74 anos, como de resto ocorre, de forma mais acentuada, nos grupos etários mais jovens da população. Quanto às doenças infecciosas e parasitárias, ainda que sua incidência como causa básica de morte entre os idosos seja muito pequena, chegam a ter uma certa importância como causa associada tanto para os homens quanto para as mulheres, em ambos os grupos etários, como mostram as proporções maiores das menções em relação às básicas. Entre estas doenças, a mais importante foi a septicemia, que se configura, em geral, como uma causa conseqüencial ou terminal no processo mórbido que culmina com a morte.

Uma vez feita esta primeira análise quanto à frequência das principais causas de morte como menção e como básica, procurou-se identificar (Gráficos 11, 12, 13 e 14), para cada um dos grupos populacionais considerados, as causas mais frequentemente associadas às quatro principais causas básicas (10).

Observa-se, em primeiro lugar, que o infarto agudo do miocárdio e a doença cerebrovascular destacam-se como as principais causas básicas, nos quatro grupos populacionais. No caso do infarto, a principal causa associada foi o grupo das outras doenças isquêmicas do coração: aparece mencionado em aproximadamente 35% dos óbitos de homens, em quase 32% dos de mulheres entre 60 e 74 anos e em pouco menos de 39% dos de mulheres acima dos 75 anos. Em importância, a segunda causa associada difere conforme o grupo etário considerado: entre os óbitos de pessoas com 60 a 74 anos de ambos os sexos, foi a doença hipertensiva, enquanto para os grupos mais idosos foi a aterosclerose. Esta situação se inverte quando se considera a terceira causa associada mais importante. O grupo das outras formas de doença do coração (11) apareceu como causa associada importante apenas entre os homens. Para as mulheres, mereceram destaque, ainda, a diabetes, no grupo de 60 a 74 anos, e a insuficiência cardíaca entre o grupo de 75 anos e mais.

A doença hipertensiva, nos quatro grupos populacionais analisados, surge como a causa associada com mais frequência à doença cerebrovascular, em especial nos grupos masculino e feminino de 60 a 74 anos, chegando a atingir quase 50% no caso das mulheres (Gráfico 13). A pneumonia é a segunda causa associada mais frequente junto à doença cerebrovascular, para ambos os sexos na faixa dos 60 a 74 anos, enquanto a aterosclerose o é na faixa acima dos 75 anos. Entre as demais causas dignas de nota associadas à doença cerebrovascular, o grupo das outras doenças do pulmão (12) surge com percentuais bem semelhantes nos quatro grupos populacionais – em torno dos 12% – e a diabetes aparece com uma certa importância só entre as mulheres, mais marcadamente no grupo de 60 a 74 anos.

(10) No conjunto, os neoplasmas representam a segunda causa básica de morte mais importante, mas não aparecem nos Gráficos devido à classificação por causas desagregadas que se utilizou, a partir de uma adaptação da Lista Brasileira de Mortalidade. Um estudo anterior, no entanto, mostra que as causas associadas aos neoplasmas geralmente pertencem ao próprio grupo dos neoplasmas (Saad, 1988).

(11) Este grupo engloba as causas correspondentes aos códigos 420 e 427, mais o código 428 da Classificação Internacional de Doenças (Ministério da Saúde – Centro de OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1980).

(12) Este grupo engloba uma série de doenças correspondentes ao código 518 da Classificação Internacional de Doenças (Ministério da Saúde – Centro de OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1980). No caso da população idosa, destaca-se entre elas o edema agudo de pulmão.

O grupo das outras doenças isquêmicas do coração foi uma das quatro causas básicas mais importantes entre os óbitos tanto de homens como de mulheres na faixa dos 75 anos e mais (Gráficos 12 e 14). Em ambos os casos, a insuficiência cardíaca foi a causa associada com mais destaque, seguida do grupo das outras formas de doença do coração, da aterosclerose e das outras doenças do pulmão. Entre as mulheres, a insuficiência cardíaca teve uma frequência um pouco superior em comparação aos homens. Ocorre o contrário em se tratando da frequência do conjunto das outras formas de doenças do coração. Quanto à aterosclerose e as outras doenças do pulmão, as frequências relativas como causa associada foram quase as mesmas entre homens e mulheres.

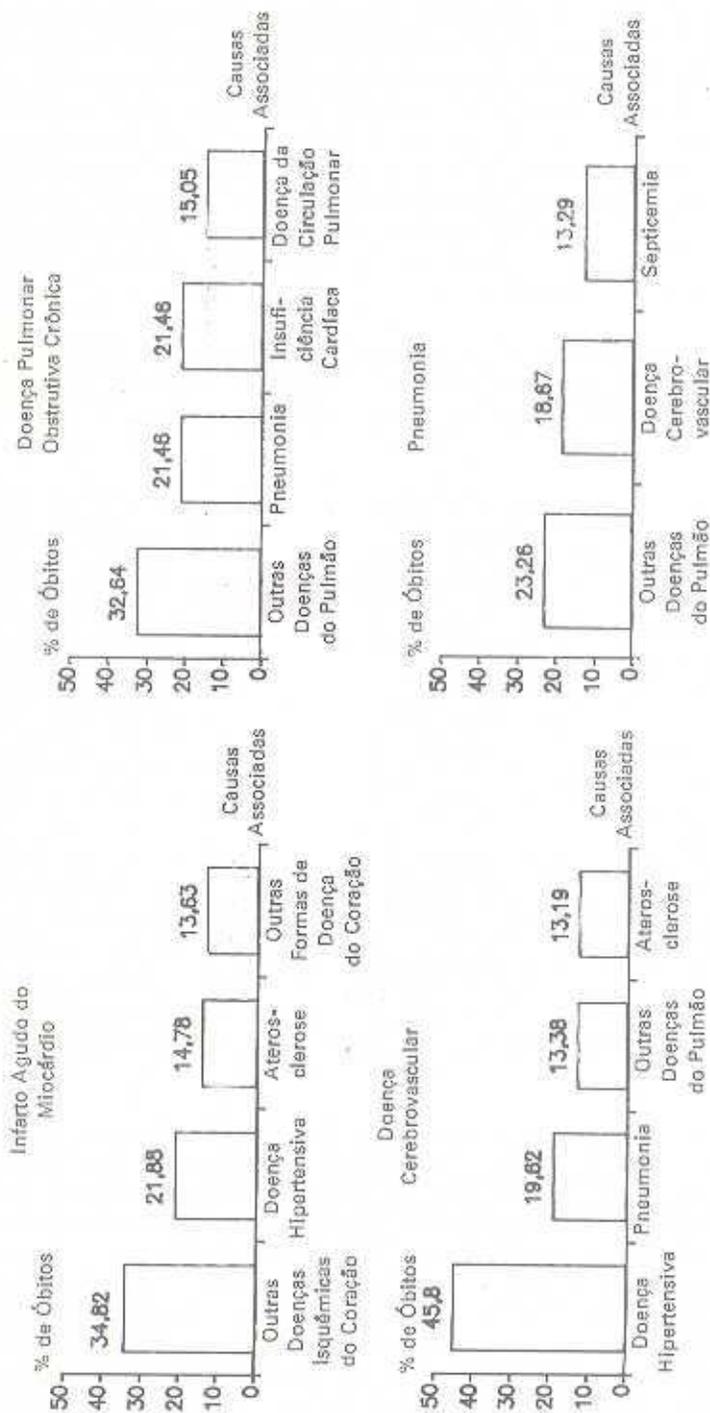
Entre as causas básicas principais selecionadas, verifica-se que a pneumonia somente aparece no caso dos óbitos de homens, não importa o grupo etário, enquanto a insuficiência cardíaca surge apenas entre os óbitos de mulheres.

As causas associadas com maior frequência à pneumonia, no caso dos homens, não foram exatamente as mesmas nos dois grupos etários: em ambos, as outras doenças do pulmão aparecem em primeiro lugar; a doença cerebrovascular, em segundo. A seguir, no entanto, aparece a septicemia, no grupo de 60 a 74 anos, enquanto para os maiores de 75 anos surge a insuficiência cardíaca (Gráficos 11 e 12). A associação entre o grupo das outras doenças do pulmão e a pneumonia se deu numa proporção de casos muito semelhante – em torno dos 23% – nas duas faixas etárias. Quanto à doença cerebrovascular, a proporção de vezes em que se associa à pneumonia foi superior entre os óbitos de pessoas com 60 a 74 anos – 18,67% –, contra 13,36% entre os óbitos na faixa de 75 anos e mais.

Com relação às causas associadas à insuficiência cardíaca, no caso dos óbitos de mulheres, também surgiram algumas diferenças no que diz respeito aos grupos etários. Em ambos, as outras doenças do pulmão aparecem em primeiro lugar, com uma proporção ao redor dos 32%. No grupo de 60 a 74 anos, as outras formas de doenças do coração vêm a seguir, à frente da diabetes mellitus. Já no grupo de 75 anos e mais, as outras formas de doença do coração vêm em terceiro lugar, precedidas pela pneumonia (Gráficos 13 e 14).

Por fim, resta observar outras duas causas básicas que aparecem entre as quatro mais importantes em grupos isolados dentre aqueles selecionados com base na população idosa: a doença pulmonar obstrutiva crônica, no caso dos óbitos de homens na faixa de 60 a 74 anos, e a diabetes mellitus entre os de mulheres da mesma faixa etária. No primeiro caso, as principais causas associadas foram, pela ordem, o grupo das outras doenças do pulmão, a pneumonia, a insuficiência cardíaca e a doença da circulação pulmonar (Gráfico 11). Quanto à diabetes, a principal associação se deu com a doença cerebrovascular, seguida de perto pela doença hipertensiva; a insuficiência cardíaca, a nefrite e as deficiências nutricionais (Gráfico 13).

Gráfico 11
Principais Causas Básicas de Morte da População Masculina de 60 a 74 Anos, por Causas Associadas (1) Mais Frequentes Grande São Paulo 1986

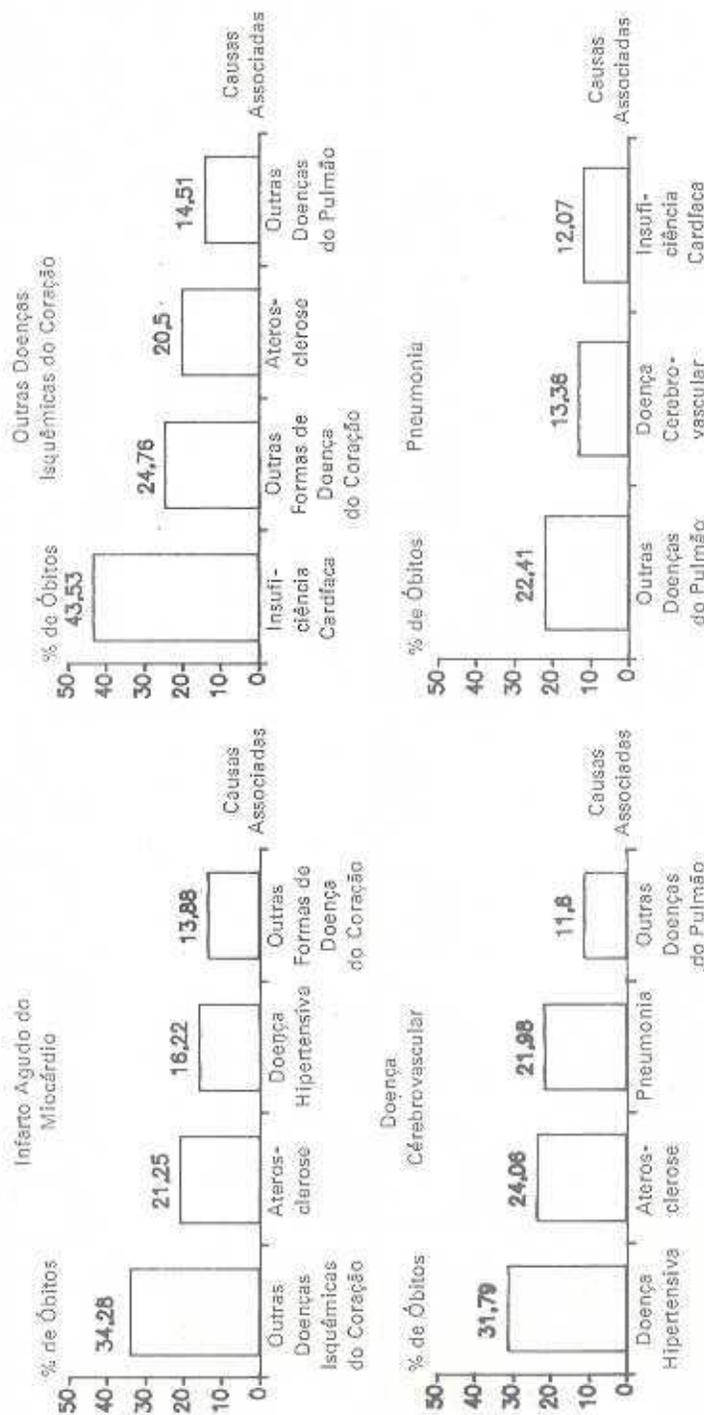


Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

(1) Em um mesmo atestado de óbito podem haver sido mencionadas mais de uma causa associada. Portanto, a soma das frequências das causas associadas geralmente é superior a 100%.

Gráfico 12

Principais Causas Básicas de Morte da População Masculina de 75 Anos e Mais, por Causas Associadas (1) Mais Frequentes Grande São Paulo 1986

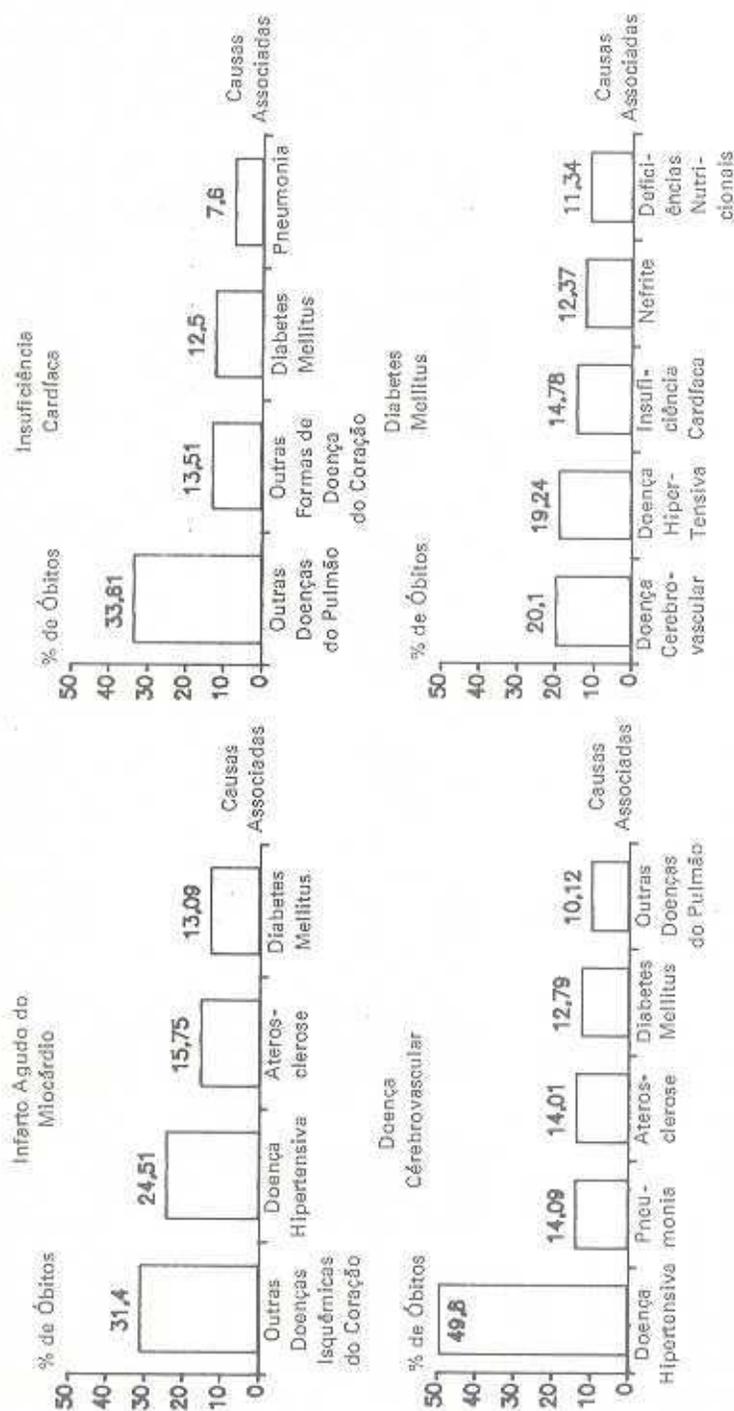


Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Saúde.

(1) Em um mesmo atestado de óbito podem haver sido mencionadas mais de uma causa associada. Portanto, a soma das frequências das causas associadas geralmente é superior a 100%.

Gráfico 13

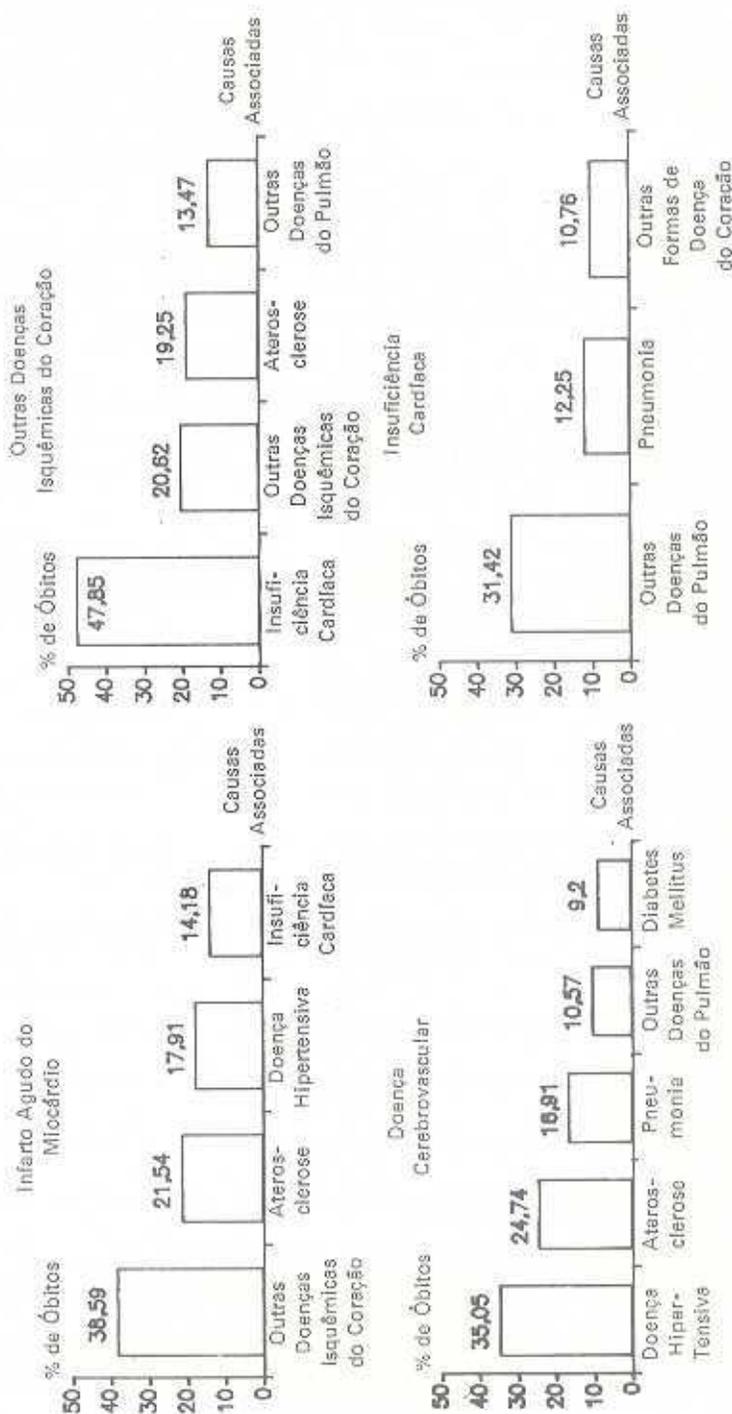
Principais Causas Básicas de Morte da População Feminina de 60 a 74 Anos, por Causas Associadas (1) Mais Freqüentes Grande São Paulo 1986



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

(1) Em um mesmo atestado de óbito podem haver sido mencionadas mais de uma causa associada. Portanto, a soma das freqüências das causas associadas geralmente é superior a 100%.

Gráfico 14
Principais Causas Básicas de Morte da População Feminina de 75 Anos e Mais, por Causas Associadas (1) Mais Frequentes Grande São Paulo 1986



Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade.

(1) Em um mesmo atestado de óbito podem haver sido mencionadas mais de uma causa associada. Portanto, a soma das frequências das causas associadas geralmente é superior a 100%.

Bibliografia

- BEHM, M. (1980). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. **Revista Cubana de Administración Pública**, 6 (1).
- BRASIL. Ministério da Saúde (1988). **Estatísticas de Mortalidade – Brasil, 1985**. Brasília, M.S.
- CARVALHO, J.A.M. (1988). O tamanho da população brasileira e sua distribuição etária: uma visão prospectiva. In: ABEP. **ANAIS do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, ABEP, v. 1, p. 37 - 66.
- CASTELLÓN, R.H. (1987). **Los problemas del desarrollo y el envejecimiento de la población: la experiencia cubana**. (Apresentado em: V Conferencia Científica de Ciencias Sociales, Universidad de La Habana – Habana, Cuba, fev. 1987).
- FUNDAÇÃO SEADE. GEADE (1986). Perspectivas de população para o Estado de São Paulo e suas Regiões Administrativas (1980-2000). **Informe Demográfico**, São Paulo, (18).
- GRUPO EXECUTIVO DA GRANDE SÃO PAULO – GEGRAN (1971). **Recursos humanos na Grande São Paulo**. São Paulo, GEGRAN, v.1.
- HAKKERT, R. (1984). **Trends and differentials of mortality in Brazil, 1950 to 1975**. (Tese de doutorado apresentada na Cornell University, 1984).
- KALACHE, A. et alii (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 21 (3).
- NAÇÕES UNIDAS (1961). **Demographic yearbook 1961**. New York Nações Unidas.
- (1968). **Demographic yearbook 1967**. New York Nações Unidas.
- (1975). **Demographic yearbook 1974**. New York Nações Unidas.
- (1982). **Demographic yearbook 1980**. New York Nações Unidas.
- (1985) **Demographic yearbook 1983**. New York Nações Unidas.
- OMRAN, A. (1971). The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 49.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1964). **Classificação internacional de doenças: Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito**. Washington, OMS, v. 1.

- (1969). **Classificação internacional de doenças**: Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. Washington, OMS, v. 1, (OMS/OPAS. Publicação Científica 109).
- . Centro para Classificação de Doenças em Português (1980). **Classificação internacional de doenças**. São Paulo, v. 1.
- PRESTON, S.H. (1976). **Causes and consequences of mortality declines in less developed countries during the twentieth century**. (Apresentado na Conference of Population and Economic Change in Less Developed Countries, 1976).
- RAMOS, L. et alii (1987). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 21 (3).
- SAAD, P.M. (1987). Mortalidade por causas múltiplas. **Revista São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, 1 (3): 77-83, out./dez.
- (1988). De que morrem os idosos no município de São Paulo? Uma análise por causas múltiplas de morte. In: ABEP. **ANAIS do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, ABEP, v. 1, p. 505-536.
- SAAD, P.M. & GIRALDELLI, B.W. (1984). Considerações sobre a implantação no Estado de São Paulo do sistema automático de classificação de causas de morte. **Informe Demográfico**, São Paulo, (13): 137-159.
- SAWYER, D.O. (1980). Mortalidade. In: SANTOS, J.L.F.; LEVY, M.S.F.; SMRECSANYI, T. (orgs.) **Dinâmica da População: teoria, métodos e técnicas de análise**. São Paulo, T.A. Queiroz.
- YAZAKI, L.M. (1980). Evolução da mortalidade da população idosa no município de São Paulo. In: ABEP, **ANAIS do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, ABEP, v. 1.



Morbidade da População Idosa

Luiz Roberto Ramos
Paulo Murad Saad

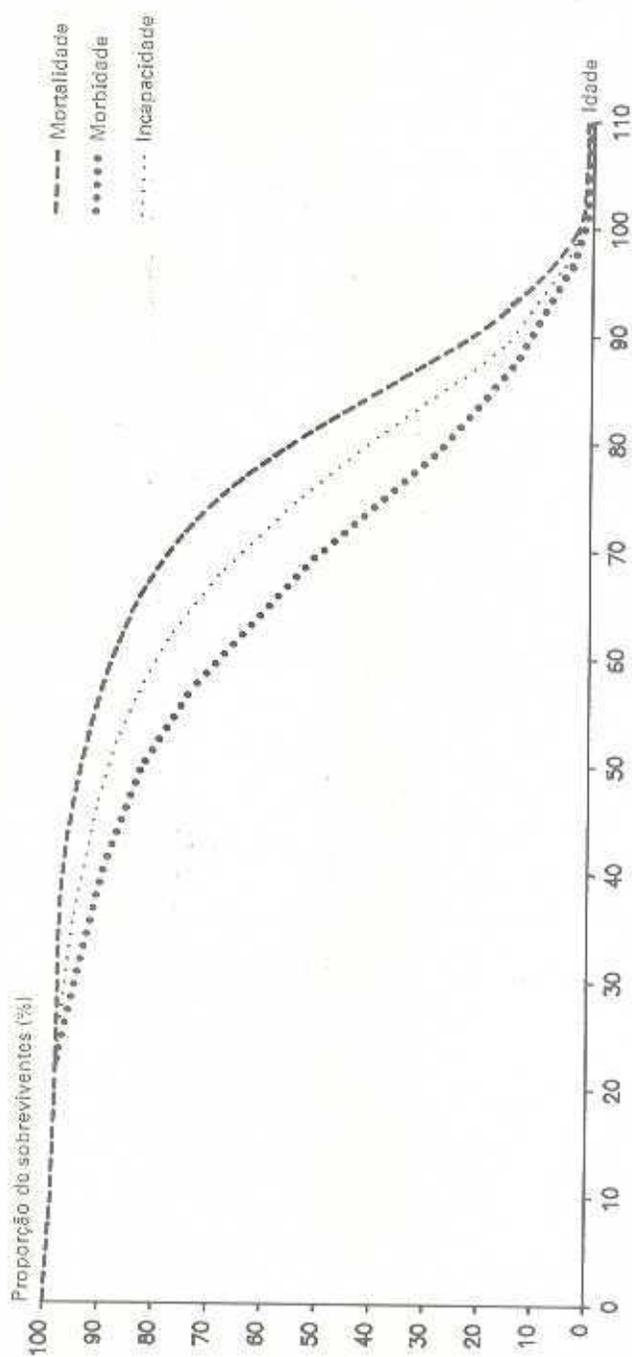
Morbidade Referida e Incapacidades

Como já ficou dito, o prolongamento da vida, decorrente da queda dos coeficientes de mortalidade, associado ao aumento percentual de pessoas que atingem idades avançadas – devido, por sua vez, à queda dos coeficientes de fecundidade –, traz como consequência uma mudança radical no perfil de morbidade e mortalidade de uma população. Com a chamada retangularização da curva de sobrevivência, observa-se uma progressiva concentração das mortes em idades bem avançadas, próximas do limite biológico da vida humana (considerado por alguns como sendo, em média, de cerca de 85 anos). Este fenômeno, descrito por Fries (1980) como a compressão da mortalidade, tem, sem dúvida, um caráter positivo, significando, em última análise, mais anos de vida para um número cada vez maior de pessoas. No entanto, a qualidade destes derradeiros anos de vida pode ser bastante baixa. Existem doenças crônicas que, antes de representar um risco de vida, são uma potencial ameaça à independência e à autonomia do indivíduo e, é inegável, um motivo para que aumente a demanda por serviços de saúde, como será discutido mais adiante.

No Gráfico 1, são mostradas três curvas: a de mortalidade, já comentada, que, neste caso, baseia-se na experiência das mulheres nos EUA; a de incapacidade; e a de morbidade. As duas últimas, hipotéticas: mesmo em países como os EUA, inexistem dados de rotina que permitam calcular o número de pessoas incapacitadas e portadoras de doenças crônicas a cada período de vida de uma determinada coorte. Com base em pesquisas e estudos isolados, é possível estimar, além disso, que, em uma coorte na qual 75% dos indivíduos ainda estão vivos após 70 anos, cerca de um terço dos sobreviventes serão portadores de uma doença crônica e pelo menos 20% deles terão algum grau de incapacidade associada (Organização Mundial de Saúde, 1984).

Vem daí a indagação: será possível retangularizar também as curvas de morbidade e incapacidade? Até o momento, as evidências são desencorajadoras, embora autores (Fries & Crapo, 1981) acreditem que, através de hábitos saudáveis de vida, seja possível postergar a ocorrência de moléstias crônicas e suas seqüelas. A maioria dos trabalhos nesta área, no entanto, parece demonstrar que o prolongamento da vida humana tem tido como consequência a extensão do período de doença e incapacidade de um número crescente de pessoas em idade prolecta. As enfermidades em questão consistem, em sua maioria, nas mesmas que irão compor as causas de óbito já discutidas, embora o êxito letal, por vezes, só ocorra após várias décadas de sofrimento e limitação física.

Gráfico 1
 Curvas Observada de Mortalidade e Hipotéticas de Morbidade e Incapacidade para a População Feminina
 EUA
 1980



Fonte: Organização Mundial da Saúde (1984).

No Brasil, inexistem quaisquer estatísticas sobre morbidade na população idosa, mesmo porque esta parcela populacional, até agora, tem sido objeto de pouquíssimos estudos. Um primeiro levantamento domiciliar levado a cabo no Município de São Paulo (Ramos, 1987), através de entrevista realizada por pesquisador leigo submetido a treinamento, obteve dados que apenas sugerem a prevalência de algumas doenças na população de 65 anos ou mais. Na Tabela 1, vê-se que a principal moléstia percebida é a hipertensão, referida por 36% dos entrevistados, o que mostra certa coerência com o fato de serem os acidentes cardiovasculares as principais causas de morte nesta faixa etária. Em seguida, vem a artrite ou reumatismo (32%) – embora não seja causa de morte, é, sem dúvida, um mal incapacitante, repercutindo no grau de independência do indivíduo afetado. Ainda com destaque, aparecem as varizes (28%), também atuando mais como incapacitantes do que como fatais, e as doenças do coração (23%), que tanto podem incapacitar como matar. A diabetes surge como a quinta doença mais referida e, certamente, compõe com as cardiovasculares em geral o principal quadro mórbido entre idosos. Apenas 28% dos entrevistados se consideraram livres de qualquer doença, sendo que 10% referiram pelo menos cinco distúrbios crônicos.

Tabela 1

Morbidade da População de 65 Anos e Mais Vivendo na Comunidade (1)
Município de São Paulo
1984.

Doenças	Em porcentagem	
	Proporção de Casos Referidos (2)	
Hipertensão	36	
Reumatismo	32	
Varizes	28	
Doenças do Coração	23	
Diabetes	10	
Fígado	9	
Rim	7	
Bexiga	7	
Bronquite	6	
Glaucoma	6	
Vesícula	5	
Doenças Musculares	5	
Acidente Vascular Cerebral	4	
Úlcera	4	
Doença da Pele	3	
Próstata	3	

Fonte: Ramos (1987).

(1) Morbidade referida pelos próprios entrevistados.

(2) A soma desta coluna ultrapassa os 100%, pois uma mesma pessoa pode ter referido duas ou mais doenças ao mesmo tempo.

Até o presente, pouco é conhecido com relação à prevalência de incapacidades na população idosa. As únicas informações disponíveis provêm do mesmo estudo domiciliar citado: procurou-se medir o grau de incapacidade dos idosos através da necessidade de ajuda, referida pelo entrevistado, para realizar uma série de atividades da vida diária, ou AVD (Ramos, 1987). De acordo com os resultados encontrados (Tabela 2), 10% dos idosos residentes em domicílios particulares possuíam um grau de incapacidade que requeria cuidados pessoais em tempo integral (AVD = 5+), enquanto apenas 39% estavam livres (AVD = zero) de qualquer tipo de incapacidade.

Tabela 2.

Distribuição do Grau de Incapacidade da População de 65 Anos e Mais, por Grupos de Idade, Segundo Índice AVD (1)
Município de São Paulo
1984

Índice AVD	Distribuição do Grau de Incapacidade, por Grupos de Idade				Em porcentagem
	65 a 69 Anos	70 a 74 Anos	75 a 79 Anos	80 Anos e Mais	Total
Total	109	100	100	100	100
Zero	54	35	40	15	39
1 - 2	31	28	29	30	30
3 - 4	11	29	18	28	21
5+	4	8	13	28	10
Número de:					
Entrevistas . . .	97	92	45	40	274

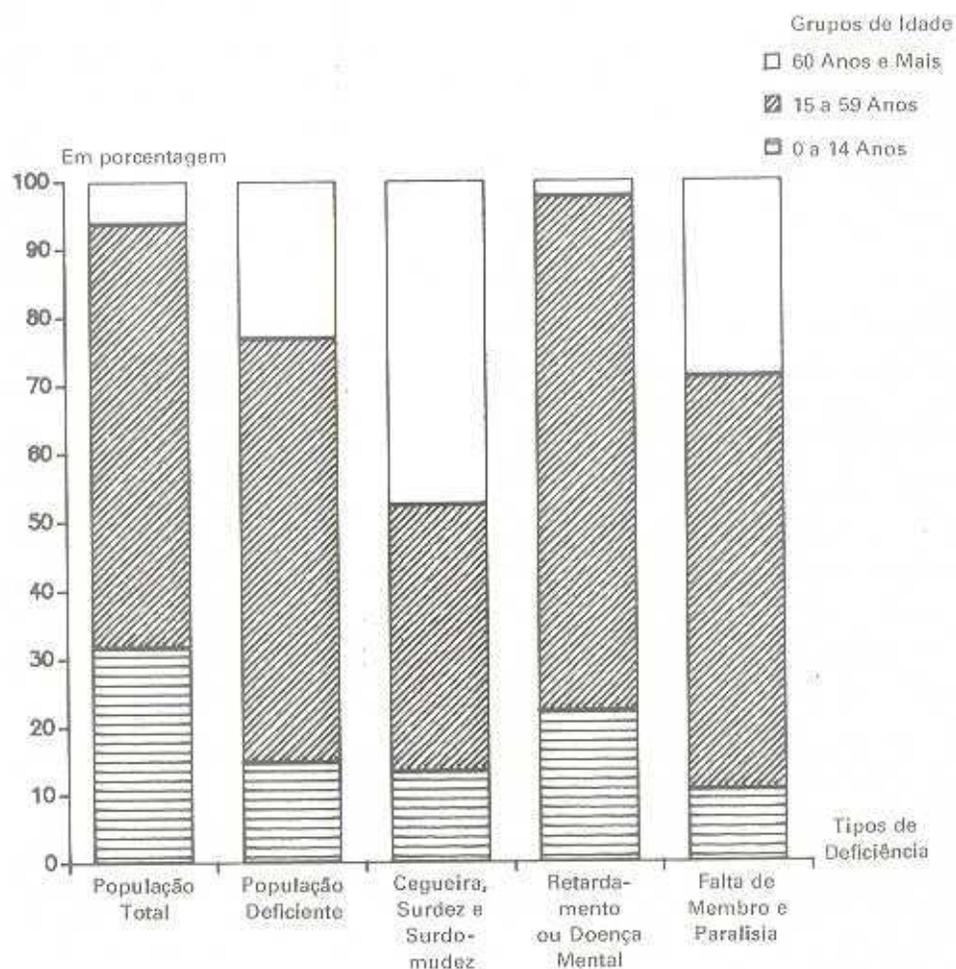
Fonte: Ramos (1987).

(1) Este índice refere-se ao número de atividades da vida diária (AVD) para as quais os indivíduos necessitam de algum tipo de ajuda para realizar. Para maiores detalhes sobre esta metodologia, ver a referência indicada na fonte.

Outro tipo de dado que permite uma aproximação quanto às condições de incapacidade dos idosos refere-se àqueles portadores de algum tipo de deficiência, já que as pessoas deficientes gozam, em geral, de um menor grau de autonomia. Em 1981, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 1,3% da população da Grande São Paulo possuía algum tipo de deficiência. Entre os jovens até 14 anos, esta proporção não passava de 0,6%, aumentando para 1,3% entre os adultos de 15 a 59 anos e para 4,7% entre os maiores de 60 anos. Embora estes últimos representassem cerca de 6,2% da população total, entre os deficientes eles eram 23% (Gráfico 2). Entre os idosos deficientes, aproximadamente 32% eram surdos,

Gráfico 2

Distribuição da População Deficiente, por Grupos de Idade, Segundo Tipos de Deficiência
Grande São Paulo
1981



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

mudos ou surdos-mudos (Tabela 3), significando quase a metade (47,6%) dos portadores deste tipo de deficiência entre a população total. Outros 65% dos idosos deficientes o eram pela falta de algum membro, por paralisia, por outro tipo de deficiência ou por mais de um tipo ao mesmo tempo – o que, em termos de população total, significava que 28,9% deste tipo de deficientes estavam na faixa dos 60 anos e mais.

Tabela 3

Distribuição da População Deficiente, por Grupos de Idade, Segundo Tipos de Deficiência

Região da Grande São Paulo
1981

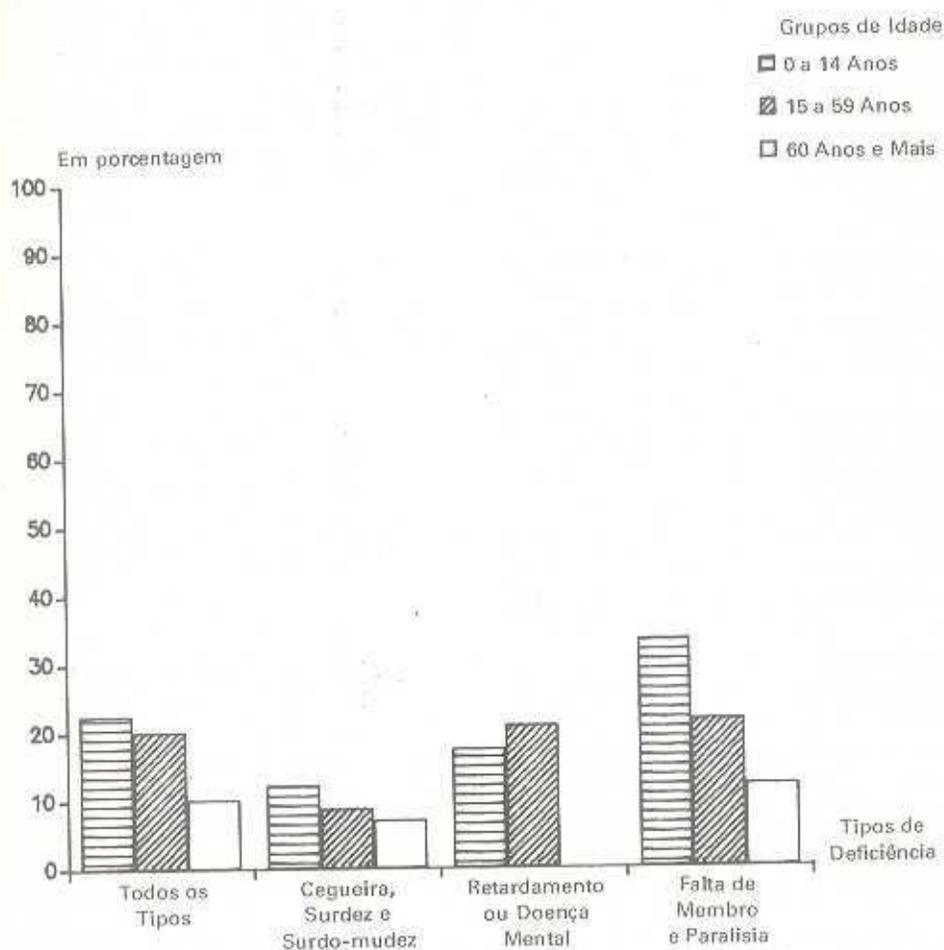
Tipos de Deficiência	Distribuição da População Deficiente, por Grupos de Idade			
	Total	0 a 14 Anos	15 a 59 Anos	60 Anos e Mais
Total (números absolutos)	165.314	24.535	102.695	38.084
Total (em porcentagem)	100,0	100,0	100,0	100,0
Cegueira, Surdez e Surdo-Mudez	15,4	13,9	9,7	31,8
Retardamento ou Doença Mental	33,0	49,4	40,1	3,4
Falta de Membro, Paralisia, Outros Tipos e Mais de um Tipo	51,6	36,7	50,3	64,8

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1981.

Com relação à assistência médica profissional prestada aos deficientes, observam-se níveis bastante baixos no geral e que se tornam ainda mais reduzidos no caso dos idosos, não importa o tipo de deficiência (Gráfico 3). Isto quer dizer que a família ainda desempenha um papel fundamental diante desta situação de maior dependência, pois arca praticamente de forma isolada com a responsabilidade pelos cuidados que devem ser dispensados aos seus familiares mais velhos e deficientes.

Gráfico 3

Proporção de Pessoas Deficientes que Receberam Algum Tipo de Assistência, por Grupos de Idade, Segundo Tipos de Deficiência
Grande São Paulo
1981



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

Morbidade Hospitalar

Embora não se possa contar com informações sistemáticas e regulares sobre morbidade geral da população brasileira – fato este devido, em grande parte, às dificuldades intrínsecas à captação de números relativos à morbidade ambulatorial e, principalmente, àquela que não chega a ser comunicada aos serviços de saúde (Lebrão & Jorge, 1979) –, há fontes de dados de morbidade hospitalar que permitem algum tipo de análise. É o caso, por exemplo, dos boletins CAH – Controle de Alta Hospitalar – da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, e AIH – Autorização de Internação Hospitalar – do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps). Os primeiros referem-se a todas as internações hospitalares efetuadas no Estado, em qualquer tipo de hospital (público ou privado) e condição de utilização. Os outros, apenas às internações na rede vinculada à Previdência Social.

A dificuldade, porém, em se trabalhar com estas informações é ainda muito grande. Por um lado, inexistente um sistema de processamento dos boletins CAH que permita seu armazenamento em arquivos eletrônicos, ficando toda e qualquer análise sujeita a pesquisas amostrais bastante trabalhosas e dispendiosas. Por outro lado, embora processadas eletronicamente, as informações dos boletins AIH fornecidas pelo Inamps às secretarias estaduais de Saúde não aparecem totalizadas por grupos de causas de internação (estão desagregados segundo o quarto dígito da Classificação Internacional de Doenças), nem por regiões ou estado (mas só em termos de municípios). Outro problema diz respeito ao fato de as causas de internação aparecerem desagregadas por grupos etários apenas até os 50 anos, impossibilitando análises específicas da população mais idosa.

Ainda que se desprezem estes problemas de ordem operacional, as estatísticas hospitalares, quando consideradas como fonte de dados de morbidade geral, ficam sujeitas a uma série de limitações. Em primeiro lugar, são seletivas, porque se referem somente às doenças que exigiram internação, e parciais, pois nem todos os casos que necessitariam internação são hospitalizados. Além disso, a própria qualidade do sistema de registro de informações também chega a prejudicar o estudo da morbidade (Ferreira & Faria, 1986).

No caso dos boletins AIH, há ainda que se considerar que, embora compo-nham um arquivo abrangente, com informações hospitalares de todas as unidades da Federação, a população usuária da rede contratada do Inamps é integrada pelos segurados da Previdência Social, tratando-se, portanto, de uma clientela limitada e relativamente homogênea, que exclui, é muito provável, os grupos populacionais que se encontram nas faixas extremas da escala social. Numa ponta, estão os mais privilegiados em termos sócio-econômicos, que, com freqüência se utilizam de outras formas de atendimento médico-hospitalar; noutra, está a parcela mais carente, em geral à

margem do sistema produtivo formal, a qual, desvinculada do sistema previdenciário, acaba se valendo dos hospitais públicos ou beneficentes (1).

Um outro aspecto a considerar diz respeito à concentração das internações por determinados tipos de doenças, tanto em hospitais especializados da rede pública – é o caso das doenças infecciosas e parasitárias e dos neoplasmas –, como em hospitais universitários, com relação àquelas doenças que requerem tratamentos mais complexos. Isto pode ser um fator diferencial do quadro de morbidade da população previdenciária (Pinto, 1988).

Finalmente, deve-se ressaltar, quando da utilização das estatísticas hospitalares para estudos de morbidade, que a unidade de análise nos arquivos de dados refere-se às internações e não aos indivíduos. Desta forma, pode existir uma superestimação da prevalência de certas doenças que requerem internações sucessivas.

Consideradas todas estas restrições, apresentam-se a seguir alguns dados relativos à morbidade hospitalar. Como se perceberá, aproximam-se bastante das estatísticas de mortalidade analisadas anteriormente.

Segundo pesquisa da Fundação Seade com base em uma amostra dos boletins CAH referentes ao ano de 1980 no Estado de São Paulo (Ferreira & Faria, 1986), a principal causa de internação entre os idosos foram as doenças do aparelho circulatório (36,7%). Entre a população de 60 a 69 anos, estas foram responsáveis por 34,6% das hospitalizações, aumentando para 38,4% entre os maiores de 70 anos (Tabela 4). A segunda causa em importância foram as doenças do aparelho respiratório (11,5%), aqui também com uma proporção algo superior entre os maiores de 70 anos em relação aos de 60 a 69 anos (12,3% e 10,8%, respectivamente). A seguir, vêm as doenças do aparelho digestivo (8,4%) e os neoplasmas (7,8%), sendo aquelas mais significativas que estas na faixa etária de 60 a 69 anos, invertendo-se esta situação no grupo etário subsequente. Outras causas importantes foram as doenças do aparelho geniturinário (6,0%) e as doenças das glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo (4,8%). São também dignas de nota as doenças infecciosas e parasitárias e as lesões e envenenamentos, todas representando 4,4% das internações. Vale citar, ainda, a proporção significativa (6,2%) de internações nas quais os diagnósticos não foram muito bem precisados, visto que se enquadram no grupo das causas mal definidas.

1) Existe uma tendência de alteração deste quadro, conforme o atendimento médico-hospitalar por parte do Inamps tende a se universalizar, a partir de 1987, com o advento do SUS, favorecendo, teoricamente, esta parcela mais carente da população.

Tabela 4

Distribuição dos Pacientes Egressos de 60 Anos e Mais, por Grupos de Idade, Segundo Causas de Internação (1)
Estado de São Paulo
1980

Causas de Internação	Em porcentagem		
	Distribuição dos Pacientes Egressos, por Grupos de Idade		
	60 Anos e Mais	60 a 69 Anos	70 Anos e Mais
Total	100,0	100,0	100,0
Doenças do Aparelho Circulatório	36,7	34,6	38,4
Doenças do Aparelho Respiratório	11,5	10,8	12,3
Doenças do Aparelho Digestivo	8,4	8,7	6,8
Neoplasmas	7,8	7,9	7,5
Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas	6,2	6,4	5,9
Doenças do Aparelho Geniturinário	6,0	6,4	5,4
D. das Glând. Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Tránsf. Imunitários	4,8	4,4	5,3
Lesões e Envenenamentos	4,4	3,9	4,9
Doenças Infecciosas e Parasitárias	4,4	4,4	4,4
Demais Causas	9,8	11,5	9,1

Fonte: Ferreira & Fariá, (1986).

(1) Segundo os grandes capítulos da Classificação Internacional de Doenças - CID.

Dados mais recentes sobre causas de internação puderam ser obtidos de uma tabulação elaborada pelo Centro de Informações sobre Saúde (CIS) da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, com base em uma amostra de boletins AIH referentes ao ano de 1987 para a região da Grande São Paulo. Como esta tabulação só reporta as vinte principais causas de hospitalização, sem informar o total da amostra, não foi possível calcular o peso relativo das diferentes causas. No entanto, estes dados permitiram conhecer aquelas mais frequentes relativas aos indivíduos maiores de 50 anos, das quais o Quadro 1 apresenta as 12 primeiras.

Além das doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório, que aparecem de forma mais agregada segundo a classificação por causas adotada (2), sobressaem cinco causas ligadas ao aparelho circulatório - as

(2) Lista Básica para Tabulação de 56 rubricas de dois dígitos (Organização Mundial da Saúde, 1980).

doenças da circulação pulmonar, a doença cerebrovascular, a doença isquêmica do coração, a doença hipertensiva e as outras doenças do aparelho circulatório (Quadro 1). A seguir, aparecem as doenças endócrinas e metabólicas e as do aparelho urinário. Chama a atenção, de novo, o grande número de diagnósticos mal definidos, que acabaram ocupando a décima posição. As duas últimas que mereceram destaque foram as doenças dos órgãos genitais femininos e as fraturas, que, no caso da população idosa, estão fortemente associadas ao problema da osteoporose.

Quadro 1

Ranking das Principais Causas de Internação (1) da População de 50 Anos e Mais na Rede Previdenciária Grande São Paulo 1987

Ranking	Principais Causas de Internação
1ª	Doenças da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração
2ª	Doenças de outras partes do aparelho digestivo
3ª	Outras doenças do aparelho respiratório
4ª	Doença cerebrovascular
5ª	Doença isquêmica do coração
6ª	Doença hipertensiva
7ª	Doenças endócrinas e metabólicas e transtornos imunitários
8ª	Outras doenças do aparelho circulatório
9ª	Doenças do aparelho urinário
10ª	Sinais, sintomas e afecções mal definidas
11ª	Doenças dos órgãos genitais femininos
12ª	Fraturas

Fonte: Centro de Informação sobre Saúde - CIS.

(1) Segundo os grandes capítulos da Classificação Internacional de Doenças - CID.

Vale ressaltar que, embora os neoplasmas, no seu conjunto, representem uma das causas mais importantes de internação entre os idosos, não aparecem na tabulação do CIS pelo fato de se apresentarem de forma bastante desagregada na classificação utilizada.

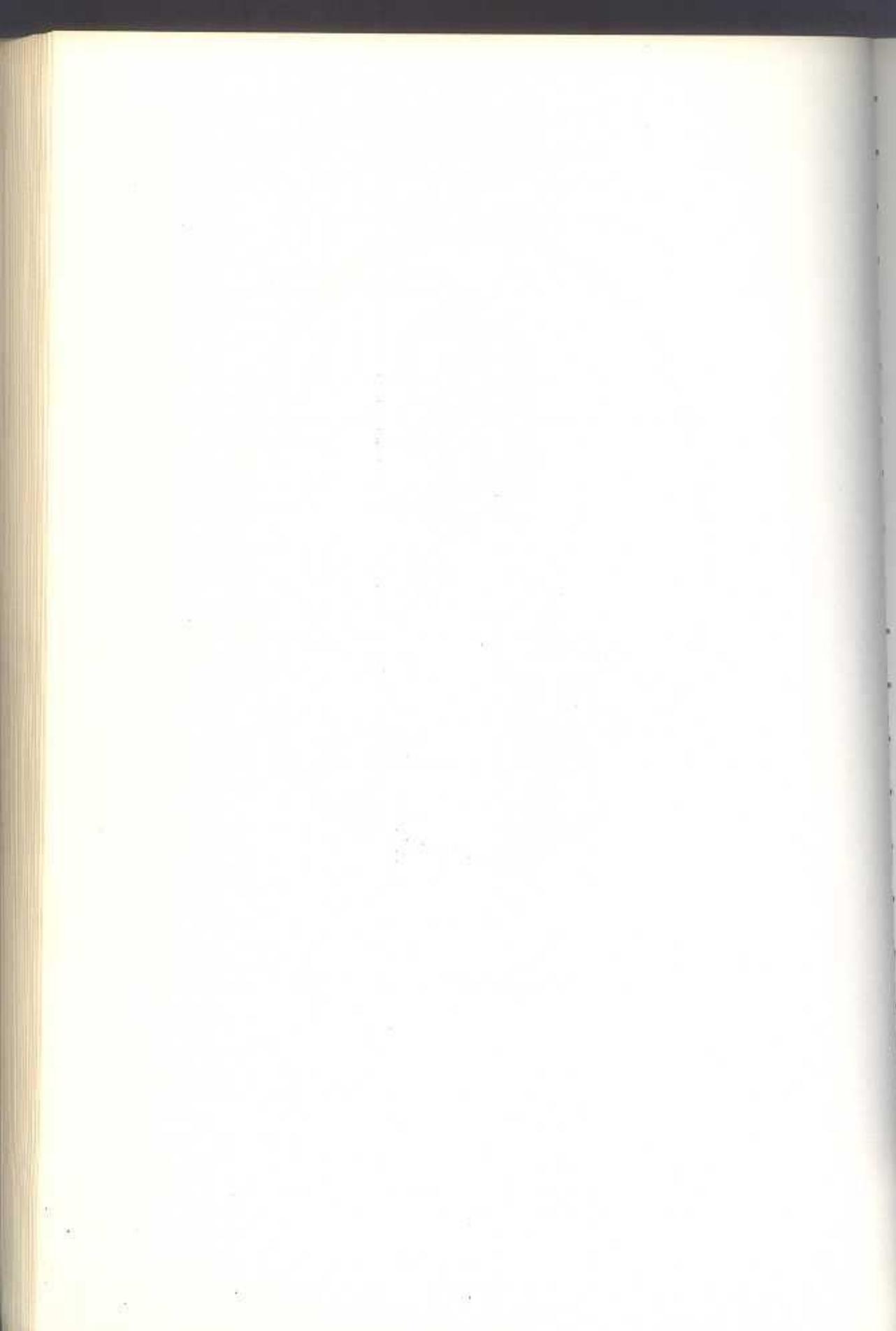
Como se pode perceber, o quadro mórbido hospitalar da população idosa se associa de forma marcante com patologias crônico-degenerativas, o que implica, como se verá, uma utilização mais intensiva dos equipamentos e serviços disponíveis na rede de saúde.

Bibliografia

- FERREIRA, J.M.N. e FARIA, C.G. (1986). Morbidade hospitalar no Estado de São Paulo. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, 2(2/3): 31-52, maio/dez.
- FRIES, J.F. (1980). Aging, natural death and compression of mortality. **The New England Journal of Medicine**, 303: 130-135.
- FRIES, J.F. e CRAPO, L.M. (eds.) (1981). **Vitality and aging: implications of the rectangular curve**. San Francisco, W.H. Freeman and Company.
- LEBRÃO, M.L. e JORGE, M.H.P. de M. (1979). Fontes de dados de mortalidade: análise crítica. **Revista Paulista de Hospitais**, 27(6): 179-187, jun.
- PINTO, C.B. et alii (1988). Morbidade hospitalar na rede contratada do Inamps. **Revista Dados**. Rio de Janeiro, 6(12), ago./set.
- RAMOS, L.R. (1987). **Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in the community**. (Tese de PhD apresentada na London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 1987).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Centro para Classificação de Doenças em Português (1980). **Classificação internacional de doenças**. São Paulo, v. 1.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1984). **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. Genebra, OMS (Technical Report Series, 706).



A ESTRUTURA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA E OS IDOSOS



Considerações Preliminares e o Plano de Ação Mundial Sobre o Envelhecimento

Maria das Graças P. de H. Cavalcanti
Paulo Murad Saad

As políticas sociais brasileiras, de um modo geral, apresentam-se historicamente bastante fragmentadas e estanques. Inúmeros foram os órgãos, planos e sistemáticas de atendimento voltados à população, em especial à carente, que emergiram no percurso das dificuldades crônicas ou circunstanciais – que, a despeito até de um certo aspecto criativo –, não chegaram sequer a alcançar por inteiro a clientela de destino. A proliferação de programas, que vinham a suceder os já iniciados, apontam a ruptura e a descontinuidade, debilitando, ainda mais, os já precários mecanismos de cobertura às demandas sociais. Dessa maneira, os recursos destinados a esses fins submergiam ante a falta de planejamento e a má administração.

No caso específico dos idosos, este problema se agrava por dois motivos. Primeiro, porque as modificações na estrutura etária da população, provocadas pelas alterações demográficas em curso, ainda não são percebidas na sua verdadeira dimensão nem, muito menos, é considerada a magnitude que alcançarão num futuro próximo. Segundo, porque os idosos encontram-se em situação debilitada, uma vez que, ao não mais participarem do sistema produtivo – cuja característica é a competição e o lucro e onde a experiência conta menos do que a assimilação ágil de novas tecnologias –, perdem, aos poucos, seu espaço e seu poder de pressão reivindicatória.

No entanto, cabe assinalar que, na última década, algumas medidas começaram a ser adotadas no sentido de enfrentar, tanto no discurso político como em algumas práticas, a questão do idoso. Já se fazem notar avanços, seja através de manifestações e mobilização de segmentos sociais, com conseqüentes respostas no meio político, sobre os direitos dos cidadãos (demonstrados com expressividade no período constituinte), seja nas discussões que permanecem, relativas às formas de o Estado e a sociedade assumirem efetivamente o papel redistributivo rumo ao combate à desassistência e à redução das desigualdades sociais.

Neste sentido, ganha destaque o papel das associações, federações e confederações de aposentados e pensionistas, que têm-se revelado bastante mobilizadas e atuantes. Entretanto, os idosos que já fizeram parte da força de trabalho, que já deram sua contribuição, contam pouco com os trabalhadores da ativa para abraçar suas plataformas de luta. Tampouco dela participam os milhares de idosos anônimos e dependentes do assistencialismo clientelístico, tão sedimentado na sociedade brasileira, que se submetem a diversos arranjos para continuarem sobrevivendo.

O intuito deste capítulo é avaliar a forma como o Estado tem assimilado o aumento proporcional do contingente idoso da população, através de um balanço das políticas que atingem mais diretamente seus interesses – saúde e previdência social –, e dos programas específicos mais significativos a ele destinado. A análise, por vezes, não atinge a dimensão desejável porque as informações estatísticas disponíveis são bastante limitadas e, além disso, existem dificuldades de acesso a dados precisos e atualizados (como, por exemplo, os da previdência). Ademais, algumas agências de governo ou mesmo civis que servem ao idoso não dispõem de um controle sobre o atendimento à sua clientela.

Antes, porém, da análise destas políticas e programas, é importante que se faça referência às discussões que o tema do envelhecimento tem gerado em escala internacional e que encontram na Organização das Nações Unidas (ONU) o seu principal foro de debates.

O Plano de Ação Mundial Sobre o Envelhecimento

Embora o envelhecimento já venha merecendo há algumas décadas uma atenção especial, principalmente nos países mais desenvolvidos, só após a realização da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (AME), na cidade de Viena (Áustria), em 1982, sob os auspícios da ONU, é que foram intensificados os estudos, a atenção e a preocupação de um grande número de nações, inclusive muitas do Terceiro Mundo, com suas respectivas populações idosas.

O Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento (Pame), aprovado na referida assembléia, acabou por se constituir em um verdadeiro guia para a ação dos diferentes países, representando o primeiro instrumento internacional amplo com relação aos idosos, no qual se enfatiza a estreita relação entre o envelhecimento populacional e o processo de desenvolvimento (Hernández, 1988).

O Pame formula um cenário de grande transformação do desempenho governo-sociedade, no sentido de fazer prevalecer princípios de dignificação do homem, passando pela solução de suas carências mais elementares, tais como trabalho, educação, saúde e moradia, condições imprescindíveis para assegurar uma trajetória de vida soberana, autônoma e participativa. Enfatiza-se que as questões do envelhecimento não devem ser tratadas separadamente e, sim, como parte integrante de uma estratégia global de desenvolvimento sócio-econômico que vise alcançar melhores condições de vida para toda a população. Por outro lado, não se consideram as pessoas de idade como um bloco monolítico, sem necessidades diferenciadas. Estima-se que os idosos de classes e situações privilegiadas defendem suas vantagens, o mesmo não ocorrendo com seus contemporâneos menos favorecidos. Estes não têm as mesmas vantagens na disputa.

Ao estipular critérios para o planejamento e desempenho de políticas sociais voltadas ao idoso, são recomendadas algumas medidas de execução simplificada; restando aos setores envolvidos na sua implementação uma firme intenção política e a coragem para executá-las.

Nestes termos, a responsabilidade recai sobre três forças sociais de igual importância: o Estado, a comunidade e a família. Ao Estado é recomendado atuar como um mecanismo regulador-planificador e como um redistribuidor de incentivos e subsídios para que as outras instâncias cumpram o seu papel. Ao mesmo tempo, deve-se objetivar a integração da comunidade na solução dos aspectos do envelhecimento de tal forma que o idoso participe verdadeiramente e se sinta útil à sociedade. Quanto à família, a recomendação é que continue sendo a instância primeira com relação aos cuidados básicos dos idosos.

Em se tratando de um modelo cujo intento é traçar os parâmetros referenciais do planejamento e da execução de políticas, parece oportuno apresentar um resumo das indicações expostas no referido Plano.

Em primeiro lugar, sugere-se que, ao decidir pela elaboração de políticas e programas dirigidos à população de idade avançada, é importante o conhecimento das tendências demográficas prevalentes. As características e variáveis comuns a esse grupo social devem ser levadas em conta, possibilitando o registro de uma maior quantidade de informações que orientariam os profissionais, os políticos e os encarregados dos programas, como também o público em geral, fazendo-os compreender melhor a situação de vida dos idosos.

Um segundo ponto das diretrizes refere-se à educação da população em geral sobre o processo de envelhecimento e suas prováveis conseqüências, tanto para o indivíduo como para a sociedade.

De outro ângulo, considera-se imprescindível que as pessoas de idade percebam alguma renda, seja por seu próprio trabalho, seja por transferência, e aponta-se a necessidade de aumentar e melhorar os serviços sociais para os idosos. As pessoas ou instituições que prestam esses serviços não deveriam ter objetivo de lucro, mas sim da contribuição para o desenvolvimento da sociedade.

Da mesma maneira, devem-se fortalecer programas para etapas imediatamente anteriores ou posteriores à aposentadoria e estabelecer, ao lado da difusão de conhecimentos profissionais em matéria de gerontologia e geriatria, programas que promovam uma imagem positiva do processo de envelhecimento.

Entre os diversos aspectos do envelhecimento abordados na AME e considerados de extrema importância para a formulação de políticas, destacam-se, entre outros: os físicos, no que se refere ao declínio do vigor, à maior

incidência de enfermidades e invalidez, trazendo como conseqüências a diminuição da participação e a redução da mobilidade e independência; os *econômicos*, relativos à diminuição do salário e à perda de alguns benefícios, tais como seguro médico e outros subsídios dispensados aos empregados; os *psicossociais*, advindos da diminuição ou perda da renda real e da menor participação na esfera social e econômica, o que leva o idoso a se ver numa posição de marginalidade, podendo provocar carências emocionais, solidão e sentimento de ser desprezado; os relativos a *emprego*, indicando para a necessidade de reciclagem e de adaptação de maquinários, além de horários de trabalho flexíveis; os de *habitação*, quando se discute a necessidade de adequação do meio físico às condições de saúde e de mobilidade dos idosos; e, finalmente, os que se referem à *participação*, onde se enfatiza a necessidade de criar novos papéis, funções e atividades que propiciem aos idosos continuar participando da vida comunitária e social (Nações Unidas, 1982).

Apesar da aprovação unânime do Pame, as condições de vida dos idosos em muitos países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento, ainda estão distantes das ideais. Nas nações em desenvolvimento, a situação é ainda mais delicada, devido à posição de desvantagem em que se encontram dentro da injusta ordem econômica internacional imperante, em um cenário, além do mais, de grave crise econômica mundial.

As avaliações realizadas por diversos organismos e agências internacionais, entre elas a própria ONU, indicam que a situação dos idosos não melhorou substancialmente desde a realização da AME (Hernandez, 1988).

No informe da reunião inter-agências de todo o Sistema de Coordenação de Políticas dedicadas ao idoso, celebrada em março de 1988, na Áustria, reconheceu-se: "A informação disponível indica que a implantação de programas e projetos no campo do envolvimento em muitos países em desenvolvimento desde a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em 1982, tem sido limitada e esporádica. Existe, portanto, a necessidade de um apoio sistemático da comunidade internacional, para assistir aos governos a promover a implementação do Plano de acordo com suas políticas de desenvolvimento e prioridades" (Nações Unidas, 1988).

Diante deste conjunto de diretrizes, surge a questão quanto às possibilidades de sua aplicação. Para procurar entender a viabilidade da implementação do Pame junto à sociedade brasileira, é importante que se façam algumas considerações a respeito da atuação do Estado, da comunidade e da família, que formam, como já se viu, seu tripé de sustentação.

Faria & Silva (1983) ressaltam que as transformações resultantes do desenvolvimento industrial gerado no Brasil, nas últimas três décadas, aportaram novos parâmetros e demandas que passaram a se constituir em novos elos de integração social. Constatam que se trata de uma sociedade cujas profundas transformações, em exíguo espaço de tempo, evoluiu para uma

maior fragmentação, com um afrouxamento da vida participativa e comunitária. Essas mudanças provocaram também um esfacelamento das relações familiares, aguçado por uma série de carências a que está sujeita grande parte das famílias brasileiras.

Com relação à vida comunitária, pode-se afirmar que tais relações ainda estão muito aquém do desejável. O individualismo e a indiferença tornaram-se quase que tradições, principalmente no âmbito das grandes metrópoles (Faria & Silva, 1983). Apenas na última década é possível ressaltar alguns fenômenos indicativos, talvez, de uma ação comunitária em gestação: os movimentos de moradores em associações de bairros, os núcleos populares animados pelas Comunidades Eclesiásticas de Base (CEBs) e outras entidades religiosas, e o movimento ecológico. Através destes meios e a partir de necessidades próprias, iniciam-se ações reivindicativas, criando pressões e atuando de forma organizada, procurando incorporar interesses de uma coletividade mais ampla.

Por outro lado, as profundas alterações que se verificam junto à estrutura familiar – analisadas mais atrás –, decorrentes principalmente do processo desenfreado de urbanização, tendem a dificultar o papel da família como referencial de apoio às pessoas idosas. Com efeito, o que se observa é uma diminuição das famílias tradicionais extensas – onde os idosos tinham de alguma forma o seu espaço adquirido –, que vão dando lugar às famílias nucleares em espaços residenciais urbanos cada vez mais reduzidos. Soma-se a este fato o crescente ingresso da mulher – que é, na verdade, quem se encarrega de fato dos cuidados dos idosos na família – na força de trabalho.

Diante desses entraves aumenta notavelmente a responsabilidade do Estado em adequar, gerir e produzir resultados que configurem o fortalecimento das outras instâncias de apoio e sustentação às pessoas de idade.

Bibliografia

- FARIA, V. & SILVA, P.L.B. (1983). **Transformações estruturais, políticas sociais e dinâmica demográfica: a discussão de um caso – Brasil 1950 – 1980.** São Paulo, nov. (mimeo).
- HERNANDEZ, R.C. (1988). **Características sociodemográficas de los senescentes segun areas de residencia.** Apresentado no Taller Internacional sobre Envejecimiento de la Población, La Habana, Cuba, 1-3 nov. (mimeo).
- NAÇÕES UNIDAS (1982). **Informe da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da População.** A/CONF./31. Viena, Austria.
- _____. (1988). **Report of the Inter-Agency Meeting on System-Wide Coordination of Policies and Programmes in the Field of Aging.** Vienna International Centre, 10-11 mar. Administrative Committee on Coordination. ACC/1988PG/).



Os Idosos no Contexto da Saúde Pública

Maria das Graças P. de H. Cavalcanti
Paulo Murad Saad

A Política de Atenção à Saúde no Brasil: Uma Síntese

As mudanças no contexto social brasileiro, com o crescimento e a maior complexidade da economia, acarretaram alterações importantes no aparelho de Estado voltado a atender às demandas da população relativas aos cuidados com a saúde.

Paralelamente ao atendimento ao indivíduo urbano – o assalariado, força motriz do processo de industrialização brasileira –, no campo da assistência médica foram também implantadas algumas medidas de caráter preventivo, como as de combate às endemias (febre amarela, malária, peste, tuberculose, etc.), através de serviços regionais de saúde, que culminaram, nos anos 50, com a criação do Ministério da Saúde (1).

Até meados da década de 60, os principais gastos com saúde eram sustentados pela União, através de repasses aos estados e municípios. Tinham destaque os custos das ações sanitárias públicas. A assistência médica individual aos trabalhadores era realizada por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP).

A partir de 1966, com a criação do INPS e, depois, do Inamps, começa a estruturar-se em definitivo a separação das atividades de assistência médica e as de saúde pública, com perdas significativas para as últimas. Estas ficaram a cargo do Ministério da Saúde, cujos orçamentos caminham para uma estagnação e mesmo para reduções dignas de nota. A assistência médica, no âmbito da previdência social, passou a ser executada, majoritariamente, por uma rede de serviços privados de hospitais, clínicas, laboratórios, etc., contratada pelo poder público para efetuar o atendimento aos seus contribuintes.

Os anos subseqüentes assinalaram o aumento crescente dos gastos com esses serviços, em detrimento daqueles com saúde pública. Observou-se um fortalecimento da prestação de serviços privados de caráter hospitalizador e um progressivo enfraquecimento da rede hospitalar e ambulatorial pública, além de uma redução dos investimentos do Ministério da Saúde em ações sanitárias de cunho coletivo.

(1) Um histórico das origens da implantação da política de atenção à saúde no Brasil, a partir do funcionamento das Caixas de Aposentadorias e Pensões, em 1923, pode ser encontrado em Malloy (1976), Arouca et al. (1978), Teixeira (1981) e Braga & Paula (1981).

Este perfil é facilmente identificado, de um lado, pelo decréscimo da presença do Ministério da Saúde no orçamento governamental. Em 1968, segundo dados dos Orçamentos Gerais da União, sua participação equivalia a 2,21%, reduzindo-se para 1,40% em 1972. Em 1973, diminuiu para 0,91% e em 1974 para 0,90%. Por outro lado, se os gastos com assistência médica fornecida pela rede privada, em 1967, representavam – segundo dados dos balanços gerais do INPS – 1,27%, em 1972 alcançavam 54%.

A relevância desses fatos consiste na articulação estabelecida, nessa fase, entre o Estado e os interesses de um grupo emergente do empresariado da saúde, cujos resultados implicaram uma dupla distorção. Se valeu para a solidificação de crescente acumulação de capital por um determinado segmento empresarial do setor de serviços, gerou um profundo descompasso entre o atendimento destinado à população, em geral, e suas reais necessidades.

Comprimida a participação federal nos gastos com a saúde, quem efetivamente custeava o sistema de atenção médico-hospitalar eram os próprios assalariados e seus empregadores. Estes, contudo, amortizaram sua contribuição repassando os custos ao consumidor. O trabalhador era, portanto, duplamente contribuinte.

Com a criação, em 1974, do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) consolida-se o processo de centralização e concentração, âmbito federal, da condição da política previdenciária. A União passa a gerir através do INPS as atividades do seguro social e da assistência médica.

De 1975 a 1976, as despesas globais da previdência social evidenciaram o maior surto expansionista do sistema: houve uma elevação de 254%. Entre 1971 e 1975, enquanto o dispêndio real do Ministério da Saúde cresceu em 47,5%, os gastos com o INPS aumentaram em mais de 100% (Braga & Paula, 1981).

A partir daí, estruturou-se uma política de atenção à saúde que, a despeito do crescimento dos gastos e do volume de atendimento, não resultou em uma melhora significativa. Além do mais, o alcance desses serviços restringia-se à massa assalariada contribuinte com o sistema, ficando à margem um grande contingente de pessoas que, excluídas dessa participação, contavam precária e exclusivamente com os serviços públicos e filantrópicos. Até há pouco, eram notórias as ínfimas condições deste atendimento, as quais penalizavam, e muito, a população necessitada: longas filas, meses de espera, condições exíguas, etc. A depender do acesso aos serviços de tal origem, seja pelos limites da capacidade instalada, seja pela distribuição imprópria e insuficiente, restavam ainda vastas parcelas totalmente desassistidas.

Juntando-se a esta situação, observou-se, ainda, o aumento e a disseminação de vários surtos endêmicos e epidêmicos no País e até o surgimento de alguns (febre amarela, malária, esquistossomose) em regiões que os desconheciam. Era o resultado das contínuas e reais reduções dos orçamentos destinados às ações de saúde pública, tais como prevenção, saneamento; formação e contratação de recursos humanos; vigilância sanitária; produção de insumos e medicamentos básicos, entre outras medidas de caráter coletivo.

Como apontam Braga & Goes de Paula (1981), "com efeito, chega-se a 1973 com um quadro de saúde pública muito grave, configurado pela conjugação de enfermidades crônico-degenerativos ao lado das doenças infecto-contagiosas; pela ocorrência nos centros urbanos de endemias antes apenas rurais, como a doença de Chagas, etc.; pelo retorno da tuberculose como enfermidade significativa nacionalmente, pela vigência da desnutrição e de altas taxas de mortalidade infantil".

O reconhecimento dessa situação pelas autoridades do governo, as demandas da população por uma assistência mais condizente, a crise financeira da previdência, o redirecionamento do País para a democracia e a pressão pela participação popular nas decisões de governo, entre outros fatores, passaram a exigir, mais recentemente, o recurso a medidas capazes de promover uma melhor racionalização e adequação do sistema.

A entrada nos anos 80 desencadeia, então, processos que levam à redefinição de vários instrumentais – entre eles as questões de gerência, financiamento e a prestação dos serviços de saúde. Trata-se, sobretudo, de equacionar aspectos ligados fundamentalmente à descentralização (adoptando formas de regionalização e municipalização), à universalização (extensão dos serviços a todos os cidadãos contribuintes ou não); e à hierarquização (ou seja, uma distribuição mais racionalizada desses serviços).

O ano de 1986 pode ser considerado como um marco histórico no panorama da saúde no Brasil. A realização, neste ano, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com a participação de amplos segmentos da sociedade civil organizada e profissionais da área, possibilitou a reflexão e a expressão das críticas à política sanitária até então vigente. Como resultado deste evento, destaca-se o consenso quanto à necessidade imperativa de formulação e criação do Sistema Único de Saúde – SUS, sob controle de um só Ministério, tendo como perspectiva que a *saúde é um direito do cidadão e dever do Estado*. Terminada a Conferência, seguiu-se a constituição de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária, destinada a consolidar e aprofundar os temas abordados.

O grande avanço conquistado naquele ano foi estender a cobertura da assistência médica a toda a população. Esse atendimento é implantado através da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em que são firmados contratos de adesão entre os diversos níveis governamentais (estadual, municí-

pal) e também a rede credenciada. O repasse financeiro a essas instâncias exige a concordância com os princípios da universalidade do atendimento. Isto significou, segundo dados da Secretaria de Planejamento do Inamps referentes ao ano de 1986, um potencial de cobertura em atenção primária da ordem de 66,9%, ou 90 milhões de pessoas.

Como desdobramento do processo de descentralização iniciado com as AIS, estabeleceu-se, a partir de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. As mudanças constitucionais de 1988 ratificam, reforçam e avançam nessa direção, estabelecendo, de modo definitivo o SUS. Resta saber, no entanto, em que momento tais transformações institucionais se traduzirão de fato em um atendimento à população, que seja resolutivo, corretamente hierarquizado e regionalizado.

No caso específico dos idosos, advogou-se como prioridade, pela primeira vez, durante a 80ª Conferência Nacional de Saúde, a elaboração de uma política de assistência global a esta parcela da população. No Ministério da Saúde, foi criada uma comissão interministerial para definir as diretrizes básicas desta política. Já está em curso um programa de educação em saúde *Viva bem a idade que você tem*, visando divulgar questões básicas relativas ao bem-estar do segmento populacional em idade avançada.

Por outro lado, face às grandes transformações por que vem passando o sistema de saúde no Brasil com a implementação do SUDS, assume grande importância a iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo em adequar a nova realidade dos serviços à demanda da população de idosos. Com a criação do Grupo Executivo do Programa de Saúde do Idoso - Gepro Saúde do Idoso -, inaugurou-se um espaço dentro da administração sanitária para que fosse pensada a questão do idoso (Secretaria Estadual de Saúde, 1989). O Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso - Paisi, que já vem sendo implantado em vários SUDS-Regionais da Capital e do Interior, visa desenvolver a atenção primária aos idosos, por meio de unidades de referência dentro da rede básica, onde eles terão acesso a uma equipe multidisciplinar treinada para atender às demandas específicas desta parcela da população (2).

Embora não se questione a importância destas iniciativas, não se pode deixar de considerá-las ainda bastante tímidas frente à problemática com a qual defronta a sociedade brasileira. Mesmo em São Paulo, onde já é mais clara a urgência de programas de controle das doenças crônicas não transmissíveis, só agora o sistema de saúde começa a redimensionar suas ações, antes fundamentalmente voltadas para o cuidado materno-infantil. Caso isto

(2) Segundo comunicação pessoal aos Autores, por L. R. Ramos, coordenador do Gepro Saúde do Idoso, em 1989.

não ocorra no restante do País, onde a transição epidemiológica está em curso, surgirá, é inevitável, uma competição por recursos, com efeitos potencialmente devastadores (Ramos, 1987).

Implicações do Envelhecimento Populacional para a Intervenção Estatal na Atenção à Saúde

O envelhecimento contínuo de uma população traz, como já se viu, uma série de implicações que afetam, direta ou indiretamente, diferentes esferas de sua organização social, econômica e política. Em algumas áreas, como é o caso da saúde, as conseqüências deste fenômeno se fazem sentir de forma mais clara e imediata.

Assim como, em termos médicos, a criança não deve ser tratada como uma versão jovem do adulto, o idoso também não deve ser encarado apenas como um velho adulto. Segundo especialistas da área, as estratégias para a atenção à saúde do idoso devem, por força, conter componentes específicos em relação a outros grupos etários, pois ele requer uma abordagem especial que advém do conhecimento profundo dos efeitos fisiológicos, psicossociológicos e patológicos do envelhecimento (Rowe, 1985). O impacto de uma população progressivamente envelhecida sobre a área de saúde, porém, não sugere só a necessidade de desenvolvimento de técnicas e metodologias de atendimento diferenciado, mas passa também pela questão fundamental da utilização mais intensiva dos serviços e equipamentos de saúde por parte da população em idades mais avançadas.

Em primeiro lugar, o fato de a capacidade física e biológica do ser humano diminuir de modo gradual com o passar dos anos torna as pessoas idosas naturalmente mais suscetíveis às doenças e, portanto, usuárias mais assíduas dos serviços de saúde. Além disso, como já foi visto, as doenças que incidem mais amiúde sobre este grupo populacional possuem em geral caráter crônico-degenerativo, implicando tratamentos de duração mais longa, de recuperação mais lenta e complicada. Não raro exigem, para seus cuidados adequados, intervenções custosas que envolvem tecnologia avançada.

"Tais doenças, com freqüência, não são de desfecho rápido ou dramático. Não são como uma gastroenterite ou uma broncopneumonia nos primeiros anos de vida, em que a cura ou a morte é uma questão que, em geral, se define em poucos dias (...). A partir de uma entrada no sistema de prestação de serviços, o uso dos mesmos pode ser extraordinariamente prolongado" (Kalache et alii, 1987).

A experiência de países desenvolvidos, onde a estrutura etária da população se encontra em uma fase bem mais adiantada de envelhecimento, confirma plenamente a tendência de uma utilização mais intensiva dos equi-

pamentos de saúde por parte de seus habitantes mais velhos. Nos Estados Unidos, por exemplo, 80% da população mais idosa sofrem de um ou mais padecimentos crônicos e, para sua atenção médica, se destinam cerca de 30% dos gastos com atenção de saúde do país (EUA, 1979). Da mesma forma, estatísticas de diversos países desenvolvidos mostram que, embora representem de 10% a 14% da população, os idosos chegam a utilizar de 30% a 40% dos leitos/dia nos hospitais. Os custos destes serviços médicos-hospitalares multiplicam-se conforme avança a idade (WHO, 1984).

Na Inglaterra, a população acima de 65 anos, que representa aproximadamente 17% do total, utiliza 60% do orçamento do Departamento Nacional de Saúde e Cuidados Sociais (Gray, 1985) e ocupa, na atualidade, mais da metade dos leitos hospitalares disponíveis. No mesmo país, o custo da atenção médico-hospitalar para a população acima de 75 anos chega a ser sete vezes maior do que o despendido com outras faixas etárias (Kalache et alii, 1987).

O fato de a morbimortalidade dos idosos não diferir significativamente entre países, não importam os graus da evolução econômica – ao contrário do que sucede em grupos de idade mais jovens –, favorece a previsão de um aumento expressivo dos custos em serviços de saúde e previdência social, que virá a reboque do processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento (Ehrlich Jr. e Litvak, 1981).

No Brasil não existe um sistema de informações regulares concernente ao uso dos serviços de saúde. Os poucos dados disponíveis são resultados de pesquisas específicas que coletam informações durante um certo período de tempo, sobre algum tipo particular de serviço. Em 1987, por exemplo, uma pesquisa baseada em uma amostra representativa de Centros de Saúde em São Paulo calculou a demanda por cuidados primários de saúde de acordo com a idade e descobriu que 21% das consultas foram dirigidas a pessoas com 60 anos ou mais, que representam hoje não mais de 7% do total da população (Iacoponi, 1990). Em termos de cuidados hospitalares, um levantamento desenvolvido em 1986, a partir de uma pequena amostra de hospitais em São Paulo, mostrou que as pessoas idosas, nos hospitais gerais, chegam a ocupar 20% do total de leitos e que o tempo médio em que permanecem internadas é quase duas vezes maior que a média para o total da população, apesar de todas as restrições impostas pelo Sistema Nacional de Saúde às internações de longo prazo (Ramos et alii, 1989). Informações mais abrangentes quanto à utilização dos serviços de saúde puderam ser obtidas a partir do questionário complementar da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1981.

Ainda que não sejam viáveis análises em âmbito geográficos mais desagregados, por tratar-se de uma pesquisa por amostra em escala nacional, foi possível trabalhar com os dados para a Grande São Paulo como um todo. Apesar de estes dados se referirem ao início da década de 80, são importantes por serem os últimos que permitem exame nos detalhes aqui utilizados, e por serem indicadores da situação atual, que não deve ter-se alterado de forma notável, no que tange aos aspectos abordados.

● *Utilização da rede hospitalar*

Os dados da PNAD-81 mostram, de forma clara, que os idosos na Grande São Paulo se utilizam dos recursos oferecidos pela rede hospitalar em uma proporção relativamente maior comparada com os outros grupos etários.

Enquanto 3,2% da população até 14 anos foram hospitalizadas ao menos uma vez durante o ano de 1981, o mesmo ocorreu em uma proporção três vezes maior entre a população de 60 anos e mais (9,9%) e quase cinco vezes maior quando considerados somente os maiores de 70 anos (15,2%). Entre os adultos de 15 a 59 anos, esta proporção foi de 8,7%, reduzindo-se a 4,2% se descontadas as internações por parto.

É interessante notar que esta situação de uso mais intensivo dos leitos hospitalares por parte dos idosos, se reproduz em todas as faixas de renda. Como mostra o Gráfico 1, a proporção de internações em hospitais diminui sensivelmente conforme aumenta a classe de rendimento mensal familiar. Não obstante, a proporção de idosos é sempre maior frente aos outros grupos populacionais, com uma única exceção na faixa de rendimentos até três salários mínimos, onde a proporção de idosos internados é suplantada em pouco pela de adultos na faixa dos 15 aos 59 anos. Este fato se deve à maior frequência de internações por parto – dentro da faixa etária adulta, é óbvio – nas classes de renda mais baixas, onde os índices de fecundidade costumam ser mais elevados (1).

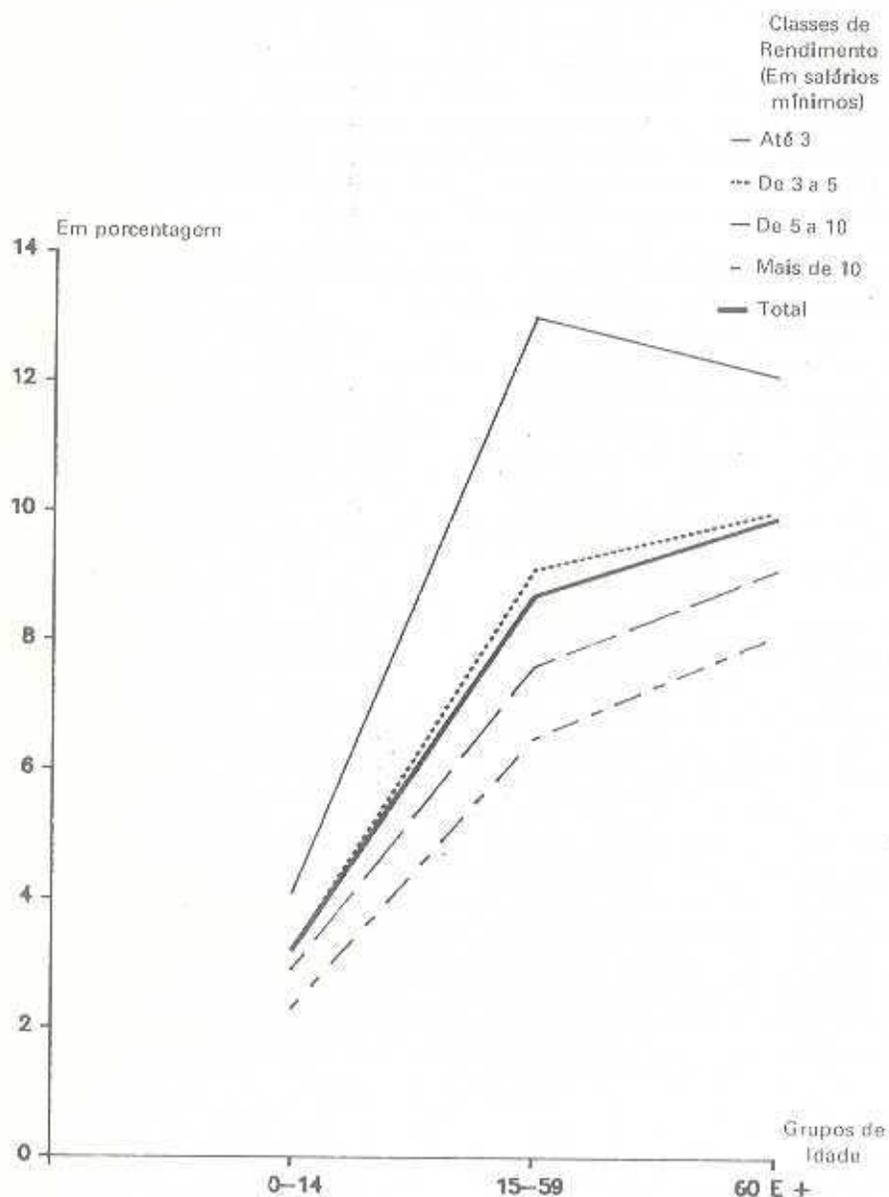
Aliás, há que se levar em consideração o fato de que mais da metade das internações na faixa dos 15 aos 59 anos são motivadas pelo parto e que, ainda assim, com a única exceção citada anteriormente, a internação de idosos, em termos proporcionais, é mais relevante. Se fossem contempladas só as internações decorrentes de doenças ou acidentes, as diferenças percentuais seriam ainda muito mais significativas.

Além da maior proporção de hospitalizados, os dados mostram também estar entre os idosos a maior proporção de reinternações (Tabela 1). Enquanto, entre os hospitalizados, 16,4% dos jovens até 14 anos e 10,6% entre os adultos de 15 a 59 anos sofreram duas internações, o mesmo ocorreu com 21,2% dos maiores de 60 anos. Quando considerados os casos de três ou mais internações durante o ano de 1981, a proporção entre os hospitalizados idosos (15,5%) chega a ser mais do que duas vezes superior à da população jovem (6,5%) e quase três vezes maior que entre os adultos (5,8%).

(1) Existe uma extensa literatura que trata dos diferenciais de fecundidade, que aponta claramente uma relação inversa entre taxa de fecundidade e rendimento. Ver, por exemplo, Símons & Oliveira, 1988.

Gráfico 1

Proporção de Pessoas Hospitalizadas (1), por Grupos de Idade, Segundo Classes de Rendimento Mensal Familiar
Grande São Paulo
1981



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um ano.

Tabela 1

Distribuição das Pessoas Hospitalizadas (1), por Grupos de Idade, Segundo Número de Internações
Grande São Paulo
1981

Em porcentagem

Número de Internações	Distribuição das Pessoas Hospitalizadas			Total
	Grupos de Idade			
	0 a 14 Anos	15 a 59 Anos	60 Anos e Mais	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
1	77,1	83,6	63,3	80,9
2	16,4	10,6	21,2	12,3
3 ou Mais	6,5	5,8	15,5	6,8

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um ano.

Através do Gráfico 2, percebe-se com nitidez o aumento do peso relativo dos idosos entre os hospitalizados, conforme aumenta o número de internações: entre os internados apenas uma vez, foram 6,9%; entre aqueles internados duas vezes, representaram 15,1%; e, entre os que sofreram três ou mais internações, 20,0%.

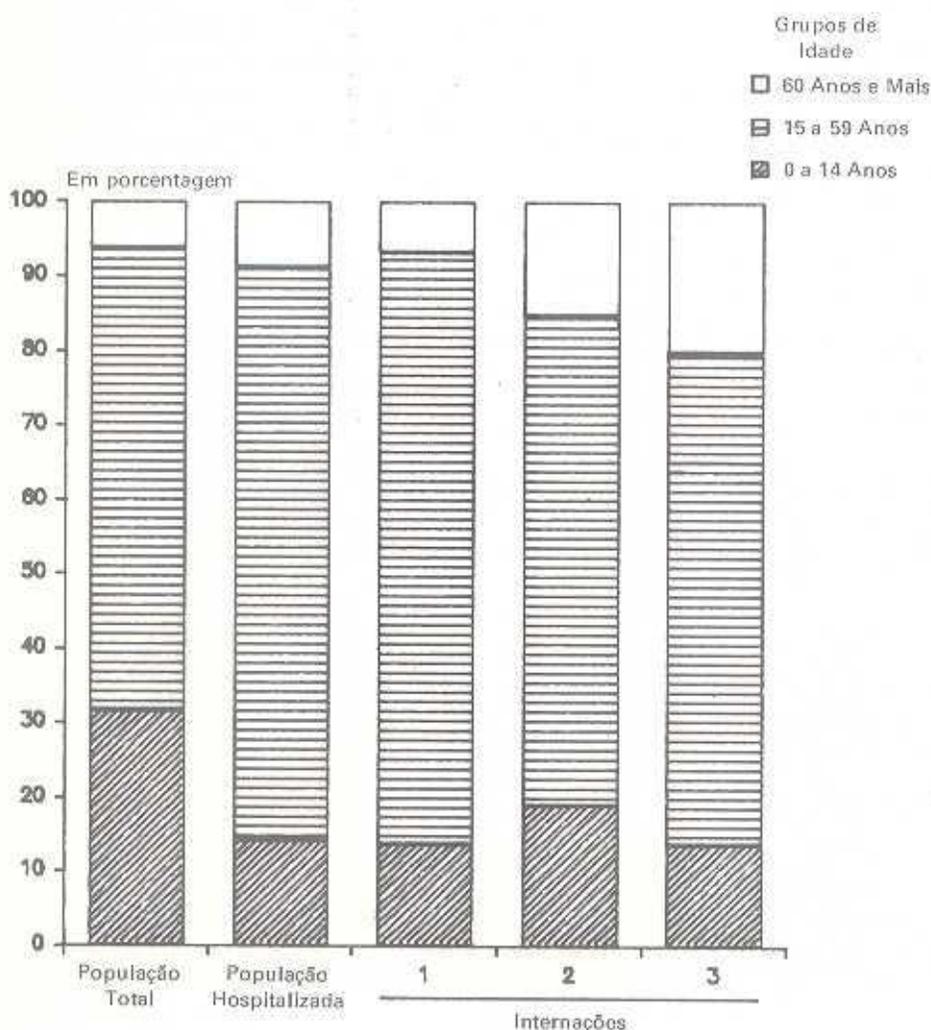
O tempo médio de permanência nos hospitais - outro dado de extrema importância em termos de utilização dos equipamentos de saúde - também se mostra maior para a população idosa. Mais da metade das internações (2) nesta faixa etária (54,8%) tiveram uma duração igual ou superior a uma semana, percentual este que diminui para 40,0% entre os jovens e 22,4% entre os adultos (Gráfico 3).

O que se pode depreender até agora é que, de fato, na Grande São Paulo, o grupo populacional mais idoso utiliza os serviços hospitalares com maior frequência e de forma mais intensiva em relação aos demais grupos, ocupando por mais tempo os leitos, seja pela maior duração média de suas internações, seja pelas internações múltiplas a que estão sujeitos.

(2) No caso de internações múltiplas, se considerou apenas o tempo de permanência no hospital referente à última internação.

Gráfico 2

Distribuição da População Total e da População Hospitalizada (1), por Grupos de Idade, Segundo Número de Internações
Grande São Paulo
1981

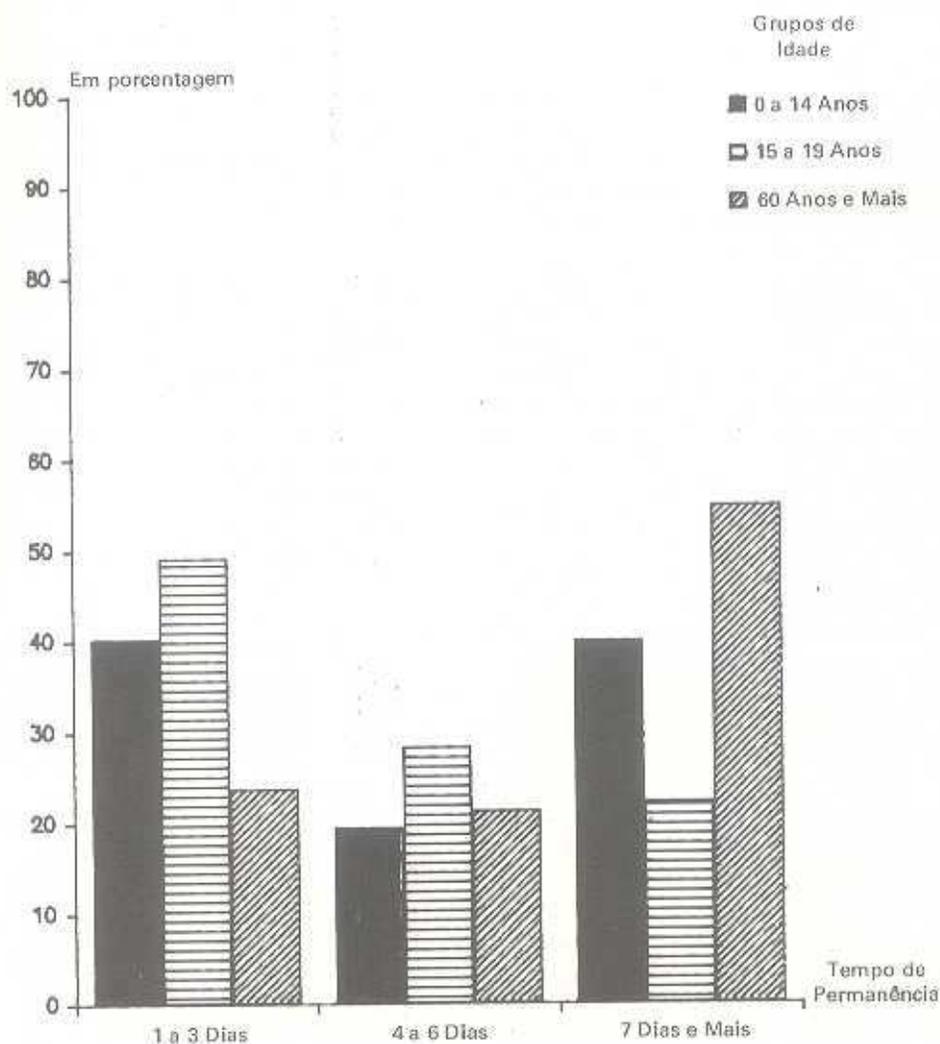


Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

(1) No período de referência de um ano.

Gráfico 3

Distribuição da População Hospitalizada (1), por Tempo de Permanência no Hospital (2), Segundo Grupos de Idade
Grande São Paulo
1981



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um ano.

(2) Relativo à última internação.

Para que se tenha mais claro o que esta situação representa em termos de pressão sobre o sistema de saúde, é importante conhecer sob que condições se dá a utilização da rede hospitalar. De uma forma geral, a grande maioria das internações é feita via previdência oficial, para qualquer faixa etária: entre os jovens e os idosos, os percentuais se equivalem - 72,6% e 72,9%, respectivamente -, diminuindo um pouco em relação aos adultos (70,0%). Portanto, é este setor, sem dúvida, o que sofrerá as maiores pressões, em termos de saúde curativa, diante do envelhecimento progressivo da população (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição das Pessoas Hospitalizadas (1), por Grupos de Idade, Segundo a Condição de Utilização de Hospital
Grande São Paulo
1981

Condição de Utilização	Em porcentagem		
	Grupos de Idade		
	0 a 14 Anos	15 a 59 Anos	60 Anos e Mais
Total	100,0	100,0	100,0
Previdência Oficial	72,6	70,0	72,9
Particular	5,9	6,9	13,3
Sistema de Pré-Pagamento	2,0	4,1	5,3
Sistema do Empregador	17,2	16,5	6,4
Outra Condição	2,3	2,5	2,1

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um ano.

Por outro lado observa-se que entre aqueles que não se utilizaram da previdência oficial existem diferenças entre os idosos e o restante da população. Quando se trata do sistema do empregador, a proporção de idosos é quase três vezes menor que a de jovens e adultos, reflexo de que saíram do mercado formal de trabalho e, em consequência, perderam vínculo empregatício com algum tipo de empregador. Em compensação, o uso particular dos hospitais por parte dos idosos é quase o dobro dos outros grupos etários. O mesmo ocorre com o sistema de pré-pagamento, que, embora represente uma fatia reduzida, também é mais freqüente entre os idosos.

O fato de serem os mais velhos que se utilizam com maior freqüência das formas particulares de hospitalização pode representar uma situação até certo ponto paradoxal, pois é notório que estão, no geral, em condições só-

cio-econômicas menos favoráveis. É bem verdade que entre os idosos que custearam suas internações, boa parte se refere à uma "elite" que, embora pudesse se utilizar da Previdência, opta por um atendimento particular, muito mais satisfatório e adequado, haja vista a baixa qualidade do atendimento previdenciário. É provável, contudo, que uma outra parte destes idosos - menos privilegiada - seja forçada a dilapidar suas poucas economias em internações particulares, seja por não estar amparada pelo sistema previdenciário, seja por necessitar de atendimento especializado, escasso na rede vinculada à previdência, onde praticamente inexistem hospitais geriátricos.

Verifica-se atualmente, no entanto, uma tendência favorável à mudança desta situação, uma vez que, por um lado, a geriatria vem se firmando como uma especialidade médica e, por outro, o atendimento médico prestado pelo Estado, a partir da implementação do SUDS, passa a ser universal; ou seja, independente do indivíduo ser ou haver sido contribuinte da previdência.

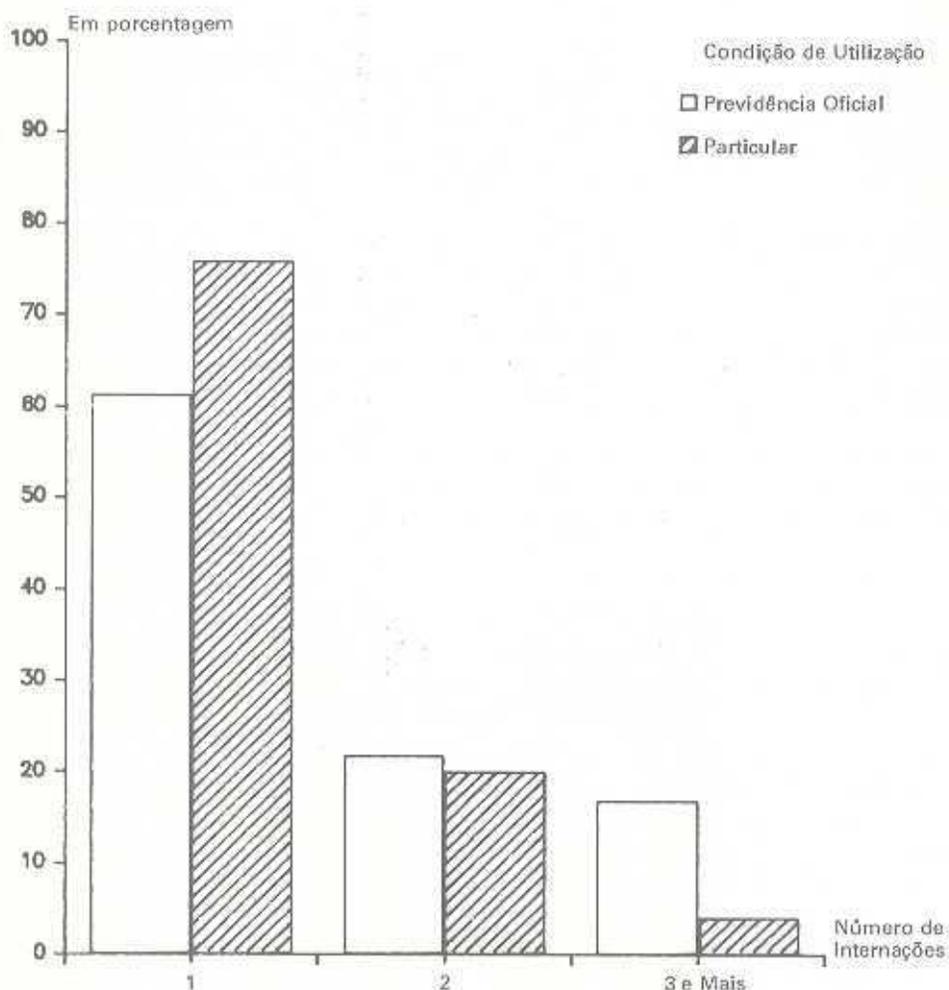
Ainda com relação ao uso da rede hospitalar, observa-se, finalmente, entre os idosos, que aqueles que se valem do sistema previdenciário estão mais sujeitos às reinternações e a duração de sua permanência nos hospitais é, em média, mais elevada do que os que se internam de forma particular; e isto, novamente, a despeito das restrições impostas pelo sistema nacional de saúde às internações de longa duração (Gráficos 4 e 5).

Este fato reforça ainda mais o impacto que se fará sentir sobre o sistema previdenciário de atendimento médico, com o crescimento acelerado da parcela mais idosa da população.



Gráfico 4

Distribuição da População de 60 Anos e Mais Hospitalizada (1), por Número de Internações, Segundo a Condição de Utilização do Hospital Grande São Paulo 1981

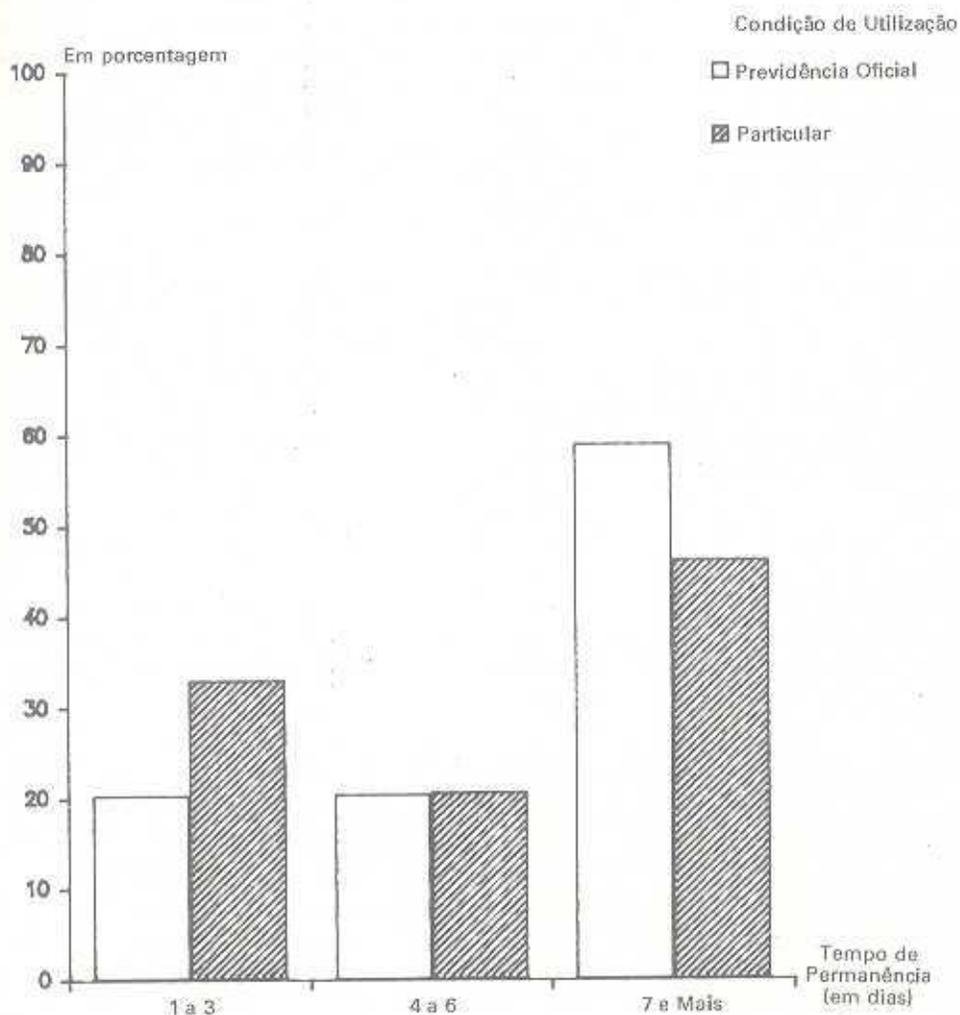


Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um ano.

Gráfico 5

Distribuição da População de 60 Anos e Mais Hospitalizada (1), por Tempo de Permanência no Hospital (2), Segundo a Condição de Utilização do Hospital
Grande São Paulo
1981



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um ano.

(2) Relativo à última internação.

● *Utilização dos serviços de saúde*

Além das informações a respeito das hospitalizações, a PNAD-81 também permitiu analisar dados sobre a utilização de serviços de saúde em geral, englobando a rede hospitalar, a rede ambulatorial e os postos e centros de saúde.

Entre a população de 60 anos e mais, 15,9% utilizaram algum tipo de serviço de saúde durante o período de referência (30 dias precedentes à data da entrevista). Entre a população até 14 anos, este percentual foi de 11,0%, diminuindo para 9,2% entre a população de 15 a 59 anos. Isto significa que, do total de pessoas que procuraram atendimento médico neste período, 9,7% tinham 60 anos e mais, embora, como já foi dito, representassem, no ano de 1981, não mais de 6,2% da população da Grande São Paulo.

A procura de atendimento médico por parte dos idosos, assim como para a população em geral, foi relativamente similar com respeito à classe de rendimento mensal familiar, não havendo diferenças significativas entre aqueles de mais baixa e de mais alta renda (Tabela 3). Entretanto, quando se observa a condição de uso dos serviços de saúde e o motivo pelo qual procuraram atendimento, as diferenças passam a ser marcantes conforme varia o nível de renda.

Tabela 3

Proporção da População Total e da População de 60 Anos e Mais que Utilizou Serviços de Saúde (1), Segundo Classes de Rendimento Mensal Familiar Grande São Paulo 1981

Classes de Rendimento	Em porcentagem	
	Utilizaram Serviços de Saúde	
	População Total	População de 60 Anos e Mais
Até 3 Salários Mínimos	6,78	16,18
De 3 a 5 Salários Mínimos	6,77	17,87
De 5 a 10 Salários Mínimos	6,41	16,18
Mais de 10 Salários Mínimos	6,97	14,11

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um mês.

Ainda que o acesso à rede pública de serviços de saúde ou à previdência oficial independa do nível de rendimento do indivíduo, existe uma clara tendência de utilização de formas particulares de serviços de saúde, ou seja, de serviços pagos, conforme aumenta o rendimento dos idosos.

Os dados da PNAD-81 sobre a Grande São Paulo ilustram bem esta situação: entre os idosos que procuraram atendimento médico no período de referência de um mês, 68,8% daqueles com renda mensal familiar inferior a cinco salários mínimos se utilizaram da rede pública ou da rede privada vinculada à previdência social. Quando se consideram aqueles com renda mensal familiar superior a cinco salários mínimos, no entanto, este tipo de procura cai quase pela metade, ficando em torno dos 38,4% (Gráfico 6). O inverso ocorre com relação à rede privada particular e os sistemas de pré-pagamento. No primeiro caso, a proporção dos idosos que dela se utilizaram quase que se duplica de uma faixa de renda à outra, passando de 23,6% a 40,4%. Quanto ao sistema de pré-pagamento, a variação é ainda maior: apenas 3,2% entre aqueles com menos de cinco salários mínimos fizeram uso deste tipo de sistema, contra 13,4% entre os de rendimento familiar acima de cinco salários mínimos.

Esta situação é, sem dúvida, o reflexo das distorções existentes no cerne das políticas de saúde implementadas no País, permeadas, em geral, por interesses diversos e conflitantes que, sistematicamente, têm determinado uma queda no nível de qualidade do atendimento público, ao mesmo tempo em que o atendimento privado se sofisticava e se especializa de forma crescente. Em outras palavras, o que se assiste, no todo e em particular, no caso dos idosos, é a deterioração da qualidade dos serviços de saúde prestados à grande maioria da população – justamente a mais necessitada deste tipo de assistência – e a elevação do padrão de qualidade dos serviços prestados a uma minoria que, bem ou mal, tem condições de assumir a assistência médica como um bem de consumo privado.

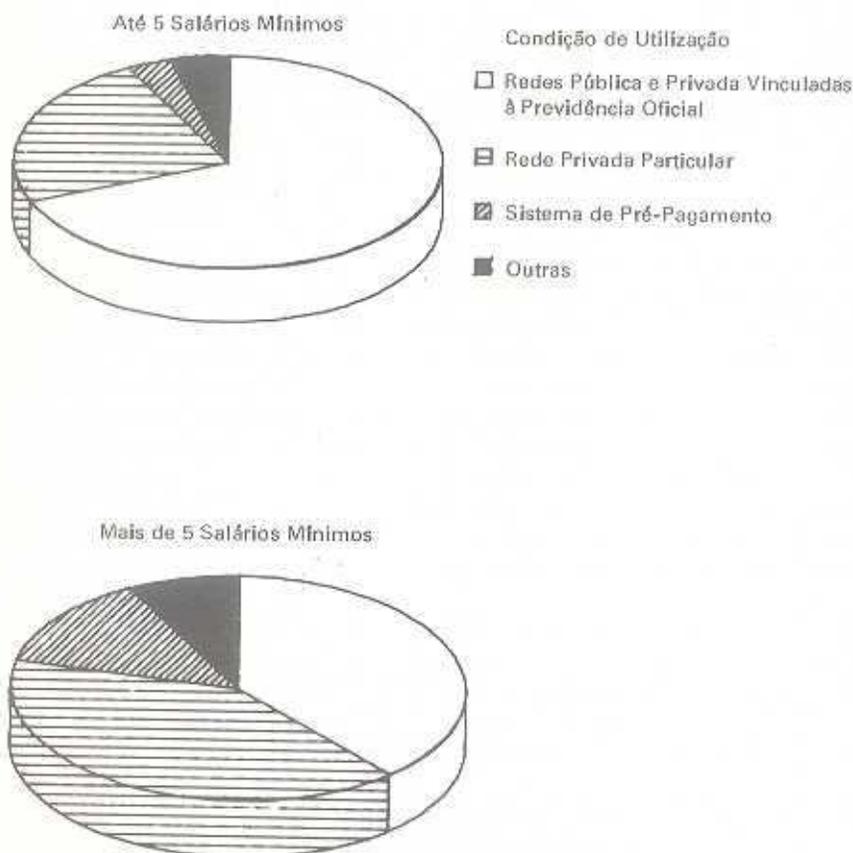
De outra parte, com relação ao motivo da procura por serviços de saúde, percebe-se com clareza que, quando se trata de doença, a proporção de idosos diminui sensivelmente conforme aumenta a classe de renda mensal familiar. Ocorre o contrário quando o motivo é a prevenção: os percentuais aumentam à medida que cresce o rendimento (3) (Gráfico 7).

Dos idosos pertencentes à classe de rendimento mensal familiar até três salários mínimos que procuraram atendimento, 76,1% o fizeram por motivo de doença. Este percentual diminui aos poucos para 67,1%, 61,3% e 60,6% quando se referem, respectivamente, às classes de rendimento de três a cin-

(3) Quanto aos acidentes e aos demais motivos, os valores são pouco significativos e, por isso mesmo, flutuantes, não indicando com nitidez alguma possível tendência que pudesse existir.

Gráfico 6

Distribuição da População de 60 Anos e Mais que Utilizou Serviços de Saúde (1), por Condição de Utilização do Hospital, Segundo Classes de Rendimento Mensal Familiar
Grande São Paulo
1981

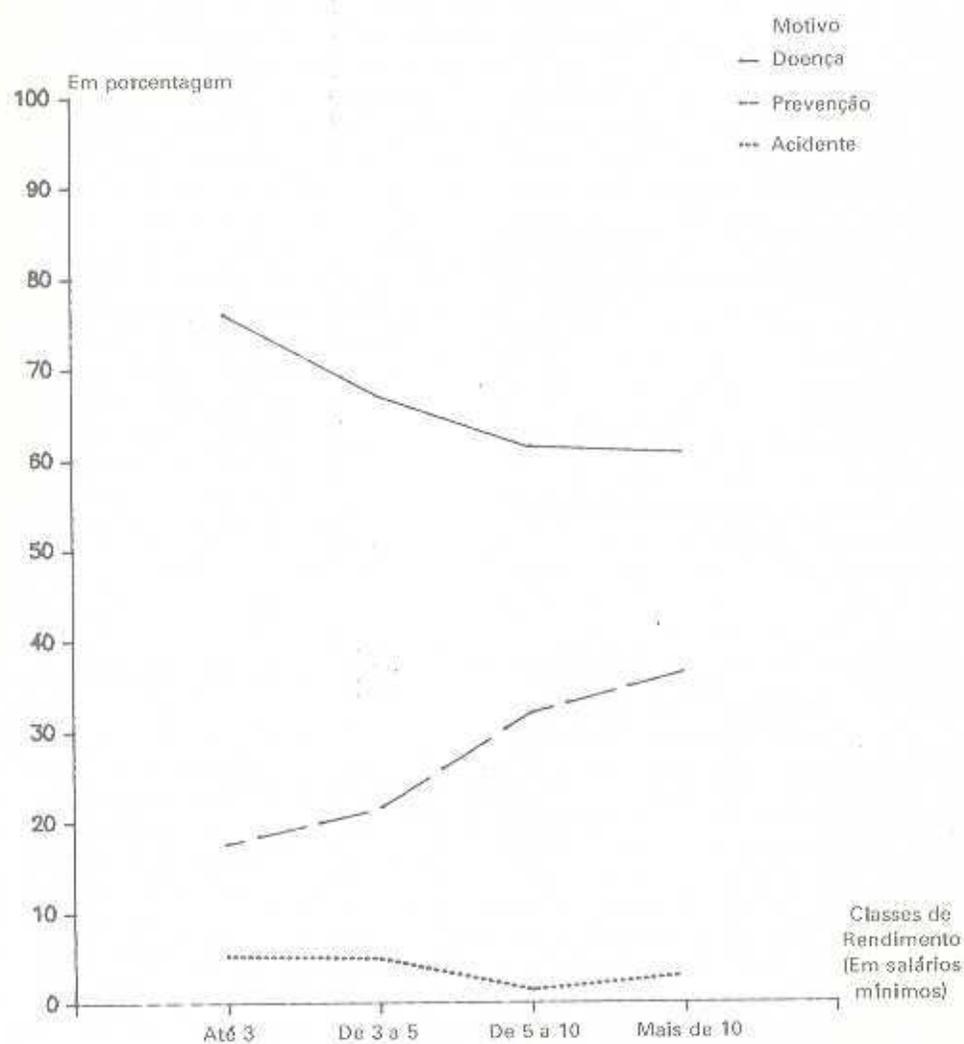


Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um mês.

Gráfico 7

Distribuição da População de 60 Anos e Mais que Utilizou Serviços de Saúde (1), por Motivo pelo qual Procurou Atendimento, Segundo Classes de Rendimento Mensal Familiar Grande São Paulo 1981



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1981.

(1) No período de referência de um mês.

co salários mínimos, de cinco a 10 salários mínimos e mais de 10 salários mínimos. Ao mesmo tempo, a proporção dos que buscaram atendimento preventivo mais do que duplicou entre a menor e a maior classe de rendimento considerada – de 17,6% a 36,4% respectivamente –, passando pelos valores 21,4% e 32,0% nas classes intermediárias de rendimento.

Este fato está ligado, por um lado, à relação direta indiscutível que existe entre condições sócio-econômicas e condições de saúde, o que leva os menos favorecidos a adoecer com maior frequência. Por outro lado, está indicando a importância do atendimento preventivo no sentido de diminuir a pressão sobre os serviços de saúde, já que contribui para diminuir a procura por atendimento curativo e, é muito provável, a demanda por internações hospitalares, como se verifica através dos dados já mostrados, pelos quais se vê que a proporção de idosos hospitalizados foi sensivelmente menor entre aqueles de mais alta renda.

De qualquer maneira, o desenvolvimento deste tipo de intervenção preventiva na área de saúde não deve se restringir à população idosa, se o objetivo é diminuir a pressão deste grupo em termos de demanda por serviços de saúde. Esta é uma tarefa a ser iniciada durante a juventude e intensificada na fase adulta, a fim de que a maioria da população alcance a terceira idade gozando de condições satisfatórias de saúde. No entanto, o que se observa é que também entre os adultos o atendimento preventivo é seletivo, de acordo com o nível de renda. Ou seja: aqueles que mais se beneficiam do atendimento preventivo nas idades avançadas, provavelmente, já atingem estas idades em condições de saúde mais satisfatórias que a grande maioria de seus contemporâneos.

● *Custo das doenças crônico-degenerativas na rede hospitalar contratada do Inamps*

Os tópicos anteriores mostraram que os idosos se utilizam proporcionalmente mais dos serviços de saúde em comparação com os grupos populacionais mais jovens; são hospitalizados com maior frequência; seu índice de reinternações é mais elevado; e, quando internados, é maior o seu tempo médio de permanência no hospital. Esta situação se deve, pela lógica, às características do quadro mórbido associado às pessoas de idade mais avançada, onde predominam, como já foi visto, as doenças crônico-degenerativas.

Faça ao acelerado processo de envelhecimento populacional que começa a vivenciar o Brasil, seria importante, em termos de planejamento futuro, dimensionar os recursos despendidos na atualidade para com a saúde da população idosa. Esbarra-se aqui, uma vez mais, com o problema da falta de dados sistematizados que permitam uma avaliação mais precisa.

A única fonte disponível relativa ao custo de internações com que se contou, foi o Sistema Integrado de Séries Históricas (Síntese) do MPAS, através de tabulações contendo informações dos boletins AIH (Autorização de Internação Hospitalar) da rede contratada do Inamps. Entre estas informações, estão o motivo da internação, o gasto efetuado com esta, o tempo de permanência no hospital e o tipo de saída (alta hospitalar ou morte).

Tendo presente todas as limitações deste arquivo de dados, descritas anteriormente quando da análise da morbidade hospitalar, as informações do Inamps possibilitaram uma primeira avaliação do dispêndio com as internações hospitalares motivadas por algumas doenças do tipo crônico-degenerativo.

Como os dados relativos aos custos não se encontravam desagregados por grupos etários, o que impossibilitou auferir os gastos hospitalares relacionados de modo direto com a população idosa, optou-se por analisar o custo daquelas doenças mais características desta população – aquelas que motivaram a internação, principalmente, de pessoas mais velhas: os neoplasmas, a diabetes mellitus e as doenças do aparelho circulatório. Os dados são claros e mostram, através das duas fontes de dados já comentadas na parte desta obra referente à morbidade hospitalar, a forte relação entre estas doenças e os grupos de maior idade da população (Tabelas 4 e 5).

No primeiro caso, em que se considera uma amostra dos boletins CAH de 1980 referentes ao Estado de São Paulo, verifica-se que 33% das internações por neoplasmas ocorreram com pessoas acima de 60 anos, percentual que aumenta para 52,4% se consideradas as pessoas de 50 anos e mais. Dentre os internados por neoplasmas malignos, especificamente, 65,7% tinham 50 anos ou mais e 41,7% já haviam ultrapassado os 60 anos. Com relação à diabetes mellitus, 67,4% tinham mais de 50 anos e 41,2% mais de 60 anos. Entre aqueles hospitalizados devido a alguma doença do aparelho circulatório, por fim, 61% estavam na faixa acima dos 50 anos, enquanto 42,7% possuíam mais de 60 anos. Destacaram-se, entre estas doenças, a da circulação pulmonar, cujos percentuais alcançaram 72,7% e 57,0%, respectivamente, e as cerebrovasculares, que chegaram a atingir 76,6% e 55,9% (Tabela 4).

Na Tabela 5, cuja fonte de dados foi uma amostra de boletins AIH do Inamps sobre a Grande São Paulo no ano de 1987, a situação pouco se altera, embora pequenas diferenças pudessem ser detectadas. No caso desta fonte, não foi possível contar com a informação a respeito dos maiores de 60 anos, já que os dados só estavam desagregados até 50 anos.

Tabela 4

Distribuição das Internações Hospitalares Devidas a Doenças Crônico-Degenerativas, por Grupos de Idade, Segundo Causas de Internação
Estado de São Paulo
1980

Em porcentagem

Causas de Internação	Distribuição das Internações Hospitalares				
	Grupos de Idade				60 Anos e Mais(1)
	0 a 14 Anos	15 a 49 Anos	50 Anos e Mais	Total	
Neoplasmas	6,70	40,90	52,40	100,00	33,00
Neoplasmas Malignos	4,30	30,00	65,70	100,00	41,70
Diabetes Mellitus	3,70	28,90	67,40	100,00	41,20
Doenças do Aparelho Respiratório	2,40	36,60	61,00	100,00	42,70
Doença Hipertensiva	1,00	43,30	55,70	100,00	35,20
Doença Isquêmica do Coração	0,30	29,10	70,60	100,00	42,50
Doença da Circulação Pulmonar	2,00	25,30	72,70	100,00	57,00
Doença Cerebrovascular	-	23,40	76,60	100,00	55,90

Fonte: Ferreira & Faria, 1986.

(1) Os valores desta coluna estão, evidentemente, incluídos no grupo "50 anos e mais".

Tabela 5

Distribuição das Internações Hospitalares Devidas a Doenças Crônico-Degenerativas, por Grupos de Idade, Segundo Causas de Internação
Grande São Paulo
1987

Em porcentagem

Causas de Internação	Grupos de Idade			
	0 a 14 Anos	15 a 49 Anos	50 Anos e Mais	Total
Neoplasmas	9,60	44,10	46,30	100,00
Neoplasmas Malignos	10,80	35,60	53,60	100,00
Diabetes Mellitus	5,90	30,30	63,80	100,00
Doenças do Aparelho Circulatório	1,70	34,90	63,40	100,00
Doença Hipertensiva	0,60	41,30	58,10	100,00
Doença Isquêmica do Coração	0,80	25,60	73,80	100,00
Doença da Circulação Pulmonar	1,60	24,50	73,90	100,00
Doença Cerebrovascular	0,60	23,80	75,60	100,00

Fonte: Centro de Informações sobre Saúde - CIS.

Observa-se, com relação aos dados da fonte anterior, um ligeiro decréscimo no percentual dos maiores de 50 anos referentes às internações por neoplasmas e diabetes mellitus. Uma explicação para isto pode ser o fato (já citado) de haver uma maior concentração deste tipo de doenças – principalmente no caso dos mais idosos, onde as complicações são mais freqüentes –, em hospitais especializados da rede pública ou mesmo universitários, subestimando, portanto, as estatísticas do Inamps. Quanto às doenças do aparelho circulatório, observa-se, ao contrário, uma ligeira elevação do percentual, o que já era de se esperar, tendo em vista o aumento relativo da população idosa no período.

A Tabela 6, a seguir, mostra o que estas doenças não-transmissíveis selecionadas representam, para o sistema nacional de saúde, em termos da freqüência de internações, da ocupação dos leitos, do índice de letalidade e dos gastos efetuados pela rede hospitalar contratada do Inamps.

Tabela 6

Freqüência, Gasto, Ocupação dos Leitos/Dia, Óbitos e Índice de Letalidade das Internações Hospitalares na Rede Contratada do Inamps Devidas a Doenças Crônico-Degenerativas Seleccionadas, Segundo Causas de Internação. Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo 1986-1987

Causas de Internação (1)	Freqüência (%)	Gasto (%)	Ocupação (%)	Óbitos (%)	Índice de Letalidade
Total Brasil (2)	100,00	100,00	100,00	100,00	2,34
Doenças do Aparelho Circulatório . .	12,63	16,61	12,45	33,12	6,14
Neoplasmas	2,92	5,04	3,55	10,22	8,19
Doenças Endócrinas e Metabólicas . .	2,09	1,48	1,50	3,08	3,45
Outras	82,36	76,87	82,50	53,58	
Total Estado de São Paulo (2)	100,00	100,00	100,00	100,00	2,58
Doenças do Aparelho Circulatório . .	13,79	20,01	11,99	33,95	6,36
Neoplasmas	2,93	4,74	3,14	9,92	8,75
Doenças Endócrinas e Metabólicas . .	2,24	1,62	1,52	3,23	3,72
Outras	81,04	73,63	83,35	52,90	
Total Grande São Paulo (3)	100,00	100,00	100,00	100,00	3,11
Doenças do Aparelho Circulatório . .	12,96	18,61	13,60	35,02	8,39
Neoplasmas	3,88	8,46	4,40	8,90	7,11
Doenças Endócrinas e Metabólicas . .	1,83	2,31	1,77	4,08	6,94
Outras	81,33	70,62	80,23	52,00	

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social.

(1) Número de óbitos para cada 100 (cem) internações.

(2) Em 1986.

(3) Em out./dez. 1987.

São apresentados dados de 1986, referentes ao Brasil e ao Estado de São Paulo, e dados do quarto trimestre de 1987, para a Grande São Paulo, o que permitiu avaliar possíveis diferenças entre estes três espaços geográficos. Na impossibilidade de se trabalhar com a diabetes mellitus desagregada, já que as tabulações apresentam as doenças reunidas em grupos, considerou-se o grupo das doenças endócrinas e metabólicas e transtornos imunitários, do qual a diabetes faz parte. Este grupo inclui ainda a hiperlipoproteïnemia, os transtornos da glândula tireóide e a obesidade de origem não-endócrina.

De uma maneira geral, o que a tabela mostra é o peso significativo que estas doenças representam, já na atualidade, dentro do sistema de saúde, especificamente retratado aqui nas internações hospitalares da rede contratada da previdência social. Segundo os dados mais recentes, do último trimestre de 1987, estas doenças, em conjunto, foram motivo de internação para pouco menos de 19% dos casos na Grande São Paulo, o que, em termos de custos, representou quase 30% do gasto total efetuado com as internações hospitalares. Quase 20% dos leitos/dia estiveram ocupados durante o período com pacientes portadores destas doenças, que, dentre as altas hospitalares por óbito, foram responsáveis por quase a metade do total, devido ao seu alto índice de letalidade – por volta de oito óbitos para cada 100 internações –, comparado ao índice médio, relativo a todas internações, que foi de pouco mais de três óbitos por 100 internações.

Cotejando-se os dados da Grande São Paulo com os do Estado e do Brasil, verifica-se, com relação à frequência de internações, uma proporção ligeiramente maior de neoplasmas e menor de doenças endócrinas. As doenças do aparelho circulatório foram algo superiores no Estado. Na soma destes três tipos de doenças, a frequência foi um pouco menor para o Brasil, o que se explica pelo peso mais significativo de outras doenças como causa de internação, tais como as infecciosas e parasitárias, em outras regiões do País.

Quanto aos gastos efetuados, o maior peso das internações por neoplasmas na Grande São Paulo se reflete em gastos notavelmente maiores com este tipo de doença, em comparação com o Estado e o Brasil. Na soma dos gastos efetuados com os três grupos de doenças, percebe-se bem que a proporção aumenta conforme se passa do Brasil (23,13%) para o Estado de São Paulo (26,37%), e deste para a Grande São Paulo (29,38%). Em termos de ocupação dos leitos hospitalares, mais uma vez a proporção observada na Grande São Paulo é superior à das outras áreas consideradas (19,77% – contra 16,65% e 17,50%, respectivamente, para o Estado e o Brasil). Este fato está ligado, por um lado, ao maior peso relativo das doenças não-transmissíveis na GSP; mas, também pode estar relacionado com a possibilidade de uma certa concentração dos casos de maior gravidade nos hospitais nela localizados – em particular no Município de São Paulo –, ainda mais com respeito ao restante do Estado. Esta mesma suspeita poderia explicar o maior índice conjunto de letalidade encontrado na Grande São Paulo (7,98% – contra 6,42% no Estado e 6,16% no Brasil).

De uma forma geral, o que estes dados estão mostrando é o elevado ônus que este pequeno grupo de doenças representa, já nos dias de hoje, dentro do sistema de saúde. Com o aumento da população idosa que se vislumbra, os custos, com certeza, se tornarão ainda mais expressivos.

Todo o quadro analisado até aqui aponta, sem variar, para uma intensificação da demanda por investimentos – principalmente públicos – na área de saúde e, ao mesmo tempo, vem demonstrar a necessidade de um planejamento sério, visando evitar uma situação de colapso muitíssimo danosa à população. Tal planejamento deveria incluir, sem falta, uma série de reavaliações, que vão desde a reformulação da programação orçamentária até mesmo a mudanças de cunho estruturais, capazes de transformar a relação de pesos entre as diferentes ações em saúde, que passariam a ter uma concepção muito mais preventiva e menos curativa que a que se verifica no momento. Nestas circunstâncias, os cuidados de saúde teriam início a partir do nascimento de cada indivíduo.

Bibliografia

- AROUCA, A.S.S. et al. (1978). **O Trabalho em Saúde**, Rio de Janeiro: PESES/Fiocruz. (mimeo).
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. (1981). **Saúde e Previdência: Estudos de Política Social**. São Paulo, Cebes – Hucitec.
- EHRlich JR., S.P. & LITVAK, J. (1981). El envejecimiento y los países en desarrollo de la región de las Américas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, 91(6):512-19, Diciembre.
- ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde (1989). **Programa de Assistência à Saúde do Idoso no SUDS – SP**. São Paulo. (mimeo).
- EUA, DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. PUBLIC HEALTH SERVICE (1979). **Surgeon general report on health promotion and disease prevention**. DHEW (PHS) Publicação 79-55071. Washington, D.C.
- FERREIRA, J.M. & FARIA, C.G. (1986). Morbidade Hospitalar no Estado de São Paulo. **Revista São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, 2(2/3): 31-52, maio/dez.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (1981). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**.

- GRAY, J.A.M. (1985). "Social and community aspects of aging". In: PATHY, M.S.J. (ed.) **Principles and practice of geriatric medicine**. Chichester, Wiley & Sons.
- IACOPONI, E. (1990). **Detection of emotional disorders by primary care physicians**. PhD Thesis. University of London. (mimeo).
- KALACHE, A. et alii (1987). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 21(3):200-10.
- MALLOY, J. (1976). Previdência Social no Brasil; Participação e Paternalismo. **Revista Dados**. N. 13. Rio de Janeiro, Inperj.
- RAMOS, L.R. (1987). Envelhecimento Populacional: uma Realidade Brasileira. **Revista de Saúde Pública**. 21(3):211-24, São Paulo.
- RAMOS, L.R. et alii (1989). Analyses of indicators of hospital beds utilisation by the elderly population in the Municipality of São Paulo. (mimeo).
- ROWE, J.W. (1985). Health care of the elderly. **The New England Journal of Medicine**. 312(13):827-835, march.
- SIMÕES, C.C.S. & OLIVEIRA, L.A.P. (1988). A situação da fecundidade; determinantes gerais e características da transição recente. **Perfil Estatístico de Mães e Crianças no Brasil**. Rio de Janeiro, IBGE. Departamento de Estatísticas e Indicadores Sociais.
- TEIXEIRA, S.M.F. (1981). Assistência Médica Previdenciária: Evolução e Crise de uma Política Social. **Revista Saúde em Debate**. N.9: 21-36, São Paulo, Cebes.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. (1984). The uses of epidemiology in the study of the elderly. **Technical Report Series 706**, Geneva.

Os Idosos Face aos Benefícios Previdenciários

Lizete Emília Prata

Características da Situação Vigente

A população idosa brasileira que participa ou participou formalmente do sistema produtivo tem à sua disposição um conjunto de benefícios e serviços de assistência médica (Quadro 1). As condições de acesso a esses direitos dependem do que a legislação denomina de pré-requisitos. No caso da assistência médica, a nova Constituição consolida, como se viu no item anterior, uma forte tendência de universalização através da rede conveniada com o SUDS em âmbito federal, estadual e municipal.

Os benefícios, por sua vez, correspondem às aposentadorias e pensões a que o trabalhador tem direito, como contrapartida das contribuições que efetuou mensalmente. Do conjunto de benefícios existentes, destacam-se, no caso da população de 60 anos e mais, os seguintes:

- aposentadoria por invalidez, por doença ou acidente de trabalho;
- aposentadoria por tempo de serviço;
- aposentadoria por velhice;
- aposentadoria especial;
- abono de permanência em serviço; e
- renda mensal vitalícia.

Dados fornecidos pela Coordenadoria de Informática da Secretaria do Planejamento do INPS mostram que o número de benefícios em manutenção em 1987, em todo o Brasil, era de 11.909.703. Neste total, as aposentadorias têm uma participação bastante significativa, alcançando um percentual de 48,7%. Os recursos necessários ao seu custeio ultrapassam a metade das despesas da previdência para esse fim: naquele ano, representavam 56,2% destes custos, cujo valor total foi de Cz\$ 298.624.973,73 (valores de 1987).

A presença do Estado de São Paulo no conjunto da Federação é a mais expressiva. Cerca de uma quarta parte do total de benefícios em manutenção no ano de 1986, ainda de acordo com dados da Coordenadoria de Informática do INPS, era distribuída em São Paulo. Isso comprometeu 31,8% das despesas da previdência nesse ano. O percentual das despesas, sensivelmente maior do que o dos benefícios, se explica pela concentração no Estado, de benefícios de valores mais altos. Por outro lado, São Paulo contribui com 43% do total da arrecadação da previdência brasileira.

Quadro 1
Sistema de Previdência Social

Órgãos	Benefícios e Serviços	Trabalhador Urbano		
		Pré-Requisitos	Prazo de Carência	Valor do Benefício
INPS (Ministério da Previdência Social)	Renda mensal vitalícia (auxílio-de-samparo)	Pessoa ter completado 70 anos ou ser inválida. Pessoa ter trabalhado 5 anos sem contribuir ou ter realizado 12 contribuições. Pessoa não ter apoio familiar nem renda de qualquer espécie, superior ou igual a 1 salário mínimo.	Não há	1/2 Piso Nacional de Salários
	Aposentadoria por invalidez (doença ou acidente de trabalho)	Pessoa de qualquer idade que sofra doença ou acidente de trabalho que a incapacite para o seu trabalho usual e em caso de impossibilidade de recuperar o trabalhador para outras ocupações que assegurem seu ganho.	12 meses, salvo se a incapacidade decorrer de acidente de trabalho, moléstia profissional ou outras moléstias crônico-degenerativas, como a neoplasia maligna e a AIDS.	70% do salário-de-benefício (21 mais 1% por ano completo de trabalho, até 100% do salário-de-benefício. Por acidente de trabalho, igual a 100% do salário do dia ou da média, no caso dos segurados de ganho variável.
	Aposentadoria especial	Pessoa ter completado 15, 20 ou 25 anos de trabalho em atividades consideradas "insalubres", "penosas" ou "perigosas", comprovado por laudo técnico.	5 anos de contribuição	70% do salário-de-benefício mais 1% por ano completo de atividade, até o máximo de 30%.
	Aposentadoria por tempo de serviço	Mulheres que tenham 30 anos de serviço. Homens que tenham de 30 a 35 anos de serviço.	5 anos de contribuição	Para mulheres, 95% do salário-de-benefício, e para os homens, 80% a 95%, entre 30 e 35 anos, numa progressão de 3% por anos completos de trabalho.

Trabalhador Rural			População Total Atendida (1)
Pré-Requisitos	Prazo de Carência	Valor do Benefício	
Os mesmos do trabalhador urbano.	—	1/2 Piso Nacional de Salários	1.363.720 pessoas (BR-83)
			109.977 pessoas (ESP-83) 27,58% Homens 72,42% Mulheres 95.425 pessoas (GSP-83) 18,37% Homens 81,63% Mulheres
Não existe vínculo entre benefício e contribuição.	Exercício da atividade rural por 3 anos antes da aposentadoria.	50% do Piso Nacional de Salários	1.727.527 pessoas (BR-83)
		75% do Piso Nacional de Salários, no caso de acidente de trabalho.	259.762 idosos (ESP-83) 122.000 idosos (GSP-83)
Não tem direito	—	—	8.529 idosos (ESP-83) 4.353 idosos (GSP-83)
Não tem direito	—	—	1.085.752 pessoas (BR-83) (3) 254.414 idosos (ESP-83) 143.424 idosos (GSP-83)

(Continua)

Quadro 1
Sistema de Previdência Social

Órgãos	Benefícios e Serviços	Trabalhador Urbano		
		Pré-Requisitos	Prazo de Carência	Valor do Benefício
INPS (Ministério da Previdência Social)	Aposentadoria por velhice (ou por idade)	Homens que atinjam 65 anos. Mulheres que atinjam 60 anos.	12 meses	95% do salário-de-benefício
	Abono de permanência	Pessoa ter completado os requisitos para se aposentar por tempo de serviço e continuar trabalhando.	—	20% do salário-de-benefício para o segurado que completar 30 anos de serviço e 25% ao completar 35 anos de serviço.
Inamps (Ministério da Previdência Social)	Assistência médica	Não há pré-requisitos. A partir de 1987, a assistência médica está assegurada, a todo cidadão brasileiro, residente ou não no País, independente de contribuições anteriores, através dos convênios SUDS. Essa cobertura é realizada pela rede conveniada com o SUDS, a nível federal, estadual e municipal.	Não há	—

Trabalhador Rural			População Total Atendida (1)
Pré-Requisitos	Prazo de Carência	Valor do Benefício	
Não existe vínculo entre benefício e contribuição,	Exercício da atividade rural por 3 anos antes da aposentadoria.	50% do Piso Nacional de Salários. 75% do Piso Nacional de Salários, no caso de acidente de trabalho.	2.169.447 pessoas (BR-83) 272.255 idosos (ESP-83) 94.311 idosos (GSP-83)
Não tem direito	—	—	Dado não disponível
Não há pré-requisitos	Não há	—	Dado não disponível

Fonte: Tabulações Especiais da PNAD-83 e Coordenadoria de Informática da Secretaria de Planejamento do INPS. (Conclusão)

- (1) Salário-de-benefício: média aritmética dos últimos 12 salários-de-contribuição (quantia sobre a qual os segurados contribuem para a Previdência Social) tomados no período não superior a 18 meses da data de afastamento do trabalho.
(2) Inclui as aposentadorias especiais.

O sistema de cálculo desses benefícios varia de um caso para outro. Depende, em última instância, do salário que o trabalhador recebeu durante sua vida ativa e toma por base o salário-de-benefício, que é a média aritmética das 12 últimas contribuições. O salário-de-contribuição, por sua vez, é o valor sobre o qual se calcula a contribuição. Esses valores de contribuição são patamares estabelecidos em função da enorme diversidade de salários existentes.

A característica básica da previdência social vigente (1) é a ausência de equidade dos regimes destinados à população urbana e rural. Como se observa no Quadro 1, os trabalhadores rurais não têm acesso ao mesmo conjunto de benefícios dos trabalhadores urbanos, não podendo dispor das aposentadorias por tempo de serviço e especial e tampouco do abono de permanência em serviço.

A distribuição dos benefícios aos trabalhadores rurais depende do exercício da atividade rural, por três anos, antes da aposentadoria. O valor de qualquer desses benefícios é de 50% do salário mínimo – ou 75%, no caso de acidente do trabalho. Portanto, além de uma oferta mais reduzida de benefícios, ao trabalhador rural também se destinam valores bastante inferiores em comparação com os do trabalhador urbano. Essa iniquidade do sistema tem como base a existência ou não de prévia contribuição do trabalhador. No caso da previdência urbana, o regime se define como um seguro social, onde o trabalhador recebe o retorno das contribuições que fez durante seu período ativo na força de trabalho. Já, a previdência rural se assemelha mais aos programas de assistência social, onde não há exigência de contribuição direta do beneficiário, gerando benefícios com valores bastante inferiores.

No ano de 1986, por exemplo, as aposentadorias representaram 51% em relação ao total de benefícios em manutenção, sendo 30% referente ao meio urbano, e 21% ao meio rural. No entanto, neste mesmo ano, os gastos com as aposentadorias urbanas consumiram 47% dos recursos disponíveis, enquanto às aposentadorias rurais coube apenas 9% (Tabela 1).

Essa situação deve passar por mudanças de fundo, a partir da regulamentação da nova carta constitucional, que estende aos trabalhadores rurais o conjunto dos benefícios a que os da cidade têm direito, tornando também a contribuição obrigatória e estabelecendo a equidade de deveres e direitos ao conjunto da população trabalhadora brasileira (2). Esse novo sistema de proteção social ainda não está em vigor.

(1) Para maiores detalhes acerca do padrão de proteção social em vigor, ver, entre outros, Fagnani & Silva (1988).

(2) As alterações propostas no sistema de benefícios da previdência social se encontram no Quadro 2, mais adiante.

Tabela 1

Distribuição dos Benefícios em Manutenção e Gastos da Previdência Urbana e Rural, Segundo Tipos de Benefícios

Brasil
1986

Em porcentagem

Tipos de Benefício:	Benefícios em Manutenção			Gastos		
	Previdência Urbana	Previdência Rural	Total	Previdência Urbana	Previdência Rural	Total
Total	65	35	100	85	15	100
Aposentadoria	30	21	51	47	9	56
Invalidez	14	5	19	13	2	15
Velhice	5	16	21	6	7	13
Tempo de Serviço	11	-	11	28	-	28
Pensões	16	8	24	12	3	15
Renda Mensal						
Vitalícia	8	5	13	4	2	6
Outros	11	1	12	22	1	23

Fonte: Coordenadoria de Informática do INPS.

Hoje, o funcionamento do complexo previdenciário nacional depende quase que por inteiro das contribuições sociais, que respondem por cerca de 90% do montante total de recursos. Deste, uma parte menor é proveniente da contribuição dos empregados, que a recolhem compulsoriamente através da folha de pagamento, e um percentual maior – cerca de 70% – corresponde à contribuição das empresas sobre a folha de salários. No entanto, a maioria das empresas consegue repassar o valor dessa contribuição para o preço de seus produtos.

Como resultado desse sistema de financiamento, quem sustenta de fato os gastos da previdência são os consumidores em geral e em especial os trabalhadores, que pagam duas vezes pelo seguro social. Por outro lado, a massa de recursos disponíveis, por estar atrelada ao valor dos salários, tem sofrido as flutuações e as retrações dos períodos de crise econômica, em particular na última década. A relação entre salários e recursos se reflete diretamente nos baixos valores dos benefícios recebidos pelos aposentados.

Os benefícios sofreram, nos últimos anos, um outro fator de rebaixamento, além de sua forma de cálculo: sua correção. A inflação crescente dos últimos dez anos corroeu o valor real dos benefícios, diante da inexistência de um fator de correção adequado. O efeito combinado desses fatores de rebaixamento pode ser observado na Tabela 2. A evolução do valor médio unitário das aposentadorias, durante o período 1978-88, indica que tiveram seu valor reduzido praticamente à metade e, no caso da aposentadoria por tempo de serviço, a menos do que isso.

Tabela 2
Evolução do Valor Médio Unitário das Aposentadorias, por Tipos
Brasil
1978

Em Cr\$ mil de 1987

Tipos de Aposentadoria	Evolução do Valor Médio Unitário das Aposentadorias					
	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Total	53,78	52,30	50,69	48,10	51,15	42,32
Invalidez	40,82	38,70	38,08	35,59	38,12	30,93
Velhice	28,54	27,29	26,87	25,76	27,49	23,34
Tempo de Serviço (1)	137,50	135,36	126,41	120,19	125,53	100,69

(Continua)

Em Cr\$ mil de 1987

Tipos de Aposentadoria	Evolução do Valor Médio Unitário das Aposentadorias				
	1984	1985	1986	1987	1988
Total	37,50	37,23	40,46	28,89	25,83
Invalidez	27,82	29,50	32,59	23,41	20,99
Velhice	19,78	19,74	22,01	15,97	13,86
Tempo de Serviço (1)	80,47	83,24	88,05	61,74	56,09

Fonte: Silva & Médici (1989).

(Conclusão)

(1) A aposentadoria por tempo de serviço engloba a aposentadoria especial.

A lógica do sistema de aposentadorias, por outro lado, é discriminatória, ao estabelecer fórmulas de cálculo que beneficiam algumas modalidades em detrimento de outras, como é o caso do valor médio unitário mais alto da aposentadoria por tempo de serviço (Tabela 2). O princípio que justificaria a existência desse tipo de benefício é o de que, considerando-se a baixa esperança de vida média do brasileiro e sua inserção precoce no mercado de trabalho, seria necessária uma modalidade que não se referisse apenas à idade, mas a esta combinada com o tempo de serviço. Tal situação foi verdadeira, especialmente até a década de 60, no que diz respeito à esperança de vida. Quanto à precoce inserção no mercado de trabalho, é preciso considerar que esse raciocínio nunca correspondeu à realidade e acaba por beneficiar os indivíduos que conseguiram se integrar ao sistema produtivo formal desde o início de sua atividade profissional, através de relações familiares (3) ou por serem profissionais especializados. Isso ocorre em pre-

(3) Aqui se pretende fazer referência àqueles casos em que o pai, possuindo um negócio, registra precocemente como empregados, todos os seus filhos, independente de trabalharem ou não.

juízo da maioria, que, apesar de ter começado a trabalhar muito cedo, não conseguiu o registro em carteira profissional, não tendo como comprovar, portanto, os 30 a 35 anos necessários para a aposentadoria por tempo de serviço e que acabam se aposentando por idade, com uma remuneração mais baixa.

A distribuição da população aposentada, no Brasil, segundo o motivo de aposentadoria, ilustra a afirmação anterior. Conforme dados do INPS sobre o ano de 1983, os aposentados por velhice aparecem em primeiro lugar, com uma proporção de 43,9%. Em segundo lugar, com 35,0% vêm os aposentados por invalidez. Finalmente, os aposentados por tempo de serviço, que tiveram direito ao recebimento de um valor maior, eram apenas 21,1%.

Nas análises efetuadas até aqui, com base em informações do próprio INPS, só se considerou a população de beneficiários como um todo. Não foi possível identificar o grupo de interesse específico deste trabalho – os maiores de 60 anos –, já que os dados não se encontravam desagregados por faixa etária. No entanto, informações específicas sobre a população idosa puderam ser obtidas através de tabulações especiais da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1983, cujo questionário complementar enfocou aspectos relativos à previdência social.

De acordo com esta fonte de dados, a velhice foi, entre os idosos aposentados, o principal motivo da aposentadoria – 53,0%. Outros 23,6% se aposentaram por invalidez, enquanto apenas 23,4% o fizeram por tempo de serviço. Considerando-se a população total, os aposentados por velhice também aparecem em primeiro lugar com 36,3%, vindo a seguir os aposentados por invalidez, com 36,1%, e depois daqueles por tempo de serviço com 27,6% (Gráfico 1).

É importante observar que estes últimos valores apresentam diferenças com relação aos do INPS, já mencionados, como mostra a Tabela 3.

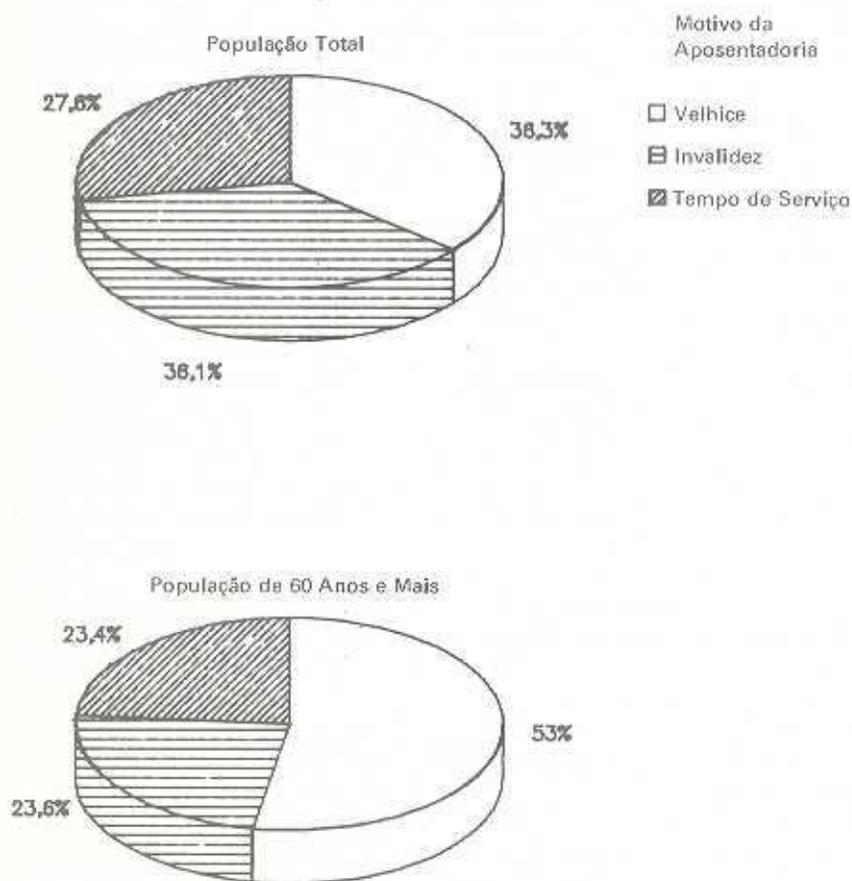
Tabela 3
Distribuição das Aposentadorias, por Fonte dos Dados, Segundo Motivo
Brasil
1983

Motivo da Aposentadoria	Fonte de Dados		
	IPNAD (A)	INPS (B)	Diferença (A - B)
Total	100,00	100,00	
Invalidez	36,1	35,0	1,1
Velhice	36,3	43,9	- 7,6
Tempo de Serviço	27,6	21,1	6,5

Fonte: Coordenadoria de Informática do INPS, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 1983.

Gráfico 1

Distribuição da População Total e da População de 60 Anos e Mais Aposentadas pelo Sinpas (1), Segundo Motivo da Aposentadoria
Brasil
1983.



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

(1) Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

A proporção de aposentados por velhice, o INPS, é maior do que a da PNAD. Com relação ao percentual dos aposentados por tempo de serviço, ocorre justamente o contrário, sendo que, nos dois casos, as diferenças são muito próximas. Os percentuais de aposentadoria por invalidez, por sua vez, não apresentam diferença de maior significado.

As discrepâncias encontradas parecem sugerir alguma possível distorção nos dados da PNAD, visto tratar-se de uma pesquisa por amostra em que os entrevistados são os próprios beneficiários. Como já foi indicado, o tempo de serviço se constitui na melhor alternativa dos aspirantes a aposentados. Dessa forma, a maioria pleiteia essa modalidade de benefício, por ter trabalhado o período necessário, sem, no entanto, dispor da documentação comprobatória. Assim, mesmo a tendo solicitado, só conseguem aposentar-se por idade. A conjugação da desinformação com a aspiração não satisfeita de uma aposentadoria um pouco melhor pode ser a origem das diferentes informações apresentadas pelas duas fontes.

Mesmo havendo a consciência das limitações dos dados amostrais, optou-se por trabalhar com os números da PNAD-83, pois, como se viu, encontram-se desagregadas por idade. Para evitar maiores distorções, os dados são apresentados, na maioria das vezes, na sua forma relativa (ou seja, através de percentuais). Cabe ressaltar, ainda, que apesar da defasagem destes dados, que refletem a situação de crise da primeira metade da década, não chegam a perder a atualidade, dada a constância dos mecanismos de cálculo e atualização do valor dos benefícios, bem como da capacidade limitada de prestação de serviços por parte do setor público.

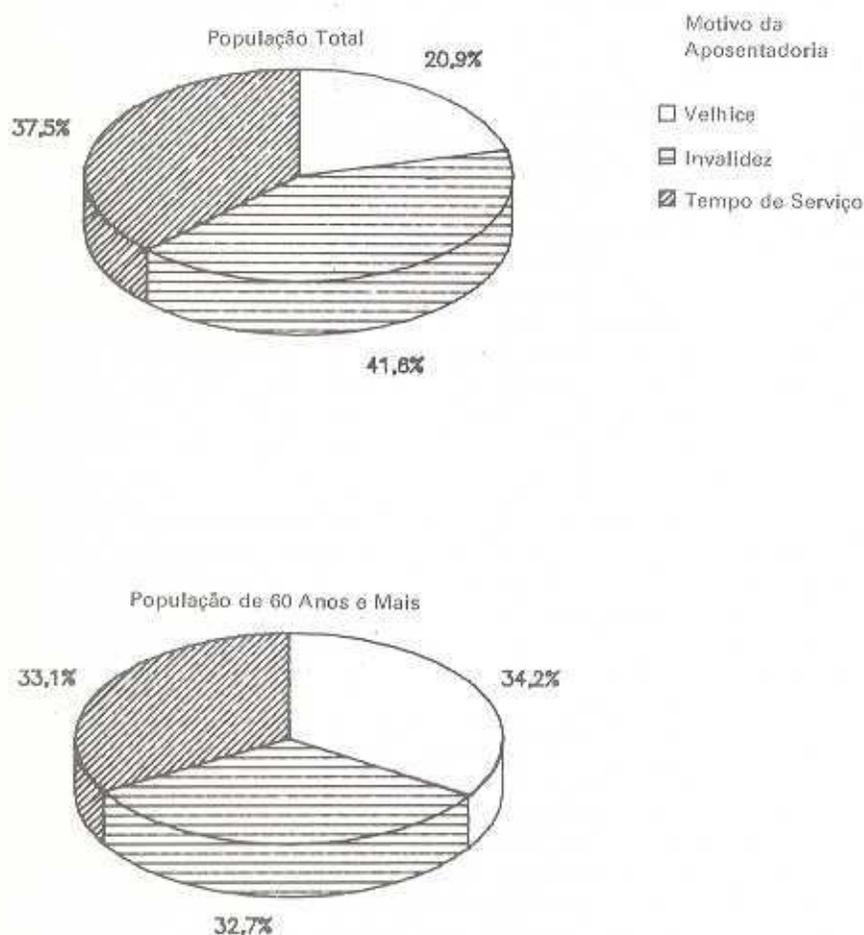
A distribuição dos idosos, por motivo de aposentadoria, no Estado de São Paulo (Gráfico 2), apresenta uma tendência diferente daquela observada no Brasil. Ocorre uma divisão bem equilibrada entre os três motivos (velhice, invalidez e tempo de serviço). Neste caso, não foi possível o confronto com as informações do INPS, por não se dispor destes dados desagregados por unidades da Federação.

Na Grande São Paulo, a situação também difere bastante em relação à do Brasil como um todo, como se observa no Gráfico 3. Nessa região, concentra-se o maior contingente de idosos aposentados por tempo de serviço, 40,6%. A invalidez (por doença ou acidente de trabalho) vem em segundo lugar, com 33,5%. E só em terceiro aparece a aposentadoria por velhice (25,9%). Sem entrar em explicação mais profunda a respeito das diferenças regionais brasileiras, é notória a maior concentração de recursos na Grande São Paulo, onde, apesar da tendência de expansão para o Interior do Estado, ainda se encontra instalado o maior parque industrial do País, gerando uma oferta notavelmente maior de empregos no setor formal da economia (4).

(4) A respeito das peculiaridades do mercado de trabalho na Grande São Paulo ver Dedecca & Ferreira (1988).

Gráfico 2

Distribuição da População Total e da População de 60 Anos e Mais Aposentadas pelo Sínipas (1), Segundo Motivo da Aposentadoria
Estado de São Paulo
1983

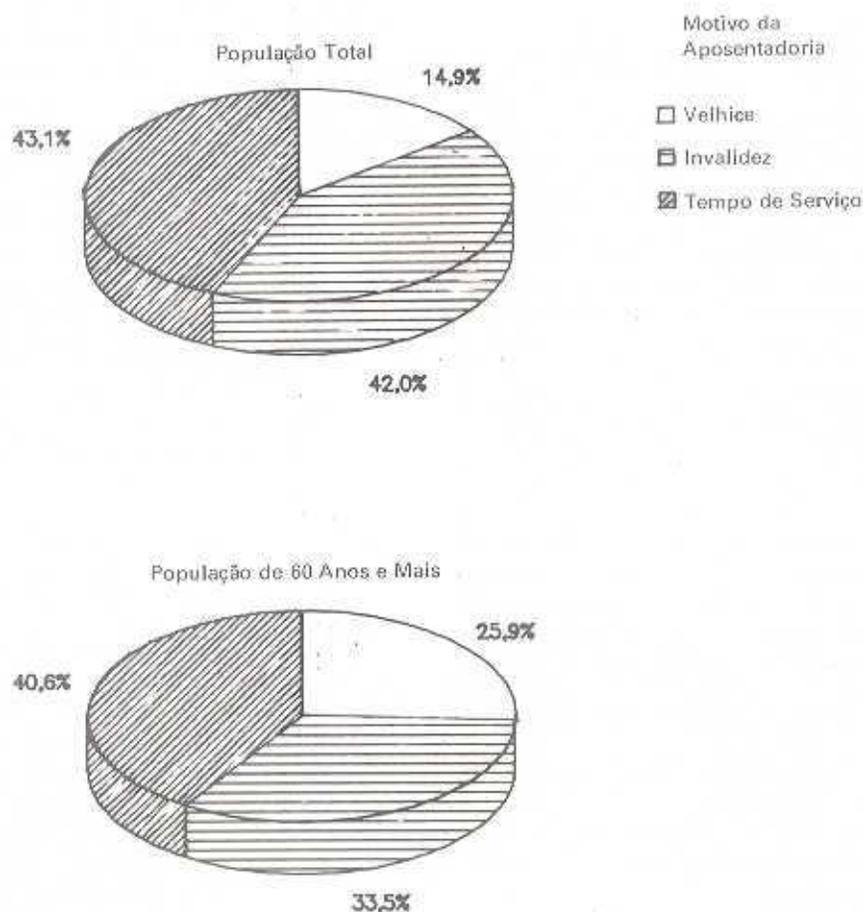


Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

(1) Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Gráfico 3

Distribuição da População Total e da População de 60 Anos e Mais Aposentadas pelo Sinpas (1), Segundo Motivo da Aposentadoria
Grande São Paulo
1983



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

(1) Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

Isto pode significar, pelo menos em potencial, um número maior de oportunidades para a população idosa permanecer em atividades reconhecidas e amparadas pela lei.

Foi dito que a aposentadoria e os baixos rendimentos mensais apresentam uma forte correlação. A aposentadoria representa, para o trabalhador, uma perda substancial nos rendimentos mensais, que se aguça dependendo do motivo da aposentadoria. A observação do Gráfico 4 indica que: a) entre 80% e 90% dos idosos aposentados por velhice ou invalidez se concentram na faixa de rendimentos entre zero a dois salários mínimos; b) os idosos aposentados por tempo de serviço se distribuem de maneira quase uniforme ao longo das diferentes faixas de rendimento; e c) do ponto de vista das tendências de distribuição, não há diferença entre Brasil e Estado de São Paulo, embora, de uma forma geral, os rendimentos se mostrem superiores em São Paulo.

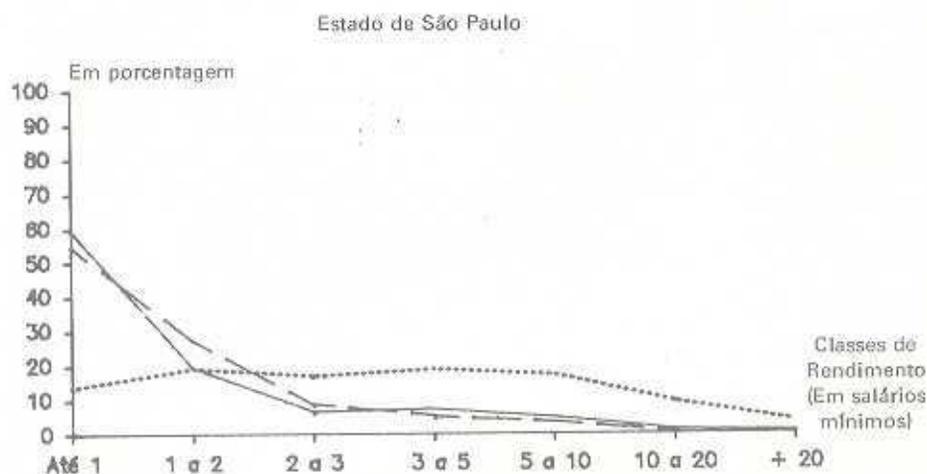
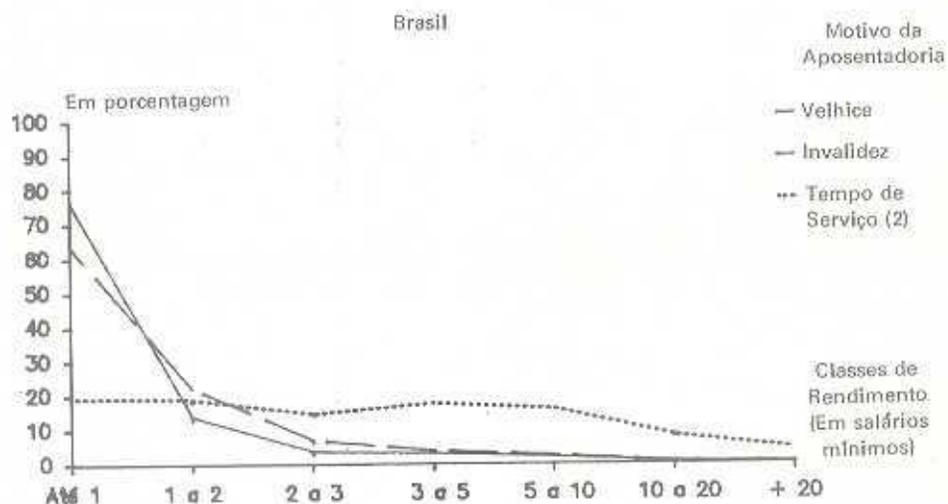
Estas informações mostram que o idoso aposentado, apesar de ter contribuído com a previdência e ter adquirido um direito, não tem garantias de retorno consentâneo de seus rendimentos. Ao se retirar da vida ativa, defronta-se com um contínuo decréscimo do valor real das aposentadorias, causado, em grande parte, pelas fórmulas de correção mensal que não cobrem as perdas da inflação. Dessa forma, se vêem muitas vezes, na contingência de recorrer a programas de assistência social, para assegurar sua sobrevivência.

Embora a situação geral da pessoa de mais idade seja bastante precária no que diz respeito aos seus rendimentos – como se patenteou no item referente à caracterização sócio-econômica da população idosa –, os dados da PNAD-83 mostram, além disso, existirem diferenças sensíveis entre a renda dos ocupados em alguma atividade e dos não-ocupados, entre os quais se inclui a maioria dos aposentados e pensionistas (Gráfico 5).

No Estado de São Paulo, por exemplo, entre os homens ocupados de 60 anos e mais, 41,2% recebiam até dois salários mínimos, percentual este que se eleva para 58,5% no caso dos não-ocupados (Tabela 4). Os dados referentes ao Brasil mostram que, apesar da situação, em termos de rendimento, ainda mais precária, persistem igualmente estes diferenciais: 58,9% dos idosos ocupados tinham renda até dois salários mínimos, enquanto 70,0% dos não-ocupados se encontravam neste mesmo estrato de renda. Na Grande São Paulo, onde o panorama se mostra menos drástico, também é possível observar um diferencial importante, já que na faixa de zero a dois salários mínimos estavam 28,5% dos ocupados e 50,3% dos não-ocupados.

Gráfico 4

Distribuição da População de 60 Anos e Mais Aposentada pelo Sinpas (1), por Classes de Rendimento Mensal, Segundo Motivo da Aposentadoria Brasil e Estado de São Paulo 1983



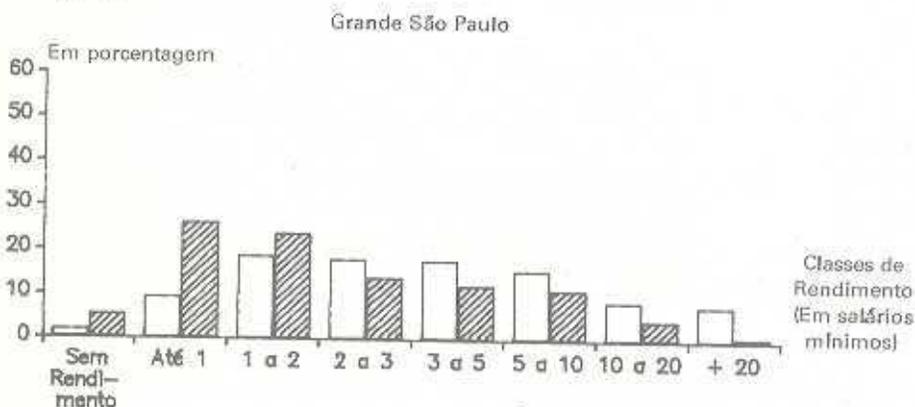
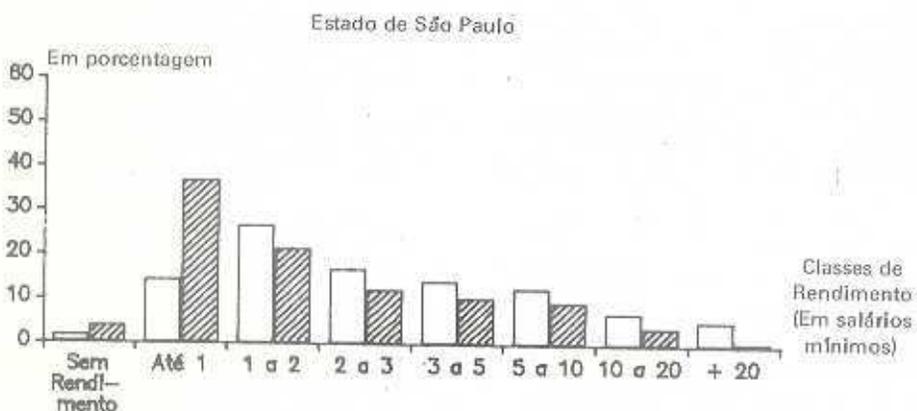
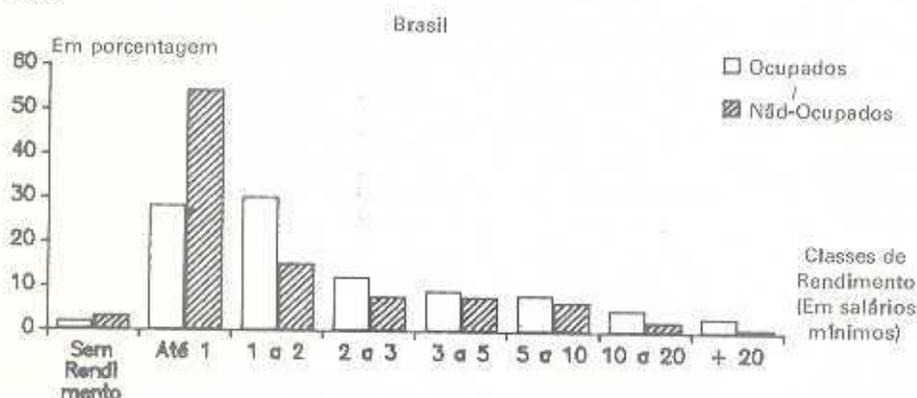
Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

(1) Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social.

(2) O percentual referente às aposentadorias por tempo de serviço engloba as aposentadorias especiais.

Gráfico 5

Distribuição da População Masculina de 60 Anos e Mais, por Classes de Rendimento Mensal, Segundo Condição de Atividade
Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1983.



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

Tabela 4

Distribuição da População Masculina de 60 Anos e Mais, Ocupada e Não-Ocupada, Segundo Classes de Rendimento Mensal
Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1983

Em porcentagem

Classes de Rendimento	Distribuição da População Masculina de 60 Anos e Mais					
	Ocupados			Não-Ocupados		
	Brasil	Estado de São Paulo	Grande São Paulo	Brasil	Estado de São Paulo	Grande São Paulo
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Até 1 Salário Mínimo	28,44	14,52	9,81	54,80	36,95	26,32
De 1 a 2 Salários Mínimos	30,46	26,68	18,93	15,39	21,56	23,96
De 2 a 3 Salários Mínimos	12,45	16,83	18,33	8,10	12,33	14,17
De 3 a 5 Salários Mínimos	9,33	14,21	18,03	8,03	10,54	12,40
De 5 a 10 Salários Mínimos	8,40	12,79	15,85	6,83	9,71	11,57
De 10 a 20 Salários Mínimos	5,22	7,41	9,01	2,55	4,11	4,82
Mais de 20 Salários Mínimos	3,48	5,65	8,07	1,00	0,82	1,12
Sem Rendimento	2,22	1,91	2,17	3,51	3,98	5,64

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

No caso das mulheres idosas, este tipo de comparação não tem muito efeito, pois a grande maioria delas não tinha ocupação na época da pesquisa. A mesma circunstância persiste na atualidade, embora se vislumbre uma tendência de alteração deste quadro, como consequência da maior inserção da mulher no mercado de trabalho. No Estado de São Paulo, 92,4% das mulheres com 60 anos ou mais pertenciam à categoria de não-ocupadas, sendo que, destas, 40,4% não tinham qualquer tipo de rendimento e 48,3% recebiam menos de dois salários mínimos. No Brasil, as não-ocupadas eram 89,4%, das quais 36,9% sem rendimento e 55,2% com até dois salários mínimos, enquanto na Grande São Paulo eram 92,7% - 39,9% sem rendimento e 46,1% com renda de até dois salários mínimos (Tabela 5). O Gráfico 6 ilustra a situação crítica da grande maioria das mulheres idosas, desvinculadas de qualquer tipo de atividade remunerada.

A despeito da política social ser reconhecidamente ineficaz na prestação de serviços, não lhe caberia, entretanto, o maior dos problemas, que é o da relação benefício x salário, num país onde, além dos baixos salários, são precários os níveis de formalização das relações de trabalho.

Tabela 5

Distribuição da População Feminina Não-Ocupada de 60 Anos e Mais, Segundo Classes de Rendimento Mensal
Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1983

Classes de Rendimento	Distribuição da População Feminina Não-Ocupada de 60 Anos e Mais		
	Brasil	Estado de São Paulo	Grande São Paulo
Total	100,00	100,00	100,00
Até 1 Salário Mínimo	47,81	38,56	34,95
De 1 a 2 Salários Mínimos	7,37	9,77	11,18
De 2 a 3 Salários Mínimos	3,03	3,96	5,27
De 3 a 5 Salários Mínimos	2,35	3,49	3,88
De 5 a 10 Salários Mínimos	1,83	3,00	3,70
De 10 a 20 Salários Mínimos	0,60	0,73	1,07
Mais de 20 Salários Mínimos	0,16	0,14	0,09
Sem Rendimento	36,87	40,36	39,92

Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

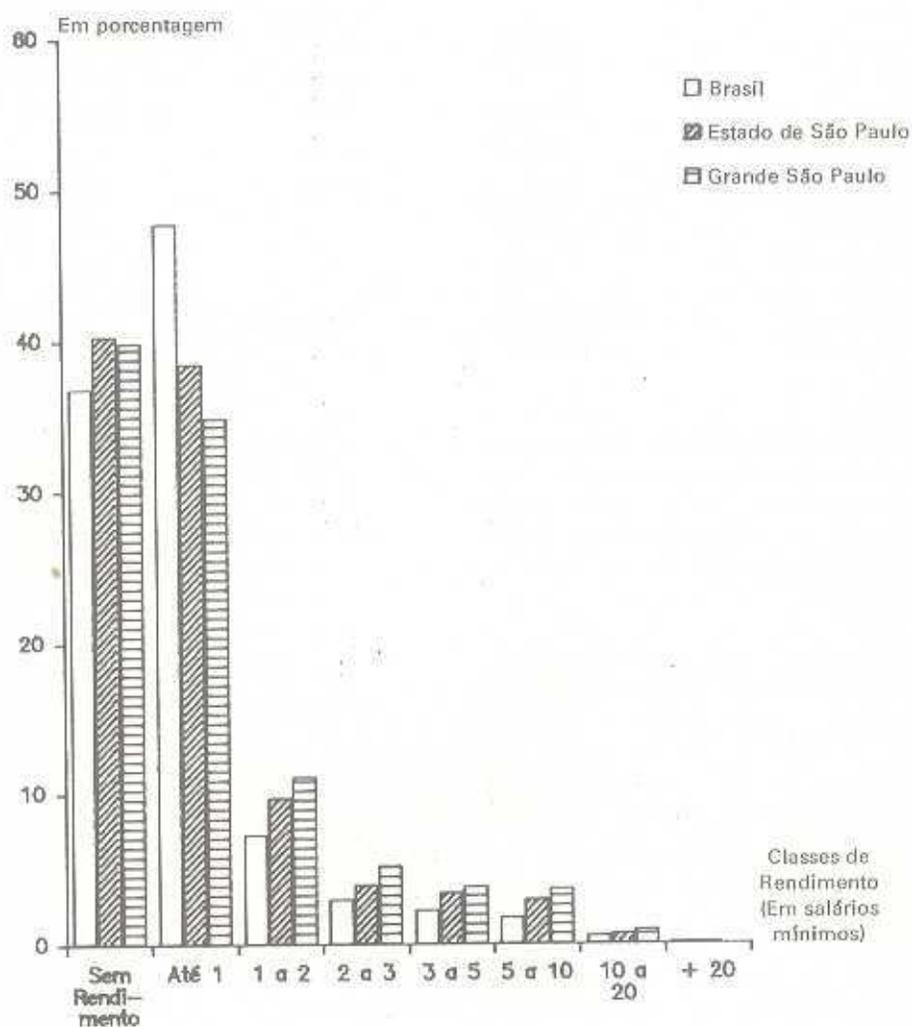
Neste aspecto, os baixos rendimentos e a falta de oportunidade de participar da estrutura produtiva brasileira parecem ter correlação com a forte presença dos idosos no setor informal da economia. Como se observa na Tabela 6, cerca de 50% da população idosa ocupada no Brasil desenvolvem atividades por conta própria, ou seja, atividade econômica desenvolvida por uma pessoa, individualmente ou com o auxílio de membro não-remunerado do domicílio. Em segundo lugar aparecem os empregados com carteira assinada, que representam 39% da população ocupada de 60 anos e mais. Na Grande São Paulo, onde, como já foi citado, existe uma maior oferta de empregos no setor formal, esse quadro torna-se um pouco mais ameno. Embora a proporção de idosos ocupados fosse quase a mesma que aquela observada em termos de Brasil - em torno dos 52,0% -, a maioria deles era empregados com carteira assinada (57,5%), restando, porém, uma parcela ainda significativa - 33,4% - de trabalhadores por conta própria.

No Estado de São Paulo, a estrutura da ocupação dos idosos segundo a posição, assemelhava-se bastante à da Grande São Paulo (Tabela 6).

As observações feitas até aqui sugerem que a atitude adotada pelo Estado brasileiro, frente às reivindicações dos trabalhadores, sejam previdenciárias ou trabalhistas, tem sido de administração "a conta-gotas".

Gráfico 6

Distribuição da População Feminina de 60 Anos e Mais Não-Ocupada, por Classes de Rendimento Mensal
Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1983



Fonte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

Tabela 6

Distribuição da População Ocupada de 60 Anos e Mais, Segundo Posição na Ocupação

Brasil, Estado de São Paulo e Grande São Paulo
1983

Posição na Ocupação	Distribuição da População Ocupada de 60 Anos e Mais		
	Brasil	Estado de São Paulo	Grande São Paulo
Total	100,0	100,0	100,0
Empregados	39,0	54,2	57,5
Conta Própria	49,7	35,0	33,4
Empregadores	7,3	7,8	6,2
Não-Remunerados	4,0	3,0	2,9

Fônte: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1983.

As reivindicações só são atendidas no limite. Os trabalhadores mais organizados e mais ativos têm conseguido antes a satisfação de suas solicitações. Cria-se uma situação em que os mais necessitados são atendidos por último, como se pode observar com o estabelecimento da previdência rural ou mesmo com a ampliação da previdência aos trabalhadores domésticos e aos autônomos.

Isso pode ser claramente notado com relação à questão do idoso. De um lado, os trabalhadores assalariados, aposentados, que contribuíram durante todo o tempo necessário para ter direito a esse benefício, são conduzidos à condição de dependentes, ao ter sua renda diminuída, bem no momento em que, por saírem da produção, reduz-se seu poder de pressão. De outro lado, os idosos que não tiveram acesso ao sistema produtivo encontram-se desprotegidos pela previdência, por serem desempregados, subempregados ou trabalhadores eventuais. Podem ser beneficiários da assistência social - desde que comprovem sua condição de necessitados.

Ademais, na terceira idade se igualam os que "têm direitos" - que contribuíram para a previdência - e os que "não têm direitos", pois nem lhes foi dada a oportunidade de contribuir. Se igualam na falta de um lugar adequado na sociedade, seu lugar de cidadão. O momento da aposentadoria, para amplos contingentes populacionais, significa passar da categoria de trabalhador assalariado para a de carente e, aí, disputar com os outros "necessitados" os serviços destinados a este setor da população.

Assim, é possível visualizar a existência de uma política de atendimento à população idosa, cujo traço mais marcante é a intenção de minimizar os problemas, diminuir as pressões sem, no entanto, dar prioridade à mudança dessa situação. Esse tipo de encaminhamento, no entanto, parece não se restringir à população idosa, mas é a tônica das políticas destinadas às populações que não participam mais imediatamente do mercado formal de trabalho.

As Modificações no Sistema de Previdência Social a partir da Nova Constituição Brasileira

As modificações impostas pela nova Constituição se referem principalmente ao caráter do atendimento previdenciário, que passa a ser universal, dentro de um conceito de seguridade social para todos.

Algumas mudanças – como a recomposição do valor dos benefícios em salários mínimos correspondentes à época da aposentadoria, tentando recuperar as perdas sofridas nos últimos anos – já estão em vigor desde maio de 1989. O critério de reajuste desses benefícios é o mesmo do salário mínimo, enquanto não é aprovado o Plano de Benefícios e Custeios da Previdência Social, que deverá definir um sistema de reajustes mais específico. Essas determinações provisórias estão em vigor desde julho de 1989.

O estabelecimento de um piso para os benefícios, com o valor de um salário mínimo, assim como a extensão ao trabalhador rural do conjunto dos benefícios a que o trabalhador urbano tem direito, fazem parte das medidas já aprovadas que necessitam de regulamentação para entrar em vigor. No entanto, existem aspectos bastante polêmicos e a concepção que vai nortear o sistema de previdência social brasileiro ainda não está definida, dependendo de um processo de discussões e negociações políticas.

A Mensagem de número 234/89 do Poder Executivo, substitutiva ao Projeto de Lei nº 2.570/89 foi aprovada pela Comissão Mista do Congresso, no fim de 1989 e deverá, ainda, ser avaliada em outras comissões. O Quadro 2 apresenta uma relação das alterações propostas por este projeto, onde se destacam dois pontos, em especial: o salário de benefício não será inferior ao salário mínimo nem superior ao limite máximo do salário de contribuição, na data do início do benefício; e os benefícios terão reajuste mensal pelo IPC, acrescido bimestralmente de 6,09%.

Todas as modificações deverão significar uma melhoria para os idosos aposentados, já que o valor dos benefícios será um pouco mais elevado, e a fórmula de correção proposta deverá preservar o seu valor. Por outro lado, uma das iniquidades mais visíveis do sistema deverá ser superada com a extensão dos direitos do trabalhador urbano ao rural.

Quadro 2
 Os Benefícios da Previdência Social para Trabalhadores Urbanos e Rurais
 - Alterações Propostas pela Mensagem número 234/89 do Poder Executivo

Benefícios	Pré-Requisitos	Carência	Valor do Benefício	Observações
Renda mensal vitalícia (auxílio-desemprego)	Não há (como no sistema vigente)	Não há (como no sistema vigente)	1 (um) salário mínimo	—
Aposentadoria por invalidez (doença ou acidente de trabalho)	Os mesmos do sistema vigente	Os mesmos do sistema vigente	100% do salário-benefício. Em caso de acidente de trabalho, o valor da aposentadoria corresponderá a 100% do salário-de-contribuição do dia do acidente. Obs.: O valor da aposentadoria do segurado que necessita de assistência permanente de outra pessoa é majorado em 30%.	—
Aposentadoria especial	Os mesmos do sistema vigente	Os mesmos do sistema vigente	Para o homem: 80% do salário-benefício aos 30 anos de serviço mais 4% deste para cada novo ano completo de atividade, até o máximo de 100% aos 35 anos de serviço.	Os períodos de atividade comum que dão direito à aposentadoria por tempo de serviço são computados para a aposentadoria especial com redução de 20%.

(Continua)

Aposentadoria por tempo de serviço	Para o homem, 30 anos completos de serviço. Para a mulher, 25 anos completos de serviço.	Os mesmos do sistema vigente	Para a mulher: 80% do salário-de-benefício aos 25 anos de serviço, mais 4% deste parâmetro novo ano completo de atividade, até o máximo de 100% aos 30 anos de serviço.	—
Aposentadoria por invalidez (ou por idade)	Para o homem, 70 anos de idade completos e contribuição de 60 meses. Para a mulher, 65 anos de idade completos e contribuição de 60 meses.	60 meses de contribuição	90% do salário-de-benefício mais 1% deste por grupo de 12 contribuições (1 ano) até o máximo de 20%.	O limite da idade previsto será reduzido em 5 anos para os segurados trabalhadores rurais de ambos os sexos que tenham exercido atividade rural durante os meses correspondentes do período de carência exigido para a concessão do benefício.
Abono de permanência	Os mesmos do sistema vigente	—	20% do salário-de-benefício para o segurado que tenha entre 30 e 34 anos de serviço e para o segurado que conte entre 25 e 29 anos de serviço. 25% do salário-de-benefício para o segurado com 35 ou mais anos de serviço e para o segurado com 30 ou mais anos de serviço.	—

No entanto, todas essas possibilidades de melhoria precisam ser equacionadas diante da tendência crescente de aumento dos idosos no conjunto da população, pois um dos maiores entraves do sistema continua sendo a capacidade limitada de atendimento à sua clientela.

Bibliografia

- BERQUÓ, E. S. & LEITE, V. F. (1988). Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Revista Ciência e Cultura*. São Paulo, 40 (7).
- BOSI, E. (1987). **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo, EDUSP.
- BRAGA, J. C. & PAULA, S. G. (1981). **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo, Cepes.
- COHN, A. (1980). **Previdência social e o processo político no Brasil**. São Paulo, Editora Moderna.
- CORDEIRO, H. (1985). **A indústria da saúde no Brasil**. São Paulo, Cebes.
- DEDECCA, C. S. & FERREIRA, S. P. (1988). As populações economicamente ativa e ocupada: um estudo sobre suas evoluções no período 85-87. **Anais do VI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. São Paulo, vol. 2, p. 365-394.
- FAGNANI, E. & SILVA, P.L.B. (1988). **O padrão de política social brasileira: 1964**. 1984, IESP. (mimeo).
- FARIA, V. (1989). **Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos**. São Paulo. (mimeo).
- FERNANDES, A. (1988). **Guia dos aflitos da previdência**. São Paulo, Oboré Editorial.
- HÔTE, J. M. (1988). **Brasil, uma política para a velhice já**. 1ª ed., Rio de Janeiro, Brascores Gráfica e Ed.
- KALACHE, A. et alii (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 21(3).
- MÉDICI, A. C. (1989). **Seguridade social, perspectivas para 1989**. Rio de Janeiro. (mimeo).

- NACIONES UNIDAS (1984). **Documentos principales de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento**. Paris, Centro Internacional de Gerontología Social.
- NETTO, A. J. (1986). **A segregação do velho na sociedade**. São Paulo, CEI.
- OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F. (1986). **Previdência social – 60 anos de história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes.
- RAMOS, L. et al. (1987). Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 21(3).
- SALISBURY, R. H. (1968). **The analysis of public policy: a search for theories and roles**. Chicago (Political Social Series).
- SILVA, P. L. (1984). **Atenção à saúde como política governamental**. (Dissertação de Mestrado). São Paulo. (mimeo).
- SILVA, P.L.B. & MÊDICI, A. C. (1989). **Previdência Social: velhos problemas, novos desafios**. NEPP/Unicamp. (mimeo).
- UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (1988). **Brasil 1986: relatório sobre a situação social do país**. Campinas, Unicamp.
- VERAS, R. et alii (1987). Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 21(3).
- VIANA, A. L. (1988). **Abordagens metodológicas em políticas públicas**. Campinas, NEPP/Unicamp (Caderno de Pesquisa nº 5 Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Unicamp).



Os Programas Especificamente Destinados à População Idosa

Lizete Emília Prata

Breve Histórico (1)

A preocupação com a problemática do idoso surgiu por iniciativa de especialistas e técnicos que se defrontavam com os idosos no seu cotidiano, por força de sua atividade profissional. Tomaram contato, através de cursos e seminários, com a discussão que estava em andamento nos países desenvolvidos sobre as implicações do envelhecimento.

A Sociedade Brasileira de Geriatria foi criada em 1961 e, como toda sociedade médica, com uma visão estritamente corporativa no atendimento ao idoso. Só em 1979 esta instituição abriu suas portas para outros especialistas, com a criação da Comissão Especial de Gerontologia Social. Na mesma década, em 1964, o Sesc - Serviço Social do Comércio - criou o primeiro grupo de aposentados para discutir os problemas oriundos de sua condição de comerciários inativos. Nessa época, as estatísticas ainda não indicavam um acréscimo substancial da população idosa, no conjunto da população, como se tornaria notório nas décadas de 70 e 80.

Os técnicos do Sesc foram enviados primeiro aos EUA e depois à França para fazerem cursos. Houve uma forte influência das concepções francesas nos encaminhamentos e formulações que desembocaram na proposta do Sesc de atendimento à terceira idade.

No início da década de 70, profissionais de assistência social e outras pessoas, alertadas para o problema do idoso, começaram a se reunir para discutir o assunto. Esse grupo deu origem ao Mopi - Movimento Pró-Idoso -, que se propunha a promover a formação de recursos humanos especializados, assim como desenvolver atividades sócio-culturais para os idosos.

A importância das iniciativas desses técnicos e especialistas pode ser analisada sob dois aspectos. De um lado, seu caráter antecipador, num momento em que o Estado não estava atento para o problema, contribuiu para a constituição de grupos atuantes que têm tido papel destacado nas propostas relativas a esse segmento da população. Por outro ângulo, o diálogo com as experiências estrangeiras colaborou para a ampliação do conceito de assistência social vigente, que sempre foi extremamente paternalista.

(1) As informações utilizadas na construção desse histórico foram obtidas através de entrevistas com técnicos que trabalharam ou ainda trabalham nos órgãos públicos e instituições envolvidos com a temática do idoso e que são aqui citados.

As primeiras iniciativas do governo federal, que podem ser consideradas especificamente dirigidas ao idoso, ocorreram ao longo da década de 70. Em 1974, o INPS criou o Programa de Assistência ao Idoso e também se instituiu a renda mensal vitalícia, para pessoas carentes com mais de 70 anos.

A análise que embasa a proposição desse programa considera que o envelhecimento é um processo de marginalização do idoso e que, para se contraporem a esse processo, as propostas de atendimento devem levar em conta uma somatória dos aspectos bio-psico-sociais. Suas atividades se definem através de ações diretas – nos centros sociais do INPS, objetivando conscientizar a população para os problemas dos idosos – e indiretas – através de convênios com instituições de caridade que abrigam os idosos carentes.

No ano de 1976, o Ministério da Previdência e Assistência Social propôs a realização de seminários regionais com a finalidade de fazer um diagnóstico da situação do idoso em São Paulo, Belo Horizonte e Fortaleza. Os dados levantados nestes seminários foram reunidos no seminário nacional, realizado em Brasília, e serviram de base para a elaboração de documentos onde se consubstanciam as diretrizes básicas de uma política social do idoso. Esses documentos, no entanto, se limitam à constatação do problema. As propostas apresentadas foram excessivamente genéricas e não se transformaram, de fato, num programa de ações, com recursos e prioridades definidas.

A partir das reformas ocorridas na previdência social em 1977, quando foi criado o Sinpas, passou a ser atribuição regulamentar da LBA – Legião Brasileira de Assistência – o atendimento à população idosa carente, filiada ou não à previdência social. Essa medida veio demonstrar o reconhecimento, por parte do Estado, da existência de um novo problema a ser encarado: o do idoso.

Ao final da década de 70, diversas iniciativas puderam ser observadas no âmbito das outras instituições. O Instituto Sedes Sapientiae, por exemplo, instalou um curso para a formação de gerontólogos sociais, enquanto o Sesc procurou dar mais solidez às suas atividades dirigidas ao idoso, criando o Centro de Estudos da Terceira Idade.

Neste sentido, coube papel destacado aos "gerontólogos paulistas" (vinculados tanto a órgãos de empresa privada como a instituições governamentais) que, através de sugestões e pareceres, procuraram ampliar a atenção voltada à chamada terceira idade. Como fruto desse trabalho, formulou-se uma proposta de atendimento à população idosa, nos moldes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, que concebe o idoso como um todo integrado, necessitado de um atendimento médico especializado, e que, ao mesmo tempo, busca reencontrar seu lugar na sociedade, recuperando, assim, a sua auto-estima. Esta concepção está presente nos docu-

mentos que embasam as ações do Sesc, da LBA-SP, e mesmo da Secretaria da Promoção Social, assim como nas propostas mais recentes da Secretaria de Saúde através do Gepro - Grupo Especial de Desenvolvimento do Programa do idoso.

Apesar de partirem de uma proposta comum, as ações desenvolvidas por estas instituições são bastante distintas. Em alguns casos, existem recursos disponíveis e se podem oferecer as atividades compatíveis com a proposta, como é o caso do Sesc. Em outros, os princípios permanecem somente no papel, como é o caso da Secretaria da Promoção Social paulista. Entre 1979 e 1981, este órgão formulou o Programa Pró-Idoso postulando um atendimento integral, onde o asilamento aparecia como alternativa de última instância. No entanto, essa proposta nunca se concretizou e a atividade principal da Secretaria, até hoje, é a distribuição de subsídios a instituições asilares.

A visível incompatibilidade entre proposições e ações expressa a inutilidade dos princípios e diretrizes, diante da clara intenção do Estado de não assumir uma atitude ofensiva frente à questão. O resultado efetivo das iniciativas atualmente existentes é a realização de programas paliativos que mal conseguem amenizar o problema, através da distribuição de recursos. Em alguns momentos, os grupos de pressão atuam com mais intensidade e há necessidade de ampliar o atendimento/cobertura, como foi o caso da discussão da previdência social na Constituinte, que contou até com a presença de grupos de idosos organizados na Câmara Federal.

Na década de 80, foram criados conselhos, comitês, comissões, nos escalões federal, estadual e municipal, num claro reconhecimento da existência do "problema idoso".

O primeiro deles foi o Conselho Municipal da Condição do Idoso da cidade de São Paulo, criado em 1984, com a finalidade de assessorar o prefeito no estabelecimento de diretrizes que favorecessem a valorização do idoso.

O Conselho Estadual do Idoso (em São Paulo) foi criado em 1986 com o objetivo de defender os direitos dos idosos e propor medidas que melhorassem sua qualidade de vida. Ainda no âmbito estadual, em 1987 foi instituída a Comissão de Saúde do Idoso, na Secretaria de Saúde, com a finalidade de criar normas científicas que orientassem a implementação de programas de saúde destinados ao idoso.

No âmbito federal, foi criado, em 1988, o Comitê Nacional para a Promoção de Saúde dos Idosos, com a atribuição principal de recomendar as diretrizes a serem adotadas pelo Programa de Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde.

Essas instâncias de discussão absorveram os profissionais da área (gerontólogos e geriatras) e têm assumido a função de caixa receptora de pareceres e sugestões, solicitações e pressões. Assumem função normatizadora

apenas com relação a pontos específicos e cuja necessidade esteja há muito comprovada. Um exemplo disso é a elaboração de normas de funcionamento para asilos e casas de repouso. A formulação dessas normas é essencial diante da ausência de quaisquer parâmetros que permitam a orientação e fiscalização das centenas de casas de repouso que funcionam de forma bastante precária, no que diz respeito à higiene, alimentação e mesmo quanto às instalações, em particular no que se refere aos idosos dependentes fisicamente.

Embora a necessidade da instituição dessas normas venha sendo discutida há alguns anos e diversas propostas tenham sido elaboradas pela comunidade de técnicos e especialistas, apenas mais recentemente – a partir das denúncias violentas formuladas durante o Congresso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) realizado em 1988 e veiculadas através dos meios de comunicação – esta situação se caracterizou como um problema de suficiente relevância para validar a ação governamental. O projeto chegou ao Comitê Nacional de Saúde do Idoso (ligado ao Ministério da Saúde) e, agora, acreditam os envolvidos, conseguirá transformar-se em lei.

Características dos Programas

As informações sobre os programas voltados para a população idosa no Estado de São Paulo foram obtidas através de uma consulta direta aos órgãos competentes, encontrando-se no Anexo a seguir elementos mais específicos sobre seus objetivos e propostas. Cabe assinalar, antes de mais nada, a dificuldade na coleta destes dados, já que a maioria daqueles órgãos não dispõe de documentação sistematizada sobre as suas atividades.

Numa abordagem inicial é possível classificar os órgãos contatados em quatro grupos, de acordo com os objetivos a que se propõem (2).

- I – Organizativo/Reivindicativo
 - Fórum da Terceira Idade
 - Federação dos Aposentados do Estado de São Paulo

- II – Consultivo
 - Conselho Estadual do Idoso
 - Conselho Municipal da Condição do Idoso

[2] É importante observar que essa classificação leva em conta os objetivos principais. Algumas instituições desenvolvem, secundariamente, atividades de lazer e associativismo e, dessa forma, acabariam por constituir tipos mistos.

III – De estudos, documentação e proposições

- Departamento de Gerontologia Social da SBGG
- Mopi – Movimento Pró-Idoso

IV – Lazer, associativismo, saúde e informações.

- LBA – Regional de São Paulo
- Sesc – Serviço Social do Comércio
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo – Gepro do Idoso
- Secretaria da Promoção Social do Estado de São Paulo
- Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo
- Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da USP
- Programa e Preparação para a Aposentadoria (PPA) da Cesp

Os órgãos do primeiro grupo surgiram por iniciativa dos próprios interessados (idosos e aposentados) e têm tido momentos de atuação destacada, como se pôde observar por ocasião da Constituinte, organizando a pressão dos aposentados, no plenário do Congresso, pela preservação de seus interesses.

Os órgãos de caráter consultivo, que compõem o grupo II, surgiram na década de 80, como um claro reconhecimento da existência da problemática do idoso. No entanto, não conseguiram ocupar um lugar relevante na definição e condução de normas ou de orientações gerais para os programas e órgãos que atuam com a população idosa.

O Mopi e a SBGG se destacaram, no início da década de 70, como espaços de discussão e formação de profissionais voltados para a problemática do idoso. Hoje, o Mopi está praticamente desativado, enquanto a SBGG prossegue contribuindo com a formação de técnicos da área e com a discussão dos caminhos mais adequados para a atenção à terceira idade no Brasil.

Neste trabalho, procurou-se dar maior ênfase às atividades desenvolvidas por aqueles órgãos – concentrados no quarto grupo – que dirigem sua ação final à terceira idade (Quadro 1).

Estes órgãos podem ser classificados, de acordo com o conteúdo de seus programas, em três blocos:

- Programas “tradicionais”
- Programas “inovadores” ou de atendimento multidisciplinar
- Programas “de transição”

Os programas “tradicionais” são desenvolvidos pela Secretaria da Promoção Social do Estado e pela Legião Brasileira de Assistência. Têm como finalidade distribuir recursos para instituições asilares. São tradicionais porque a alternativa de asilamento tem sido usada, historicamente, em todo o mundo, como forma de segregação, por problemas variados, a indivíduos ou parcelas da população. Esta deveria ser, portanto, uma opção em última

Quadro 1
Programas Destinados à Terceira Idade

Órgãos	Programas	Objetivos	Atividades	População Atendida	Observações	Unidades Existentes
Serviço Social do Comércio (Sesc)	Lazer sócio-recreativo Escola da Terceira Idade Preparação para a aposentadoria	Recuperação de papéis sócio-culturais e vida social do idoso. Manutenção da saúde e participação social dos idosos. Diminuição dos efeitos negativos da desvinculação profissional dos aposentados.	Passeios, ginástica, esportes, palestras sobre cultura e envelhecimento e atividades artísticas e manuais.	5.250 idosos na GSP (out/88)	70% dos atendidos são mulheres. Os idosos têm preferência pelos passeios e excursões.	5 unidades na GSP
Legião Brasileira de Assistência - LBA (Ministério da Habitação e Bem-Estar Social)	Projeto Conviver	Integração e participação social do idoso.	Firmar convênios com instituições que desenvolvam atividades de lazer e associativismo.	7.055 idosos no ESP (out/88) 3.807 idosos na GSP (out/88)	Os usuários têm renda entre 3 e 5 salários mínimos.	13 municípios da GSP 18 municípios no restante do Estado
	Projeto Asilar	Amparar financeiramente as instituições que abrigam idosos carentes.	Firmar convênios com Internatos ou semi-Internatos para idosos abandonados ou sem família.	155 idosos asilados na GSP (out/88)	---	2 asilos conveniados na GSP
	Programa Nacional de Voluntariado (Pronav)	Criar espaços para participação e integração social de idosos com outras gerações.	Construção de centros de convivência do idoso.	---	---	14 centros de convivência em construção no ESP (out/88)

(Continua)

Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo	Clube da Terceira Idade	Criar pontos de encontro que favoreçam a integração e participação social do idoso.	Atividades recreativas, manuais e culturais. Palestras, cursos e seminários.	—	5 pontos de encontro em funcionamento e 34 em construção no ESP (ago/88)
Secretaria da Promoção Social do Estado de São Paulo	Programa de assistência	Subsidiar financeiramente instituições que abrigam idosos.	Distribuição de recursos para as obras cadastradas.	4.307 idosos (no ano de 1988)	52 internatos na GSP 1 externato na GSP 3 instituições do meio aberto na GSP
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	Grupo Especial do Desenvolvimento do Programa do Idoso (Gepro)	Implantar nas Unidades Básicas de Saúde um atendimento especializado para idosos, a nível de atenção primária.	Atendimento médico e orientações gerais de saúde física e mental especialmente destinados aos idosos, por uma equipe multidisciplinar.	—	O programa não foi implantado, estando em fase de experimentação-piloto.
Centrais Elétricas do Estado de São Paulo	Preparação para a aposentadoria	Preparar os trabalhadores para a realidade material e emocional da aposentadoria.	Seminário de cinco dias com informações e tratamentos terapêuticos em grupo.	—	Programa restrito aos empregados da Cesp.
Hospital das Clínicas - USP	Assistência multidisciplinar ao idoso ambulatorial.	Colaborar na construção de novos projetos de vida dos idosos.	Atendimento por uma equipe multidisciplinar de profissionais.	—	Programa de cobertura restrita, se destina aos clientes idosos do ambulatório do HC.

(Conclusão)

instância, num momento em que se procura integrar o idoso à sociedade. Apesar da crítica que se faz ao asilamento, é fato notório que a suspensão dessa atividade, sem uma outra alternativa, poderia acarretar um problema grave para os inúmeros idosos que não têm para onde ir.

Os programas chamados "inovadores" concebem o idoso como uma totalidade integrada. Através de atendimento por uma equipe multidisciplinar, pretendem levar o idoso a um processo de redirecionamento de sua vida, a partir da consciência das perdas e ganhos do ingresso na terceira idade e na aposentadoria. O Gepro do Idoso, o PPA da Cesp (3) e o Serviço de Geriatria do HC-USP desenvolvem essa proposta. No entanto, a capacidade de cobertura desses programas é bastante reduzida: o Gepro se encontra em fase experimental, o PPA atende apenas os trabalhadores da Cesp e o HC somente os idosos de seu ambulatório. Na verdade, esses programas, neste momento, funcionam como um laboratório das futuras propostas que poderão ser incorporadas pelo Estado e transformadas em diretrizes gerais.

Os programas "de transição" são os que se contrapõem ao assistencialismo dos programas tradicionais. Seu conteúdo, baseado no associativismo e no lazer, tem o objetivo de recuperar a auto-estima do idoso, reintegrando-o à sociedade. São aqui chamados "de transição" porque, apesar da crítica à visão tradicional, a forma como pretendem concretizar essa tarefa é ainda um pouco superficial, pois não oferecem aos idosos os instrumentos necessários para que possam recuperar a autonomia desejada. Estão incluídos neste bloco os programas do Sesc, da LBA e da Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo.

A observação do Quadro 1 remete a algumas considerações que se aplicam, de uma forma geral, aos programas "tradicionais" e "de transição". Quanto aos programas aqui denominados de "inovadores", o seu breve período de existência não permite uma análise adequada.

1) Não existe nenhum tipo de controle e avaliação sobre os resultados dos programas que possibilitasse o conhecimento de sua efetividade junto aos usuários e, conseqüentemente, permitisse correções de suas deficiências. Ao mesmo tempo, o Estado não tem estabelecido mecanismos de fiscalização sobre a utilização dos recursos que distribui para as entidades assistenciais, impossibilitando a identificação dos casos de clientelismo ou mesmo de malversação.

(3) É importante observar que existem outros programas de preparação para a aposentadoria no Estado de São Paulo. Destaca-se aqui o da Cesp por apresentar uma programação mais completa no sentido de atender ao trabalhador na sua complexidade de indivíduo, estando assim mais próximo do que se convencionou chamar "programa inovador".

2) Os programas não apresentam coordenação ou integração entre si. Ao contrário, se superpõem no que diz respeito a seus objetivos. Considerando o conjunto de programas assistenciais apresentado, observa-se que se limitam a oferecer atividades associativas, de lazer ou informação e a subsidiar o funcionamento de asilos. Apesar de se considerarem relevantes os objetivos a que esses programas se propõem e ter-se que admitir a necessidade do asilamento em determinados casos, existe, ainda, uma distância muito grande entre as propostas formais que as instituições apresentam e o que realmente é desenvolvido. Na prática, o que se observa, em geral, são ações incipientes do ponto de vista das opções e precárias do ponto de vista da qualidade.

3) A clientela atendida por esses programas é absolutamente irrelevante, se considerado o conjunto da população alvo. Um dos fatores que conduzem ao baixo atendimento é o deficiente sistema de divulgação; ao que se justapõe a própria dispersão dos programas. No entanto, a ausência de informação parece ser premeditada, uma vez que os recursos disponíveis são bastante reduzidos e não permitiriam um atendimento mais abrangente.

Tal clientela atendida poderia ser dividida em três grupos, de acordo com suas características:

a) A clientela do Sesc é bastante diferenciada, com relação à do conjunto dos programas assistenciais. Em primeiro lugar, as atividades oferecidas não são gratuitas, embora o pagamento seja considerado apenas simbólico. Em segundo, o conteúdo dos cursos e seminários pressupõe um nível de formação cultural anterior, que só se encontra entre os idosos de classes mais favorecidas.

b) A clientela dos grupos de convivência (da LBA, por exemplo), de acordo com a informação do próprio órgão, possui, na grande maioria, renda entre três e cinco salários mínimos. Na verdade, esses programas não têm a menor penetração junto à população carente, que deveria ser seu público prioritário. O tipo de atividade está bem distante das necessidades fundamentais de mendigos e ambulantes que circulam pelas ruas, à cata de comida e de abrigo.

c) Os idosos que se encontram recolhidos nos asilos fazem parte da população denominada carente. Para usufruírem desse serviço, têm que comprovar total incapacidade de se manterem por conta própria, seja por falta de recursos, por inexistência de grupo familiar ou por abandono do mesmo.

4) A baixa qualificação dos profissionais envolvidos na execução das ações colabora para aumentar algumas das discrepâncias já apresentadas, como a incompatibilidade entre a ação proposta e sua execução, além de contribuir para o clientelismo. Cabe observar que a falta de qualificação está diretamente relacionada com os baixos salários auferidos por esses profissionais.

5) A estrutura centralizada que tem atuado na definição das atividades e conteúdos desses programas inviabiliza a realização de uma consulta aos usuários sobre seus interesses reais e o grau de satisfação com o que lhes é oferecido.

Diante de todas estas considerações, é importante frisar, uma vez mais, que os programas desenvolvidos não estão, em absoluto, isentos de méritos. No entanto, a forma como vêm sendo implementados torna-os geralmente inócuos, tanto do ponto de vista da cobertura à população como da qualidade dos serviços oferecidos.

Essa constatação assume maior gravidade quando confrontada com a recém-promulgada Carta Constitucional, em que o idoso aparece como um beneficiário de direito universal da assistência social brasileira. Se a estrutura atual desse sistema é praticamente inoperante, diante de um público reduzido, como funcionará se a clientela se estender para o conjunto da população idosa brasileira?

A análise elaborada indica a inexistência de uma estratégia global para a resolução do problema. O exame do conjunto de ações desenvolvidas na área da terceira idade caracteriza-o apenas como um encaminhamento provisório, cuja intenção é minimizar a situação penosa em que se encontra a grande maioria dos idosos na sociedade brasileira.



o Anexo

Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

A Secretaria de Saúde do Estado criou em 1988 o Gepro (Grupo Especial de Desenvolvimento do Programa do Idoso), cuja proposta básica é dar cobertura às questões de saúde no envelhecimento de uma maneira ampliada. As pessoas com mais de 60 anos que procurarem atendimento médico junto aos equipamentos da rede estadual (SUDS) serão introduzidos em grupos diferenciados, a partir do diagnóstico social de cada um. Assim, as questões de saúde serão objeto de um atendimento distinto de rotina, através da integração de um trabalho de orientação e suporte à vivência de problemas comuns nessa faixa etária.

No início de 1989, o Gepro estava trabalhando na montagem de unidades-padrão que iriam incluir todos os profissionais e equipamentos necessários ao atendimento do idoso. Essas unidades, inicialmente, estarão localizadas nos Ersa 1 e 3 e servirão de experiência para a ampliação do programa. O princípio é que o atendimento ao idoso seria mais um programa da rede de atendimento já existente, necessitando, no entanto, de recursos adicionais para a contratação de especialistas e a instalação de equipamentos de reabilitação.

No Estado de São Paulo, os SUDS de Santos, Campinas e Ribeirão Preto estão mobilizados para participar da experiência piloto.

Conselho Municipal da Condição do Idoso

Criado no governo Covas, em 1984, como um órgão vinculado diretamente ao prefeito, tem a finalidade de assessorá-lo no estabelecimento de diretrizes e na adoção de providências destinadas a valorizar as pessoas idosas e estimulá-las para a vida comunitária.

O Conselho, na época de sua criação, previa representantes das secretarias municipais de Cultura, de Esportes, de Higiene e Saúde, da Família e Bem-Estar Social, de Serviços e Obras, de Negócios Extraordinários e de Transportes, mais um representante da assessoria especial do prefeito. Além desses, incluía um representante de cada uma das bancadas da Câmara Municipal (PMDB, PDS, PT e PTB) e representantes das seguintes instituições: Sesc; LBA; Federação dos Aposentados e Pensionistas do Estado de São Paulo e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Havia também um representante do prefeito, de sua livre escolha.

A mudança de prefeito, com a entrada de Jânio Quadros, trouxe uma alteração fundamental no Conselho: a retirada da representação dos partidos.

A medida de maior repercussão, no âmbito do Município, foi o passe do idoso, isentando do pagamento de tarifa nos transportes coletivos as pessoas com mais de 65 anos. Foi um ato anterior à própria criação do Conselho e está envolvido em sua origem.

Sesc – Serviço Social do Comércio

Órgão ligado à Federação do Comércio. Desenvolve um trabalho voltado para a terceira idade, há 25 anos, que pode ser resumido nas seguintes linhas de atividades:

- 1) Lazer sócio-recreativo que permite ao idoso, através dos Centros de Convivência de Idosos, recuperar papéis sócio-culturais e restabelecer seus contatos sociais.
- 2) Escolas abertas da terceira idade, com aulas de cultura, artes, política, psicologia do envelhecimento, além de atividades esportivas e de ginástica com o intuito fundamental de atualização, manutenção da saúde e participação dos idosos no seu meio social.
- 3) Preparação para a aposentadoria, que pretende minimizar os efeitos negativos da desvinculação profissional sobre o aposentado.

No ano de 1988, foram atendidos 5.250 idosos, sendo 70% do sexo feminino. Quanto às atividades sistemáticas, cerca de 1.200 pessoas freqüentam habitualmente atividades físicas e esportivas e 600 freqüentam curso de atualização cultural. Cabe observar que a população manifesta maior interesse pelas atividades de convivência social, como passeios e excursões.

Os núcleos de atendimento à terceira idade, através dos Centros de Convivência das Escolas Abertas, distribuem-se em cinco unidades da Grande São Paulo: Sesc-Carmo, Sesc-Vila Nova, Sesc-Pompéia, Sesc-Traipu e Sesc-São Caetano. Em cada uma dessas unidades trabalha uma equipe de profissionais, chefiada, em tempo integral, por um coordenador de programas.

Mopi – Movimento Pró-Idoso

O Mopi, uma entidade civil sem fins lucrativos criada por gerontólogos e estudiosos, tem por objetivo suscitar, incentivar e empreender iniciativas tendentes a promover o bem-estar das pessoas idosas.

A entidade é dirigida por uma Diretoria, um Conselho Deliberativo e um Conselho Fiscal, integrados por representantes da comunidade que exercem a incumbência a título voluntário. A sede está instalada à rua Dr. Germaine Burchard, 344, em prédio doado pela Secretaria da Promoção Social em 1978.

O Mopi, ao atuar junto aos órgãos públicos e entidades privadas ligadas à área do idoso, age como elemento coordenador, articulador e propiciador de princípios e práticas de Gerontologia Social, através de atividades, programas e cursos de várias modalidades e níveis na área de atendimento ao idoso, assim como através da organização e armazenamento de informações e documentação.

O Mopi dispõe de dois centros de prestação de serviços: o Centro de Documentação e Informação Gerontológica e o Centro de Formação e Treinamento de Pessoal (profissional e voluntário na área de atendimento ao idoso).

A manutenção e execução de seus programas é garantida, fundamentalmente, por recursos provenientes de órgãos governamentais e entidades privadas.

O Mopi dispõe também de um Centro de Convivência do Idoso (CCI). É um ambiente de convívio entre idosos, para que possam estabelecer relações significativas, entre si e com outras pessoas, que permitam estimular interesses e iniciativas para combater a solidão, a inatividade e a marginalização. A população que o CCI pretende atingir são os idosos de ambos os sexos, residentes na comunidade, com 50 anos ou mais de idade, não recolhidos a instituições asilares, vivendo em casa, pensão ou pensionato. Entre as atividades que se propõe desenvolver estão o teatro, a jardinagem, a cerâmica, a tecelagem, além do lazer e das atividades culturais e físicas.

Embora exista uma farta informação sobre o CCI do Mopi, a grande maioria data de 1980. Segundo informações recentes, obtidas junto aos setores responsáveis, o Mopi encontra-se praticamente desativado.

Legião Brasileira de Assistência – LBA

A Fundação LBA é uma instituição tradicionalmente voltada à assistência social, vinculada ao Ministério da Previdência Social.

A Superintendência de São Paulo da LBA desenvolve ações junto à população idosa, através de convênios com entidades assistenciais e/ou grupos de idosos já estruturados e legalmente constituídos. Esses convênios são:

1) Projeto Conviver, que consiste no fortalecimento de grupos de convivência de idosos, desenvolvendo atividades de lazer (trabalhos manuais, atividades esportivas, recreativas e culturais) com o objetivo de promover sua integração e participação social. O custo per capita dessa atividade, para a LBA, era de Cz\$1.942,00 mensais, a preços de outubro de 1988. Atende a 3.807 idosos na Grande São Paulo, alcançando um total de 7.055 no conjunto do Estado.

2) Asilar, de amparo financeiro às instituições que abrigam pessoas idosas. Os recursos são variáveis, segundo a categoria em que está classificada a instituição:

Categoria 1 - Cz\$ 4.319,00

Categoria 2 - Cz\$ 7.166,00

Categoria 3 - Cz\$ 10.739,00

Categoria 4 - Cz\$ 17.859,00 (valores de outubro de 1988)

Com relação ao Projeto Asilar, a LBA mantém, na Grande São Paulo, convênios com duas instituições que atendem a 155 idosos.

Os municípios da Grande São Paulo que mantêm convênios com a LBA são: São Paulo, Taboão da Serra, Osasco, Cajamar, Carapicuíba, Embu-Guaçu, Pedreira, Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista, Mairiporã, Santo André, Juquitiba e Itapeverica da Serra.

No Interior, os municípios conveniados são: Araçatuba, Bebedouro, Praia Grande, Piracicaba, Guaraçá, Urânia, Estrela d'Oeste, Severínia, Taquaritinga, Monte Alto, Paranapanema, Colina, Viradouro, Cerqueira César, Mogi-Guaçu, Bragança Paulista, Joanópolis e Piracaia.

Além desses dois convênios, a LBA está construindo, com recursos do Pronav, 14 centros de convivência do idoso no Estado. Esse convênio é de iniciativa das prefeituras, que oferecem terrenos para a construção do equipamento e se responsabilizam por administrá-lo. Os municípios que têm convênio firmado para construção destes centros são: Echaporá (inaugurado no primeiro semestre de 1989), Paraguaçu Paulista, Pongaí, Júlio de Mesquita, Guarantã, Nipoã, Fernandópolis, Indiaporã, Miracatu, Juiquiá, Pindamonhangaba, Serrana, Miguelópolis (inaugurado no primeiro semestre de 1989) e Taiaçu.

Secretaria da Promoção Social do Estado de São Paulo

A Secretaria da Promoção Social iniciou a implantação do Programa Pró-Idoso em 1981/82, na tentativa de implementação de uma política social específica no Estado de São Paulo.

Essa política define como prioridade a revisão dos critérios de atendimento ao idoso, tanto em âmbito governamental como da iniciativa privada. Essa mudança de abordagem implica a conscientização dos agentes envolvidos – a família, o Estado e a comunidade – de seu papel para o atendimento adequado ao idoso. Nesse sentido, estabelece as seguintes diretrizes:

- o asilamento como alternativa em última instância e, portanto, a manutenção do idoso junto à família;
- apoio governamental às famílias através de infra-estrutura como externatos, semi-internatos e assistência domiciliar;
- utilização de toda a rede de equipamentos comunitários estaduais e municipais para o desenvolvimento de atividades de lazer e recreativo-culturais.

O Pró-Idoso consta de dois subprogramas, um voltado ao atendimento dos idosos asilados e outro ao atendimento dos idosos em meio aberto. Na realidade, o atendimento asilar é a parte do programa que se concretizou de fato.

A população atendida pela Promoção Social na Grande São Paulo alcança um total de 4.907 pessoas. Está distribuída por 56 instituições, sendo que 52 são asilos-internatos.

Serviço de Geriatria do HC-USP

No ano de 1984, o Serviço de Geriatria do HC-USP criou o grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial, com o objetivo de favorecer a construção de novos projetos de vida para os idosos que o procuram.

A saúde na terceira idade é abordada como fenômeno integrado e para isso existe uma equipe multidisciplinar de profissionais (geriatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas) que tentam abordar os vários aspectos que devem ser reequacionados a partir dos 60 anos.

O público atendido constitui-se, na sua maioria, de aposentados e donas-de-casa que tomam conhecimento da existência do programa por informações de terceiros.

Programa de Preparação para a Aposentadoria – PPA-Cesp

O PPA foi criado em 1988, na Diretoria de Gestão Empresarial. É desenvolvido pelo Departamento de Recursos Humanos, em conjunto com a Fundação Cesp. Tem como finalidade antecipar aos futuros aposentados as alterações e possíveis problemas que os esperam.

O Departamento de Recursos Humanos oferece aos empregados que completam 25 anos de trabalho informações sobre o funcionamento do PPA. Nos dois anos seguintes, os convidam, juntamente com seus cônjuges, para participar de seminário, que dura cinco dias e acontece numa das Pousadas da Cesp, onde os casais ficam hospedados. A programação compreende dois módulos: o laboratório de informações e o de vivências. No primeiro módulo são oferecidas noções gerais sobre a previdência social, a previdência privada; aspectos da legislação trabalhista e noções de saúde. O segundo módulo oferece exercícios de educação física e a oportunidade de perceber as possíveis repercussões da aposentadoria na vida emocional e sócio-familiar do trabalhador, através de técnicas de psicodrama, sociodrama e biodança.

Os grupos são compostos de quinze casais. O PPA tem capacidade para desenvolver quatro grupos por mês.

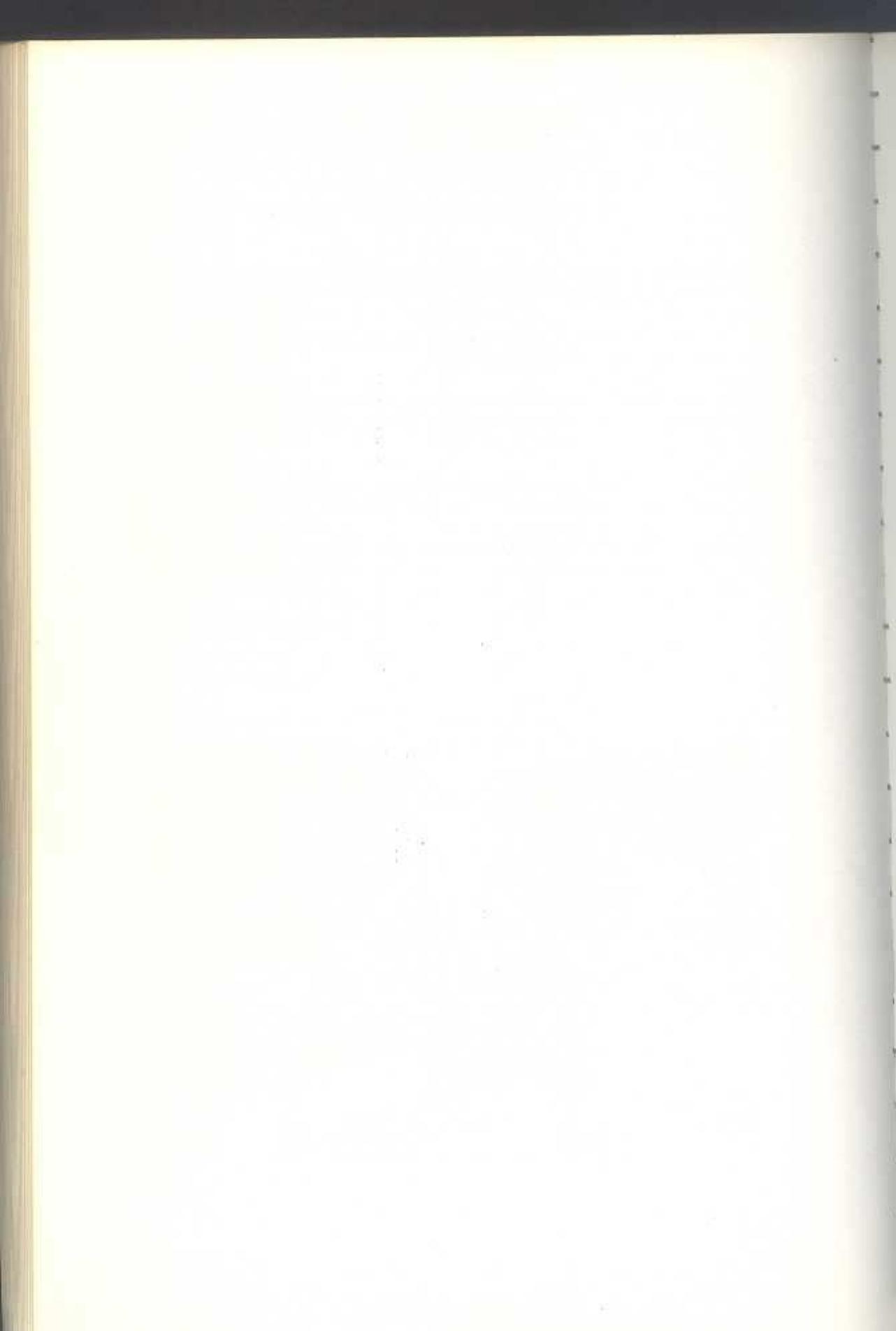
Os candidatos à aposentadoria não são obrigados a comparecer. No entanto, os depoimentos dos participantes são muito eloquentes e constituem um valioso fator de convencimento para os grupos posteriores.

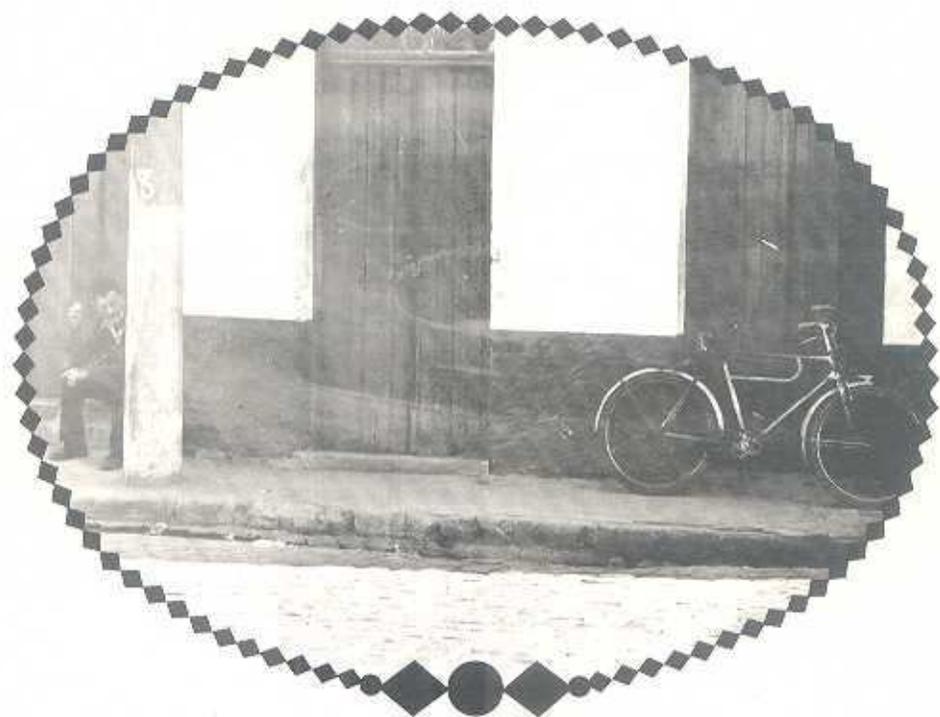
O PPA-Cesp conta com profissionais especializados para a tarefa de conduzir os participantes à percepção das perdas e ganhos que a aposentadoria poderá lhes acarretar.

Bibliografia

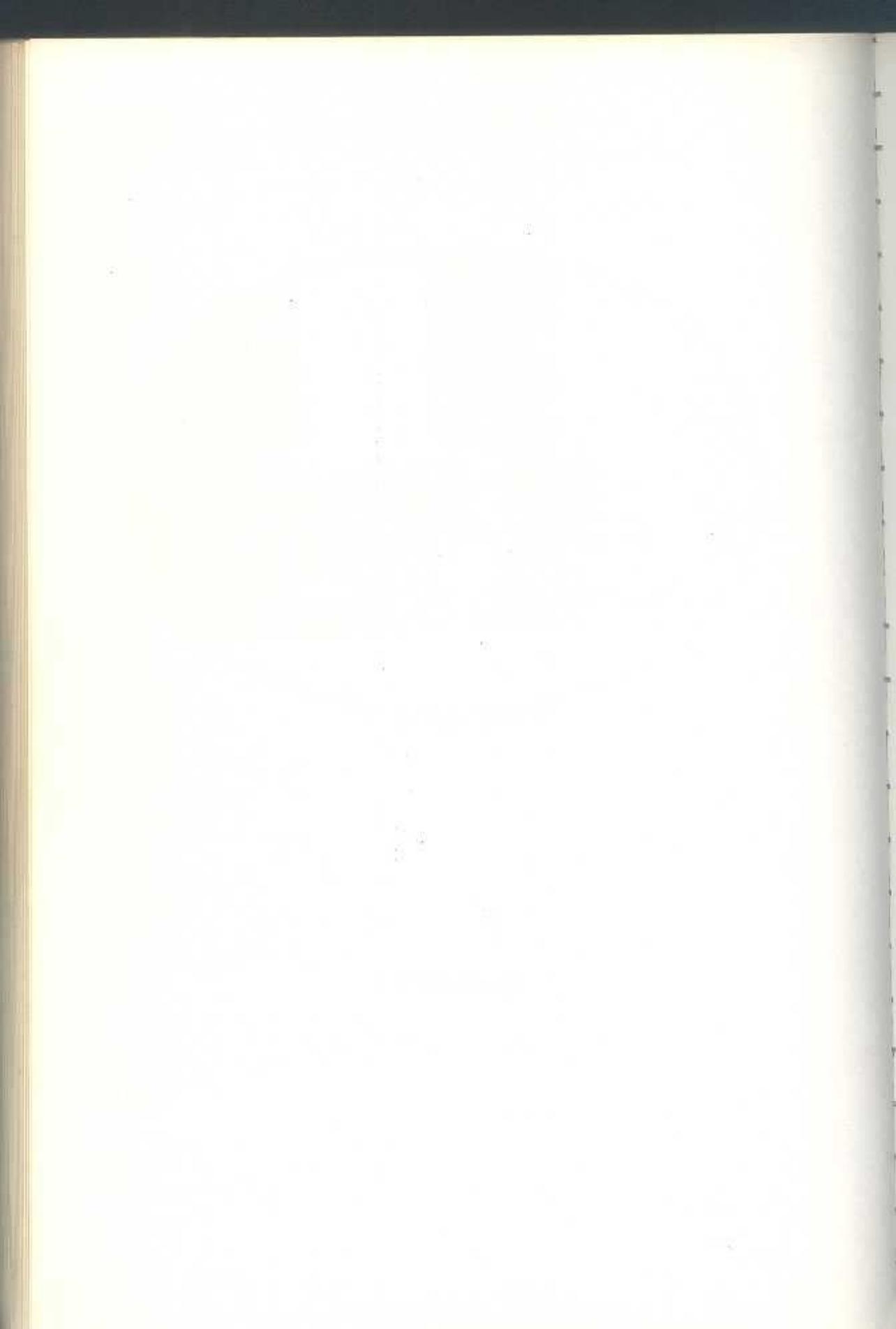
- BERLINGUER, C. (1987). **Medicina e política**. São Paulo, Hucitec (Coletânea Saúde em Debate).
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. (1981). **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo, Cebes/Hucitec.
- FARIA, V. e SILVA, P.L.B. **Transformações estruturais, políticas sociais e dinâmica demográfica: a discussão de um caso – Brasil 1950-1980**. São Paulo, nov. (mimeo).
- JAGUARIBE, H. (ed.) (1986). **Brasil 2000: para um novo pacto social**. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- NACIONES UNIDAS (1984). **Documentos principales de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento**. Paris, Centro Internacional de Gerontología Social.







CONCLUSÕES



Conclusões (1)

Vilmar E. Faria

Não é fácil, numa curta conclusão, resumir todos os aspectos importantes contidos nas informações e análises apresentadas nos capítulos anteriores deste estudo sobre o idoso. Em cada capítulo, o leitor interessado encontrará no conjunto de dados e nas análises neles baseadas uma visão, a um tempo sintética e diferenciada, da situação das pessoas idosas no Brasil contemporâneo e, particularmente, em sua região mais desenvolvida e moderna: a Grande São Paulo. A partir dessa visão panorâmica, são três as conclusões mais gerais que se impõem.

A primeira conclusão é simples: as análises retrospectivas e as projeções da dinâmica demográfica permitem concluir que a população brasileira em geral e a população da Grande São Paulo vêm experimentando um processo relativamente rápido de envelhecimento, tendência essa que irá se acelerar no futuro próximo. A partir do ano 2000 a população brasileira de 60 anos e mais estará crescendo a taxas oito vezes superiores às taxas de crescimento da população jovem e duas vezes superiores às taxas de crescimento da população total.

Para o Brasil como um todo, o significado concreto dessa tendência pode resumir-se no fato de que a população de 60 anos ou mais (uma definição operacional da população idosa para os países do Terceiro Mundo, problemática mas usual), que em 1960 representava 4,7% da população brasileira e um efetivo de pouco mais de 3,2 milhões de pessoas, já atingirá, em 1980, 6,1% do total (7,2 milhões de pessoas); no ano 2000 esse percentual deverá atingir a casa de 8,3% do total (um efetivo de 14,3 milhões de pessoas); e alcançará, no ano 2025, 15,1% do total, quando a população idosa será superior a 34 milhões de pessoas.

Embora somente daqui a vinte anos a população idosa venha a ter, no Brasil, o mesmo peso relativo que tem hoje em outros países (como na Argentina, por exemplo), em termos de tamanhos absolutos já possuímos a décima maior população idosa do mundo e estima-se que no início do próximo século ocuparemos o quinto ou sexto lugar mundial.

A segunda conclusão é triste e revoltante: a experiência da miséria, da exclusão e da desigualdade acompanha vastos segmentos da população brasileira do berço ao túmulo, tornando-se mais amarga para aqueles que conseguem chegar às idades mais avançadas.

(1) Estas conclusões se baseiam, quase exclusivamente, no material teórico e empírico apresentado nas páginas anteriores. Usa, por isso mesmo, informações e idéias já apresentadas anteriormente. Indicar, a cada passo, o capítulo de onde foram retiradas pareceu-me repetitivo. Voltar a citar obras e autores já mencionados sobrecarregaria bastante o texto. O leitor atento não terá dificuldades em identificar, no texto como um todo, as fontes bibliográficas e de informação adequadas.

Para a maioria das pessoas que consegue sobreviver até a chamada Terceira Idade, à dura experiência da desnutrição, da precariedade do ensino, do emprego difícil e instável, do salário pouco, da habitação escassa e cara e da infra-estrutura sanitária inexistente ou de má qualidade, soma-se a experiência da viuvez desassistida, da aposentadoria acanhada ou inexistente, da debilidade física, do preconceito e da solidão. Entre nós, numa palavra, envelhecer não significa, para muitos, que se tenha atingido um estágio de maior maturidade e experiência, em que o sentimento e o reconhecimento do cumprimento de uma árdua missão permitam o merecido descanso; significa, isso sim, um estágio derradeiro de estigma e sofrimento.

As informações e análises contidas neste volume permitem mesmo arriscar que as nossas mazelas aparecem, no grupo etário de 60 anos e mais, *magnificadas*, como se a vida em sociedade significasse, realmente, uma passagem pelo "moinho satânico" de que fala Karl Polanyi.

A terceira conclusão é preocupante e requer ação urgente: em que pese a significativa expansão, ao longo dos últimos vinte anos, da cobertura dos serviços governamentais de caráter social (educação, saúde, previdência, habitação e assistência social, principalmente) e do esforço apreciável de gasto público nestes serviços – cerca de 15% do PIB –, seus resultados são desanimadores quer para a população no seu conjunto, quer, sobretudo, para a população idosa. Importantes contingentes de idosos permanecem fora dos esquemas previdenciários, os serviços de saúde são precários e voltados para a assistência materno-infantil, a assistência social aos idosos é praticamente inexistente e serviços específicos de lazer, retreinamento profissional e geriatria quase não existem. Entre nós, parafraseando Polanyi uma vez mais, os mecanismos de autoproteção da sociedade em reação ao "moinho satânico", produzido pela mercantilização selvagem, deixam ainda muito a desejar. A população na Terceira Idade, no Brasil, encontra-se, desse ponto de vista, no pior dos mundos: o processo de modernização vem acabando com os mecanismos tradicionais de amparo à velhice sem ter ainda conseguido desenvolver mecanismos novos de proteção social, típicos do Estado de Bem-Estar prevalente nas regiões mais desenvolvidas.

Os estudos reunidos neste volume chamam ainda a atenção para diversas particularidades que o processo de envelhecimento da população apresenta no Brasil e em São Paulo. Gostaria, nesta conclusão, de destacar algumas dessas particularidades.

Heterogeneidade, desigualdade estrutural e envelhecimento

Os textos aqui reunidos demonstram com clareza – embora de forma não sistemática – o que significa envelhecer num país heterogêneo e desigual. Como resultado dessa característica estrutural, a população em idades

avanzadas está longe de ser homogênea, subdividindo-se em distintos segmentos bastante heterogêneos e desiguais entre si.

Para além dos resultados aqui reunidos a esse respeito, é legítimo suspeitar que o nível de desigualdade material entre as pessoas mais velhas seja ainda mais agudo que entre os adultos, se levarmos em conta não só os dados de *fluxo de renda* mas também os dados relativos ao *estoque de bens* acumulado, aspecto não explorado aqui, talvez pela inexistência de informações confiáveis.

As conhecidas desigualdades urbano-rurais e inter-regionais também se expressam na população idosa. Em termos modais e sintéticos, o nível de bem-estar (ou de mal-estar) da população em idade avançada que vive no interior do Nordeste é consideravelmente inferior ao nível de bem-estar de segmentos semelhantes que vivem numa região urbana do Centro-Sul.

As desigualdades entre os gêneros também se tornam mais agudas na velhice: entre as mulheres, atualmente com cinco ou seis anos adicionais de esperança de vida em relação aos homens, são maiores os índices de viuvez e de analfabetismo, mais acentuadas as dificuldades de encontrar uma nova ocupação, mais difícil o acesso aos esquemas de pensões e de aposentadorias, piores as oportunidades de interação social mais ampla e mais precário o acesso a equipamentos sociais que pudessem amenizar a vida nessa faixa mais avançada de idade. Mais do que isso, à medida que a idade das mulheres idosas avança, maior a possibilidade de que possam passar a viver sozinhas, pela dificuldade do recasamento e pela perda do cônjuge ou companheiro, cuja esperança de vida é menor.

Talvez por insuficiência da informação quantitativa existente, os estudos reunidos neste volume não exploram os diferenciais acaso existentes entre diferentes minorias no interior da população mais idosa. Arrisco afirmar, no entanto, que as desigualdades que caracterizam nossa população adulta devem aparecer, exacerbadas, no grupo etário de 60 anos e mais.

Dada a importância dessas diferenciações para a elaboração de políticas governamentais de caráter compensatório, os estudos aqui reunidos apontam, claramente, para a necessidade de estudos mais minuciosos, quantitativos e qualitativos, com vistas a detectar e a dimensionar essas diferenças.

Em segundo lugar, as análises que compõem este estudo mostram o quão enganoso seria tomar o processo de envelhecimento por que vem passando a população brasileira como algo semelhante, substantivamente, ao que já ocorreu nos países hoje desenvolvidos. Sem negar as semelhanças formais, estes estudos enfatizam que tanto os processos demográficos como os processos epidemiológicos que dão conta das mudanças na estrutura etária da população brasileira apresentam marcadas diferenças com respeito a processos semelhantes ocorridos anteriormente nos países de capitalismo avançado.

Para começar, a velocidade com que ocorreram as transformações tanto na natalidade como na mortalidade foram inteiramente diferentes. Entre nós, o declínio, tanto de uma quanto de outra, ocorreu num espaço comparativamente mais curto de tempo, ocasionando mudanças mais bruscas na estrutura por idades. Assim, por exemplo, enquanto na França, para que as taxas de mortalidade caíssem de 27 por mil para 13 por mil, transcorreram quase 150 anos (entre 1800 e 1946), no Brasil essa mesma taxa caiu de 24 para 12 por mil no espaço de apenas 30 anos (entre 1935 e 1965). Neste particular, é importante destacar que o impacto dos avanços no saber e na tecnologia médicas ocorreram, nos países desenvolvidos, em ritmo paralelo ao da melhoria do bem-estar material da sociedade; entre nós, o saber e a tecnologia médicas conseguiram reduzir a mortalidade em condições assimétricas e mais precárias de bem-estar material. Essas diferenças em sincronia e velocidade significam que as modificações institucionais e o processo de adaptação a essas mudanças puderam, nos países avançados, ser mais lentos.

A análise da dinâmica demográfica brasileira, aqui realizada, também sugere duas outras particularidades do nosso caso, em comparação com processos semelhantes que ocorreram nos países desenvolvidos.

Dinâmica demográfica diferenciada e envelhecimento da população

O patamar relativamente elevado a partir do qual se inicia, no Brasil, o processo recente e relativamente rápido de queda nos níveis de fecundidade significa que persiste um hiato entre as taxas de mortalidade e de natalidade que nos situa, ainda, no final do segundo estágio da "transição demográfica" e não no último estágio dessa transição, caracterizado por níveis ainda mais baixos de natalidade. Isso significa que algumas coortes de idade ainda crescem a taxas elevadas, pressionando o mercado de trabalho. Isso redundará em processos de significado contraditório para as coortes de idosos (2).

Por outro lado, embora a população brasileira, no seu conjunto, possa ser considerada para todos os propósitos práticos como uma população fechada, ela se caracteriza por uma grande heterogeneidade regional no que se refere aos níveis de natalidade e mortalidade. Estas subpopulações, por seu turno, *não são fechadas*, apresentando intensos fluxos migratórios, e as estruturas etárias regionais são fortemente influenciadas pelo ritmo e pelas

(2) No caso brasileiro, algumas coortes de idade da população adulta (15 a 60 anos) ainda estarão crescendo a taxas elevadas no futuro próximo. Isso significa, por um lado, maior pressão sobre o mercado de trabalho em detrimento da população mais velha; por outro, um número mais elevado de pessoas adultas e, portanto, uma relação dependentes/adultos mais favorável.

características desses fluxos. Ora, isto significa que estruturas etárias semelhantes podem resultar de processos demográficos radicalmente diferentes.

Para exemplificar, basta comparar as características demográficas de quatro estados brasileiros, que representam situações polares, apresentadas na tabela abaixo.

Indicadores de Dinâmica Demográfica (3)

Estado	Porcentagem de Idosos	Esperança de Vida	Taxa de Fertilidade Total	Taxa de Emigração	Taxa de Imigração	Taxa de Dependência
São Paulo	6,3	63,6	3,2	7,3	24,0	64,9
Minas Gerais	6,1	63,1	4,3	24,0	5,0	79,2
Rondônia	2,8	-	6,2	9,7	66,0	85,0
Paraíba	7,7	44,4	6,2	27,0	6,2	102,0

O Estado da Paraíba e o Estado de São Paulo ilustram situações polares: o primeiro, dadas suas taxas de mortalidade e natalidade, deveria possuir uma proporção relativamente pequena de idosos; São Paulo, por seu turno, deveria apresentar uma taxa relativamente mais elevada. Os movimentos migratórios e seu caráter seletivo explicam essas alterações na estrutura etária dessas populações. Além de qualificar o modelo clássico de transição demográfica, essas alterações têm importantes conseqüências para a situação dos idosos nos diferentes contextos.

Para começar, os idosos desses diferentes contextos pertencem a subpopulações cuja dinâmica demográfica é radicalmente distinta, pois sobrevivem em regimes muito diferentes de mortalidade. Isso deve afetar a composição da estrutura por idades das duas subpopulações idosas e, também, suas estruturas de morbidade.

Estas subpopulações devem ainda diferir, significativamente, no que se refere às suas formas de organização social, especialmente no que diz respeito à organização domiciliar e às estratégias de sobrevivência à disposição

(3) Estes dados foram extraídos de diversas tabelas que acompanham diferentes capítulos desta monografia. Nelas, o leitor encontrará informações equivalentes para outras unidades da Federação. Incluímos, aqui, apenas quatro, com o objetivo de tipificar situações mais extremas.

de grupos familiares cuja composição etária deve ser diferente. Como essas diferenças, embora existentes, não são muito grandes no Estado de São Paulo, os estudos aqui reunidos não iluminam suficientemente os problemas daí decorrentes. Seria desejável que novos estudos comparativos abordassem essas questões de forma sistemática.

O fato de que a população idosa, no Brasil, sobreviva em situações regionais e locais marcadamente diferentes do ponto de vista de sua dinâmica demográfica tem várias conseqüências significativas para as políticas sociais voltadas para esse grupo etário. Quero aqui ressaltar apenas dois pontos.

O primeiro, e mais óbvio, diz respeito às possibilidades diferenciais que os vários contextos oferecem para uma adequada combinação do tripé "família-comunidade-Estado", mecanismo responsável pelo oferecimento de adequada proteção social à Terceira Idade, discutido nos capítulos anteriores. Uma política governamental homogênea a esse respeito poderia ser, além de ineficaz, desastrosa.

O segundo se refere às implicações dessas diferenças para o financiamento e para a implementação de políticas sociais destinadas a atender a população idosa.

Dada a heterogeneidade regional e local da população de 60 anos e mais, até mesmo do ponto de vista da dinâmica demográfica responsável por sua composição, é imprescindível que a implementação dessas políticas esteja sob a responsabilidade de autoridades regionais e locais. Somente isso tornará possível a necessária flexibilidade e diferenciação no atendimento dessa população heterogênea.

A heterogeneidade local e regional quanto ao peso, características e contexto no qual se inserem diferentes subpopulações de idosos, no entanto, sugere precisamente o oposto no que se refere ao financiamento dessas políticas. De fato, uma das conseqüências dessa heterogeneidade diz respeito, precisamente, às diferenças existentes entre as diversas regiões e entre diferentes localidades numa mesma região quanto à base sócio-econômica e demográfica que pode - e deve - suportar, em termos de financiamento, suas respectivas populações idosas. Os fluxos migratórios rural-urbano e inter-regionais, ao afetar diferencialmente as regiões de imigração e de emigração no que tange às suas estruturas etárias, produzem grandes diferenças nas taxas de dependência - isto é, na relação dependentes (crianças e idosos) por adultos. Assim, enquanto na Paraíba esse número é de 1,02 dependentes para cada adulto, em São Paulo existem 0,65 dependentes para cada adulto. Isso se deve, em parte, ao fato de que uma parcela não desprezível da população adulta originária da Paraíba - e de outros estados da Federação - encontra-se em São Paulo. Somente esquemas mais centralizados de financiamento público podem corrigir distorções desse tipo.

A Grande São Paulo e o problema do envelhecimento da população

Os diferentes capítulos que compõem este estudo concentraram-se na análise da população idosa da Grande São Paulo (GSP), a região mais rica e desenvolvida do País, do ponto de vista econômico. Pelo que acabamos de concluir, essas análises *não cometem o erro* de tomar essa população isoladamente. Ao contrário, proporcionam elementos para que se possam compreender as características, o peso relativo e os problemas que afetam a população de 60 anos e mais da GSP como resultantes da dinâmica sócio-econômica e demográfica do País como um todo.

Indicam, nessa perspectiva, que a contribuição relativa da população de 60 anos e mais para a população da GSP só não é maior – o que seria de se esperar a partir dos níveis de mortalidade e natalidade aqui prevalentes – em virtude do rejuvenescimento de sua estrutura etária provocado pelos fluxos migratórios.

Indicam, também, que, a despeito da complexidade e dinamismo de sua estrutura urbano-industrial, de seus elevados níveis de produtividade e do volume de riqueza social aqui produzida, a Região Metropolitana de São Paulo ainda se mostra incapaz de proporcionar condições satisfatórias de vida à sua população de idosos. Os dados a esse respeito são abundantes nos textos anteriores e não é necessário resumi-los aqui.

As análises anteriores deixam entretanto de discutir, com maior profundidade, um problema importante: o papel da GSP no financiamento global – direto e indireto, efetivo e potencial – das políticas governamentais dirigidas à proteção da população na Terceira Idade.

O tema é, certamente, complexo e controvertido mas valeria a pena explorá-lo em trabalhos posteriores: Até que ponto a população idosa que vive na GSP se beneficia do influxo de migrantes jovens provenientes de outras regiões do Estado e do País? De que maneira e com que intensidade a carga tributária que incide sobre a população adulta da GSP ajuda a financiar políticas de proteção social aos idosos de outras regiões? O que as informações sobre o financiamento e a distribuição dos benefícios da previdência social têm a dizer a respeito do caráter positiva ou negativamente redistributivo – entre diferentes regiões – da política de seguridade social?

Sem respostas mais precisas a esse tipo de questão, parece difícil avançar no tema da desconcentração e descentralização das políticas governamentais de proteção aos idosos, para além de duas ou três obviedades.

O exame da situação da população idosa da GSP, empreendido nos diversos capítulos deste trabalho, chama a atenção para outro aspecto do problema relevante para a elaboração e implementação de políticas públicas nessa área, especialmente quando tais políticas envolverem a disponibilidade de equipamentos físicos de oferta de bens e serviços: a distribuição territorial da população idosa em grandes aglomerados urbanos.

Por um conjunto de razões de ordem sócio-econômica e demográfica, a população idosa se distribui desigualmente no território urbano, adensando-se no anel que circunda o centro histórico da área metropolitana e tornando-se mais rarefeita na periferia afastada, região que abriga as populações de migrantes mais recentes e, por isso, mais jovens.

É possível que existam diferenças significativas entre as pessoas idosas que vivem em diferentes regiões e que os dados agregados encobrem. De qualquer maneira, uma política de equipamentos urbanos para os idosos que não leve em conta essa distribuição territorial desigual corre o risco de localizar de forma inadequada e ineficiente tais equipamentos. Risco, é verdade, ironicamente pequeno até agora pelo seu reduzido número, como veremos.

A política social brasileira e o envelhecimento da população

Relatório recente do Banco Mundial sobre o volume, as características e os resultados do gasto social brasileiro concluiu, entre outras coisas, que:

- o esforço de gasto público, em termos de porcentagem do produto interno bruto, nominalmente voltado para as políticas de proteção social, se revela significativo quando comparado com outros países de mesmo nível de renda per capita: um pouco mais de 15% do PIB;
- a se confiar nas estimativas qualitativas então realizadas, a população de 45 anos ou mais do País consumia uma parte significativa desse gasto, em função do peso relativo das despesas com a saúde e a previdência social;
- o impacto global desses gastos na melhoria das condições de vida da população deixa bastante a desejar, se compararmos as condições de vida que prevalecem em outros países com renda per capita e esforço de gasto semelhante ou mesmo inferior: nossas taxas de mortalidade infantil são mais altas, possuímos proporção mais elevadas de analfabetos, nosso ensino de 2º grau é mais excludente e nossos esquemas de seguro-desemprego mais precários.

Por outro lado, análises comparativas internacionais baseadas em dados quantitativos – tanto longitudinais como em *cross-section* – têm demonstrado que o envelhecimento da população é uma das variáveis estratégicas para explicar o crescimento do gasto social. (4)

As análises realizadas nesse estudo a propósito da população idosa no Brasil e na GSP não só reiteram os resultados do Banco Mundial como chamam

(4) São muitos os estudos existentes a esse respeito. Ver, particularmente, os estudos comparativos de Peter Flora e seus associados e os estudos Wilenski.

a atenção para os desdobramentos dessas transformações na estrutura etária sobre o gasto governamental.

Não terá sido difícil para o leitor perceber o enorme déficit social que contraímos com a nossa população idosa – mesmo na região mais desenvolvida do País – e a flagrante incapacidade dos nossos programas sociais para saldar essa dívida.

É bem verdade, como já havia assinalado Paulo Paiva, que as taxas de participação na PEA dos segmentos mais idosos de nossa população são menores do que aqueles apresentados por outros países de nível de renda semelhante ao nosso. A saída relativamente "precoce" do mercado de trabalho não significa, entretanto, amparo adequado. Significa, ao contrário, ausência de programas de retreinamento, condições precárias de higiene, deficiência educacionais acumuladas e outras desvantagens com relação à população mais jovem que compete, com vantagens, no estreito mercado de trabalho. Significa, por outro lado, ingressar numa situação social estigmatizada e precária, onde conseguir um novo trabalho é difícil, senão impossível; onde a possibilidade de adquirir novas habilidades, recapacitando-se para o trabalho numa nova fase da vida, é irrealizável; onde a aposentadoria, quando existente, representa uma parcela relativamente pequena do salário do trabalhador ativo e está sujeita a fortes oscilações no seu valor real, num contexto cronicamente inflacionário; onde os serviços de saúde, quando acessíveis, são precários, predominantemente curativos, morosos, intermitentes e, do ponto de vista da população mais idosa, pouco especializados; e onde as atividades de lazer e vida associativa praticamente inexistem.

O crescimento quantitativo da população idosa, no futuro próximo, pressionará ainda mais o gasto social, já significativo, e onerará ainda mais os programas sociais, já inadequados. Desse ponto de vista, o País poderá se encontrar, nas próximas décadas no pior de dois mundos: sem ter conseguido equacionar uma política social adequada para países com estrutura etária relativamente jovem (nossos índices de analfabetismo, nossas taxas de mortalidade infantil em algumas regiões, a precariedade de nossa educação de 2º grau e as limitações de nossos esquemas de seguro-desemprego, estão aí para nos envergonhar), teremos que começar a enfrentar os problemas sociais característicos de estruturas etárias mais envelhecidas e que, por tudo que sabemos, elevam o gasto social.

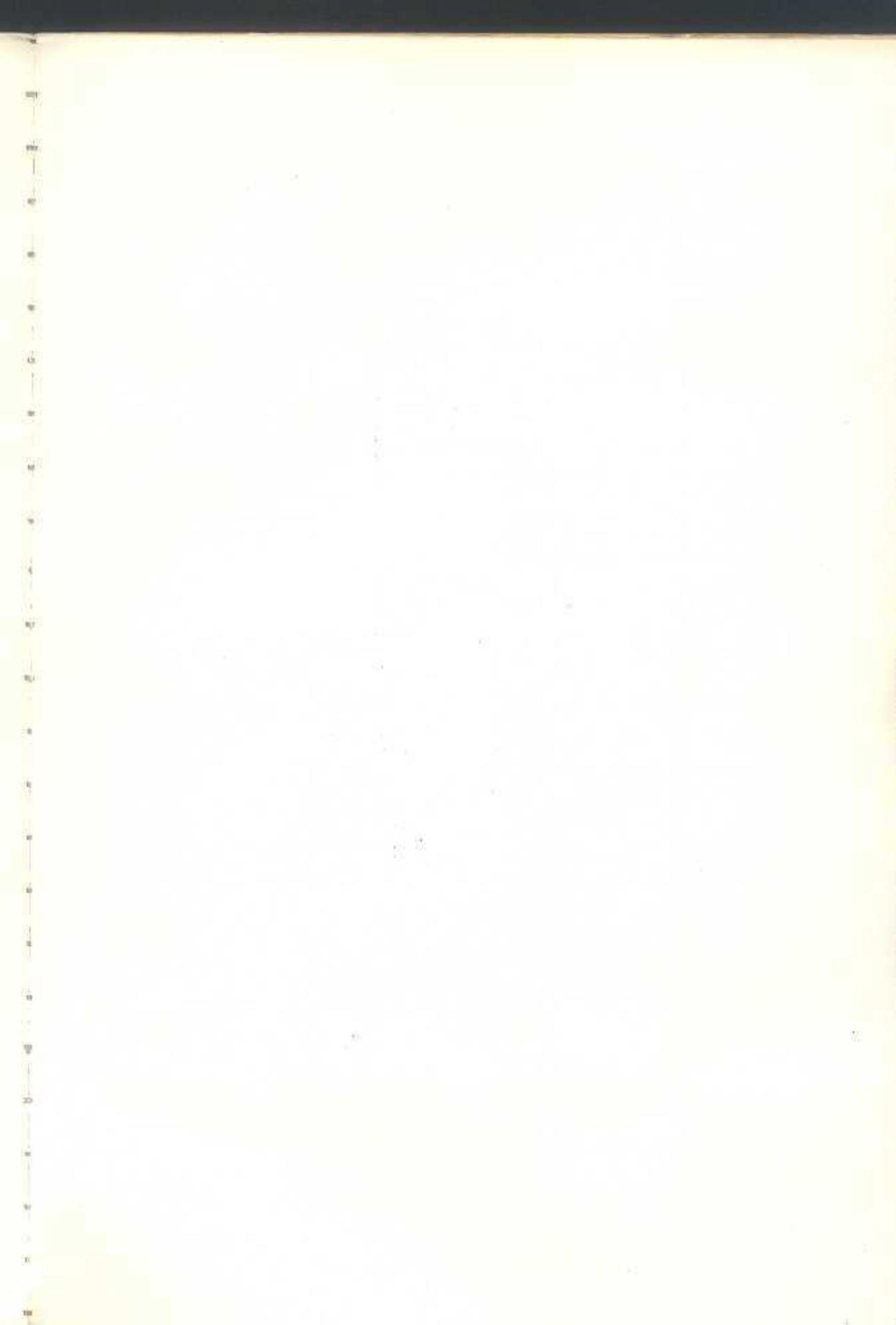
Tudo isso numa conjuntura de constante instabilidade monetária, de crescentes déficits governamentais, de crise das estruturas estatais e de profundas transformações tecnológicas e organizacionais. Estas últimas, como se sabe, não só exigem uma força de trabalho mais bem preparada, como também pesados investimentos em bens de capital para renovar nosso parque industrial, volumosos recursos para a pesquisa científica e tecnológica e um esforço maiúsculo de poupança e investimento para garantir novos e melhores postos de trabalho, para uma população adulta que ainda estará

crescendo a taxas elevadas, e para elevar nossa renda per capita, condição necessária para um gasto social – em termos per capita e não apenas em termos de porcentagem do PIB – mais elevado.

Numa situação dessa gravidade e dessa complexidade, que o estudo que se acaba de ler especifica e dramatiza, seria infantil concluir que a solução consiste, pura e simplesmente, em diferenciar e aumentar o gasto governamental com os programas voltados para a população em idade avançada. Seria má fé, por outro lado, imaginar que os mecanismos do mercado, em si e por si, seriam suficientes para dar conta do recado.

As soluções possíveis – complexas, demoradas e penosas – dependem de um conjunto complexo de fatores, entre os quais, certamente, uma profunda reformulação na natureza e no funcionamento dos programas governamentais de proteção social. Uma coisa porém é certa. Sem mudanças estruturais profundas em nossa sociedade heterogênea e desigual, qualquer política social compensatória somente poderá ter a sina de Sísifo: por mais vigoroso que seja o esforço montanha acima, ele é sempre anulado pelos mecanismos estruturais geradores da injustiça e da desigualdade.





ISBN 85-85016-35-3

