

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**Mestrado em Sociologia – Área de Especialização: Recursos Humanos e
Desenvolvimento Sustentável**

**Envelhecer numa sociedade em vias de
desenvolvimento e marcada pela desigualdade
social.**

Dissertação elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia

Andréia Barroso Figueiredo Maciel

Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Mendes

Outubro 2010

RESUMO

Este trabalho insere-se no estudo do processo de transição demográfica e analisa o processo de declínio da fecundidade e suas implicações sobre o envelhecimento populacional brasileiro. O objectivo central é desvendar, ainda que de forma exploratória, como vem ocorrendo o processo de transição demográfica e suas possíveis diferenciações, bem como os factores que a envolvem e melhor a caracterizam. Seguiu-se uma metodologia quantitativa e de análise descritiva dos dados e documentos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e pelo United Nations Statistics Division.

Verificou-se importante diferença regional, racial e social no processo de transição. A variável renda *per capita* revelou-se como o elemento fulcral na caracterização das dissemelhanças encontradas. O sistema de segurança social por sua vez tem-se revelado importante instrumento de redução da pobreza entre idosos, configurando-se entretanto como uma área bastante crítica correndo inclusive o risco de insolvência futura caso não sejam realizados os ajustes necessários.

Palavras-chave: transição, desigualdade, pobreza, género, idoso, envelhecimento.

ABSTRACT

Growing old in a society in developing and marked by social inequality.

This work is the study of the process of demographic transition and examines the process of fertility decline and implications for the Brazilian population aging. The central objective is to discover, albeit exploratory, as it has the process of demographic transition and its possible differences, and the factors surrounding it and the best characterized. There followed a quantitative methodology and descriptive analysis of data and documents provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics and the United Nations Statistics Division.

There are important regional differences, racial and social transition. The per capita income variable turned out to be the key element in the characterization of the dissimilarities found. The social security system in turn has proved an important tool in alleviating poverty among the elderly, becoming however, as a very critical area including running the risk of future insolvency if not made the necessary adjustments.

Keywords: transition, inequality, poverty, gender, elderly, aging.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu abrigo e fortaleza em todas as circunstâncias.

A conclusão desta dissertação representa para mim a conquista de um objectivo finalmente alcançado a partir de um árduo processo de estudos, marcado por fases às vezes um tanto difíceis, mas superadas com a ajuda dos familiares, amigos e demais pessoas que acreditaram na minha capacidade. A estas pessoas deixo aqui os meus sinceros agradecimentos pela confiança em mim depositada.

Viver longe da família é tarefa difícil, por isso agradeço aos meus colegas de mestrado e demais pessoas pela amizade e acolhida. Agradeço também a todos os meus professores da Universidade de Évora pelos ensinamentos, em especial ao professor doutor Eduardo Esperança pela ajuda valiosa em momentos angustiantes e à minha orientadora professora doutora Maria Filomena Mendes pela orientação e pelo estímulo intelectual.

Agradeço aos queridos familiares que mesmo distantes me apoiaram neste percurso, em especial à minha mãe, que apesar da saudade me incentivou a perseguir meus objectivos. Agradeço aos meus irmãos pelo facto de fazerem parte de minha vida, e ao meu pai (*in memoriam*) por ter me legado uma grande perseverança. Agradeço ainda aos amigos e amigas, inclusive os que deixei no Brasil, que mesmo distantes nunca deixaram de me incentivar, apoiar e confiar na minha habilidade de levar a bom termo esta tarefa. Obrigada pelas vossas amizades e carinho. Orgulho-me de tê-los como familiares e amigos.

Ao meu esposo Jáder e às minhas filhas Caroline e Thaís (meus maiores tesouros) agradeço pelo carinho e peço desculpas pelos momentos em que estive ausente ou indisponível aos seus chamados, pela falta de paciência que muitas vezes me acometeu devido ao cansaço e, pelos momentos em que não pude compartilhar de suas vidas da maneira como desejavam. Amo vocês e espero podermos em breve olhar para trás e dizer que tudo isto valeu à pena.

ÍNDICE

Introdução	1
I Parte – Dados, metodologia e operacionalização	5
1. Dados	5
2. Metodologia e operacionalização	7
II Parte – Envelhecimento populacional	8
1. Considerações sobre o envelhecimento e a velhice	8
2. Enquadramento Teórico – A Transição Demográfica	13
3. Dinâmica Demográfica e Envelhecimento - análise e discussão dos dados	18
3.1 Índice de envelhecimento	21
3.2 Razões de dependência e bônus demográfico	23
III Parte – Razões demográficas do envelhecimento	30
1. Redução da mortalidade infantil	30
1.1 Alterações do padrão epidemiológico	38
2. Esperança de vida à nascença e feminização da velhice	40
2.1 Mortalidade por causas externas	47
3. Transição da Fecundidade	52
3.1 Enquadramento teórico	52
3.2 Análise e discussão dos dados	63
IV Parte – Questões sociais e económicas no processo de envelhecimento	94
1. Discriminação no mercado de trabalho	94
2. Desigualdade na Educação	102
3. Desigualdade de renda, Segurança Social e transferência de renda	110
3.1 Desigualdade de renda	110
3.2 Segurança Social e transferência de renda	114
3.2.1 A discussão do viés intergeracional	123
3.2.2 Redução da pobreza e gastos públicos	125
3.2.3 Desequilíbrios no sistema previdenciário	128
V Parte – Considerações finais	133
VI Parte – Bibliografia	136
Índice de Anexos	146
Anexos	147

Lista de abreviaturas e siglas

Abep - Associação Brasileira de Estudos Populacionais

Abrasco - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

BEMFAM - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

C.Oeste – Centro-Oeste

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz/MS

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IETS - Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade

INE – Instituto Nacional de Estatística (de Portugal)

INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira/MEC

IPEA - Instituto de pesquisa Econômica aplicada

MEC - Ministério da Educação

MPS - Ministério da Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PEA - População Economicamente Activa

PIA – População em Idade Activa

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNDS - Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde

RDJ – Razão de Dependência Jovem

RDI – Razão de Dependência Idosa

RDT – Razão de Dependência Total

Ripsa - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SM - Salário mínimo

SNIG - Sistema Nacional de Informações de Gênero

SUS - Sistema Único de Saúde

TEE - Transição da Estrutura Etária

TEF - Taxa Específica de Fecundidade

TBM - Taxa Bruta de Mortalidade

TFT - Taxa de Fecundidade Total

UF - Unidade da Federação

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Distribuição população mundial (milhares) jovem e 60 anos e mais – 1950/2050	18
Gráfico 2 - Projecção população 0-14 anos e 60 anos ou mais – Brasil – 1980/2050	20
Gráfico 3 - % Óbitos em grupos de idades seleccionados – Brasil – 1984/2008	31
Gráfico 4 -Taxa de Mortalidade Infantil (%) por grupo de anos de estudo das mulheres – Brasil (1991/2004)	33
Gráfico 5 - Taxa de Fecundidade Total – Brasil e Grandes Regiões 1940/2008	65
Gráfico 6 - População brasileira segundo a raça – 1991 a 2008	67
Gráfico 7 - Taxa de Fecundidade Total Brasil (urbano/rural) – 1970 a 2000	67
Gráfico 8 – TFT brancos e negros – Grandes Regiões – 2000	71
Gráfico 9 – Nascidos vivos por grupo de idade da mãe – Brasil – 1980/2008	79
Gráfico 10 - % Casamento civil e união consensual (pessoas de 15 anos ou mais) – Brasil – 1960/2000	83
Gráfico 11 - % Casamentos por grupos de idade das mulheres - Brasil – 1984/2008	85
Gráfico 12 - % Casamentos por grupos de idade dos homens - Brasil – 1984/2008	85
Gráfico 13 – Número de filhos nascidos vivos segundo o grupo de anos de estudo da mãe – Brasil – 2000	91
Gráfico 14 - Rendimento-hora da população ocupada em Reais (R\$), segundo o sexo e o grupo de anos de estudo – 2004	100

Índice de tabelas

Tabela 1- Distribuição da população mundial segundo grupos de idades seleccionados (milhares) e distribuição percentual (%) – 1980 a 2050	18
Tabela 2- Projecção da população brasileira 1980 -2050 (sem migração internacional)	19
Tabela 3 -Taxa média geométrica de crescimento da população jovem e idosa (%)	20
Tabela 4 - Índice de Envelhecimento (IE) - Brasil – 1980 a 2050	21
Tabela 5 - Índice de Envelhecimento – Brasil e Grandes Regiões 1991/2005	21
Tabela 6 - População de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição (%), por situação de moradia, raça e sexo – Brasil e Grandes Regiões – 2008	22
Tabela 7 - População de 60 anos ou mais por domicílio e sexo – Grandes Regiões – 2000	23
Tabela 8 - Razão de Dependência Jovem (RDJ), Idosa (RDI) e Total (RDT)	25
Tabela 9 - RDT, RDJ e RDI segundo anos seleccionados – Brasil - 1950 a 2050	26
Tabela 10 - Idade mediana da população brasileira de 1950 a 2050	29
Tabela 11 - Taxa de Mortalidade Infantil (‰ nascidos vivos) – Brasil e Grandes Regiões 1991/2004	32
Tabela 12 - Taxa de Mortalidade Infantil, por grupos de anos de estudo das mulheres, segundo as Grandes Regiões - 1991/2004	34
Tabela 13 - % Nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal - Brasil e Grandes Regiões – 1998/2004	35
Tabela 14 - Taxa de Mortalidade Infantil, por raça das mulheres e Grandes Regiões - 1991/2004	36
Tabela15 - Proporção principais causas de morte – Brasil e Grandes Regiões – 2005	38
Tabela 16 - Mortalidade proporcional da população de 60 anos ou mais de idade no Brasil segundo algumas causas de morte em 2005	39
Tabela 17 - Esperança de vida ao nascer - Brasil e Regiões mais e menos desenvolvidas – 1950/2050	40
Tabela 18 - Esperança de vida ao nascer, segundo o sexo - Brasil - 1980-2050	41

Tabela 19 - Esperança de vida ao nascer por raça – Brasil e Grandes Regiões 1991/2000	42
Tabela 20 - Razão de sexo e população residente de 60 anos ou mais, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade Brasil – 2000	43
Tabela 21 - Razão de sexo por grupos de idade seleccionados, segundo a raça e o domicílio -Brasil – 2000	45
Tabela 22 – Projecção população brasileira por sexo e grupos de idade para 2010	47
Tabela 23 - % Óbitos, segundo grupos de idade e anos seleccionados 1984/2008	48
Tabela 24 - Taxa de mortalidade específica por causas externas, segundo o sexo – Brasil e Grandes Regiões – 1990/2004	49
Tabela 25 - Razão de Sexo - Brasil e Grandes Regiões - 1991, 1996, 2000 e 2005	50
Tabela 26 - Distribuição relativa dos óbitos por causas externas, segundo o sexo e grupos de idade seleccionados – Brasil – 2005	50
Tabela 27 - Anos perdidos por causas violentas – Brasil e Grandes Regiões – 2005	51
Tabela 28 - Estimativas das probabilidades de morte entre grupos etários seleccionados - Brasil - 1980, 1991 e 2000	51
Tabela 29 - Taxa de Fecundidade Total (TFT) da População Mundial - 1950/2050	63
Tabela 30 - TFT segundo regiões e períodos seleccionados	64
Tabela 31 - Projecção da TFT no Brasil para o período 1980-2050	64
Tabela 32 - Distribuição (%) da população segundo a raça – Brasil e Grandes Regiões - 1992 e 2008	66
Tabela 33 - Número médio de pessoas na família segundo o sexo do chefe do domicílio, a raça e o rendimento familiar <i>per capita</i> – Brasil – 1991 e 2000	68
Tabela 34 - Número médio de pessoas na família, segundo a classe de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> em salário mínimo – 2004	69
Tabela 35 - Grau de Urbanização Brasil e Grandes Regiões -1991/2006	72
Tabela 36 - % Nascidos vivos segundo o grupo etário das mães - Brasil e Grandes Regiões - 1984/2000	73
Tabela 37 - Nascidos vivos de mães jovens – Brasil e Grandes Regiões – 2008	74

Tabela 38 - % Mulheres adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos com filhos, segundo a raça – Brasil e Grandes Regiões – 1991/2000	76
Tabela 39 - Nascidos vivos, por ano de nascimento, grupos de idade da mãe na ocasião do parto e lugar de residência da mãe – 2003, 2005 e 2008	78
Tabela 40 - Fecundidade e anticoncepção em mulheres de 15 a 49 anos – Brasil - 1996/2006	80
Tabela 41 - Uso de métodos anticonceptivos entre mulheres (de 15 a 49 anos de idade) que viviam em união em 1996	81
Tabela 42 - (%) Nascidos vivos de partos cesáreos – Brasil e Grandes Regiões - 1994/2004	82
Tabela 43 - Idade média ao casar das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de anos de estudo – Brasil – 2000	84
Tabela 44 - Proporção de casal com e sem filhos (%) – Brasil – 1991/2006	88
Tabela 45 - TFT das mulheres com até 3 anos de estudo e com 8 anos de estudo ou mais - Brasil e Grandes Regiões – 2005	88
Tabela 46 - TFT por grupos de anos de estudo das mulheres, segundo a renda familiar total, em salários mínimos (SM) - Brasil - 1991/2004	90
Tabela 47 - Taxa de Fecundidade desejada (TFdes.) e Taxa de Fecundidade observada (TFobs.), segundo os grupos de anos de educação das mães – 1996	91
Tabela 48 - Proporção de mulheres ocupadas segundo o grupo de idade - 2004	93
Tabela 49 - Rendimento médio habitualmente recebido por hora trabalhada pelas pessoas ocupadas, por Região Metropolitana - 2004	97
Tabela 50 - Média de anos de estudo da população ocupada de 10 anos ou mais segundo o sexo e a raça – Brasil - 2000	97
Tabela 51 - Rendimento médio mensal de todos os trabalhos da população ocupada, em reais (R\$), segundo a raça e o sexo – 2003	98
Tabela 52 - Rendimento-hora do trabalho principal em Reais (R\$) das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por raça – 2008	98
Tabela 53 - % Taxa de Actividade de pessoas de 10 a 15 anos por sexo e raça – Brasil – 2000	99

Tabela 54 - % Pessoas de 10 anos ou mais de idade por grupos de ano de estudo, segundo o sexo e a classe de rendimento mensal em salários mínimos (SM) - 2000	101
Tabela 55 - Mulher sem cônjuge com filhos (%) – Brasil - 1992/2006	101
Tabela 56 - Composição dos rendimentos domiciliares – Brasil – 1981/2002	101
Tabela 57 - Taxa de frequência escolar de crianças de 0 a 6 anos de idade, por grupos de idade (%) – Brasil – 2004	107
Tabela 58 - Taxa de frequência escolar, segundo grupos etários seleccionados, por quintos de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> (%) – Brasil – 2004	107
Tabela 59 - Distribuição dos estudantes do ensino médio (secundário) e superior na rede pública, segundo os quintos de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> (%) – Brasil – 2004	108
Tabela 60 - Média de anos de estudo das pessoas de 25 anos ou mais de idade, segundo os quintos de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> – Brasil – 2008	108
Tabela 61 - Distribuição dos estudantes de 18 a 24 anos de idade, segundo a raça e o nível de ensino frequentado – 2008	109
Tabela 62 - Pessoas de 15 anos ou mais, por raça, sexo e anos de estudo - Brasil – 2000	110
Tabela 63 - % Total de pobres e crianças pobres segundo a raça - Brasil – 1991/2000	111
Tabela 64 - Índice de Gini da distribuição do rendimento médio mensal real das pessoas de 10 anos ou mais de idade com rendimento – Brasil – 1981/2007	111
Tabela 65 - Estados com as 5 menores Renda <i>per capita</i> (Negros e Brancos) – 2000	113
Tabela 66 - Indicadores de pobreza segundo a raça – Brasil – 2000	113
Tabela 67 - Domicílios particulares rurais, com pelo menos um morador de 60 anos ou mais, por situação no domicílio – 2007	116
Tabela 68 - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual dos aposentados e/ ou pensionistas, por sexo, segundo as Grandes Regiões – 2008	117
Tabela 69 - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, responsáveis pelo domicílio, por sexo, segundo as Grandes Regiões -1991 e 2000	117

Tabela 70 - População residente de 60 anos ou mais de idade, por condição no domicílio, segundo as Grandes Regiões – 2000	118
Tabela 71 - Domicílios com contribuição de rendimento dos idosos de mais de 50% do rendimento familiar – 1997, 2002 e 2007	119
Tabela 72 - Distribuição (%) das unidades unipessoais, segundo os grupos de idade da pessoa de referência – 2004	121
Tabela 73 - % Pessoas com 65 anos ou mais morando sozinhas – 1991 e 2000	121
Tabela 74 - Proporção das pessoas de 60, 65 e 70 anos ou mais de idade aposentadas e ocupadas, segundo o sexo em 2008 – Brasil	122
Tabela 75 - Proporção da população ocupada (%) contribuinte e não contribuinte para a Previdência Social – 2004	129
Tabela 76 - Receitas e despesas do INSS nos anos de 2006, 2007 e 2008	131

Introdução

As três componentes demográficas mais importantes na determinação do envelhecimento populacional relacionam-se principalmente com os padrões de fecundidade – que provoca uma gradual diminuição da proporção de crianças e jovens no total populacional, aumentando o peso relativo da proporção de idosos na composição da população total – e também com a redução nas taxas de mortalidade infantil, que por seu turno faz com que se eleve a esperança de vida à nascença. Em relação à redução da mortalidade, há autores, que como Veras (1991) e Carvalho e Garcia (2003) consideram que inicialmente seu contributo serve para atenuar o índice de envelhecimento pois permite às mulheres fecundas sobreviverem até o fim de seu ciclo reprodutivo, aumentando as hipóteses de haver mais nascimentos. A mortalidade só contribuiria de facto para o envelhecimento ao se concentrar em idades mais avançadas. Relativamente às migrações, ela representa função importante na determinação das estruturas etárias. Movimentos “intensos nas idades economicamente ativas, o que significa selectividade por idade, contribuirão para exacerbar o processo de envelhecimento nas áreas de origem” (Wong e Carvalho 2006:8).

O declínio do Índice Sintético de Fecundidade (ISF), teve início nos países classificados como desenvolvidos, estendendo-se posteriormente e em ritmos diferentes pelos países em desenvolvimento (Alves, 2004). “É a universalização da transição demográfica” (Paiva e Wajnman, 2005: 304). Alguns países já evidenciam dados inquietantes: o ISF tem ficado abaixo do limiar de substituição, e o gradual envelhecimento da população tende ao decréscimo demográfico. A transição demográfica brasileira iniciada em 1940 com o declínio da mortalidade manteve até 1960 uma alta fecundidade, tendo a partir de então encetado um acentuado declínio desta, findando o primeiro decénio do século XXI com um ISF incapaz de repor as gerações. “Actualmente, as consequências da manutenção de uma fecundidade tão baixa são não só demográficas, mas também socioeconómicas, têm vindo a despertar um interesse cada vez maior no que respeita ao conhecimento dos comportamentos de fecundidade, suas causas e provável evolução futura” (Mendes, Rego e Caleiro 2006). Diversos estudos têm sido realizados com o intuito de desvendar as causas e consequências do comportamento reprodutivo. Evidentemente, a descrição esquemática da clássica teoria da transição demográfica por ser genérica não dá conta das variadas experiências concretas e da multiplicidade das tendências contemporâneas mundiais, assim “ ao invés de uma teoria, temos, então,

diversas abordagens que utilizam instrumentos teóricos das diversas ciências sociais e que consideram a interrelação entre dinâmica demográfica e as condições econômicas, políticas e culturais da sociedade” (Alves, 1994:11).

No Brasil, por se tratar de um país de grandes dimensões geográficas e com uma intensa desigualdade social e “dada a diversidade de níveis de desenvolvimento econômico e social das várias partes do território brasileiro, a transição demográfica tem sido diferenciada quando se considera cada uma das Grandes Regiões” (IBGE: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009), revestindo-se de fundamental importância o desvendamento dos factores que a envolvem e determinam, bem como seu impacto nas diferentes regiões e estratos socioeconómicos. De forma idêntica, cobre-se de essencial importância a compreensão das condições em que vem decorrendo o processo de envelhecimento e suas implicações actuais e futuras na sociedade.

A manutenção das reduzidas taxas de fecundidade tem sido associada a diversos factores, como diminuição da mortalidade infantil; a diminuição da nupcialidade ou a sua realização em idades mais tardias; as alterações observadas na estrutura familiar como por exemplo aumento do número de divórcios e; a própria paternidade que vem deixando de ser considerada condição básica para alcançar a felicidade e a auto-realização, embora ainda seja universalmente valorizada (Sobotka, 2008)¹. Têm ainda sido comumente referidos o aumento da idade média do nascimento do primeiro filho; o aumento dos custos dos filhos e as dificuldades inerentes ao alargamento de seu percurso escolar; o aumento da escolaridade feminina e das aspirações financeiras e profissionais com um ingresso cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho; a desigualdade de géneros que faz com que os custos e benefícios da criação dos filhos sejam repartidos de maneira desigual; o maior acesso aos meios contraceptivos e as incertezas em relação ao mercado de trabalho futuro que contribuem para alterar o cálculo do custo/benefício sobre a formação de uma nova família.

O envelhecimento populacional surge como corolário do processo de transição demográfica, revelando tendência crescente a nível mundial. O envelhecimento e o

¹ “Remarkably, children and parenthood continue to be almost universally valued even in societies that have progressed furthest in the second demographic transition. [...] Despite rising instability of partnerships, family life often continues to be strongly valued and idealized (the Czech Republic chapter). But behind this general picture, a number of subtle shifts can be recognized. Parenthood gradually ceases to be the main goal in the lives of men and women [...] having children is no longer considered a precondition to achieving happiness and self-fulfilment” (Sobotka, 2008:177).

aumento da esperança de vida representam uma das maiores conquistas da humanidade, mas também um de seus maiores desafios, pois afecta a dinâmica do crescimento demográfico e a estrutura etária populacional com implicações nas políticas públicas e sociais, nomeadamente nas esferas da saúde, educação, emprego, segurança social e renovação da população activa. Um nível de fecundidade abaixo do limiar de reposição das gerações e um acentuado envelhecimento populacional eleva os riscos de, futuramente, as sociedades atingirem sérios desequilíbrios económicos, pois com o estreitamento da base da pirâmide etária e dilatação do seu ápice, uma cada vez mais reduzida população de adultos terá de alicerçar o peso a uma alargada população idosa, que tenderá a exercer forte pressão sobre os sistemas de saúde e de segurança social.

Simultâneos ao decréscimo da fecundidade e do envelhecimento populacional registam-se outros fenómenos como a transição epidemiológica, com alterações nos modelos de mortalidade e morbidade da população, reflectindo novos padrões de saúde e doenças (Vermelho e Monteiro, 2002; Ramos, Veras e Kalache, 1987). A mortalidade que num primeiro estágio se concentrava sobretudo na infância passa a concentrar-se em idades mais avançadas onde sobressaem as doenças crónicas e degenerativas, típicas de populações envelhecidas, com custos mais elevados e cuidados prolongados (Veras, 2009; Veras e Parahyba, 2007). Por outro lado, durante o processo de transição demográfica ocorre alguns bónus demográficos, como a elevação da idade média da população activa com um maior capital cultural, que “regra geral, traduz em melhores índices de produtividade” (Alves e Bruno, 2006:13) e redução temporária da razão de dependência total (em virtude da diminuição da razão de dependência jovem) que contribuem para elevar a renda *per capita* total (Hakkert, 2007:3)², podendo ainda ter implicações positivas sobre as políticas sociais, como as que se referem à saúde (atendimento médico às mães e crianças) e à educação, pois uma menor demanda e pressão sobre ambos os sistemas favorece o aumento da qualidade de seus recursos.

A escolha do tema “envelhecer em uma sociedade em vias de desenvolvimento e marcada pela desigualdade social” se deu porque entre as variáveis da dinâmica demográfica a que mais me fascina é o estudo da fecundidade e o que mais me inquieta são as transformações dela decorrentes. No caso do Brasil, estas transformações vêm acontecendo numa velocidade vertiginosa e a sociedade brasileira – ainda extremamente

² “Lower dependency ratios tend to raise aggregate per capita incomes.” (Hakkert, 2007:3).

jovem - se converterá em poucas décadas numa sociedade grandemente envelhecida. O facto de o processo ocorrer de forma acelerada, portanto ser mais comprimido em um menor número de anos, torna-o ainda mais complicado, preocupante e desafiador, mormente quando esta sociedade é marcada por desigualdades e por elevados níveis de pobreza. Neste sentido, este estudo é uma tentativa de oferecer um contributo demográfico para o entendimento de como vem ocorrendo este processo. Espera-se contribuir para a discussão a respeito da temática e colaborar para se descobrir pistas passíveis de conduzirem ao desenvolvimento de estudos futuros e porventura oferecer um contributo ao nível da intervenção.

Conhecendo as limitações de um trabalho que abrange um tema tão vasto e complexo sobre uma sociedade também extensa e intrincada, é sabido que será humanamente incapaz de se abordar em profundidade todos os aspectos correlatos a este processo. Portanto, busca-se desvendar, ainda que de forma exploratória, como vem processando a transição demográfica e suas possíveis implicações para a sociedade brasileira. Seu objectivo central é verificar as possíveis diferenciações deste processo e os factores que o envolvem e melhor o caracterizam. Para tal, colocou-se algumas questões de partida para as quais se intentou descobrir respostas ao longo desta investigação. Tais como: Há diferenciação regional, racial e social no processo de transição demográfica? Quais os principais factores que a envolvem? Que aspectos melhor determinam a redução do ISF no Brasil? Quais são as possíveis consequências da inversão da pirâmide etária principalmente para o sistema de Segurança Social? Qual a importância dos gastos públicos na redução da vulnerabilidade social dos idosos? O recorte temporal refere-se ao período 1991 a 2008 privilegiando os dados mais recentes sempre que possível, e compreende a sociedade brasileira, enfocada muitas vezes sobre o nível regional.

A organização da dissertação, reproduzindo a trilha traçada durante a pesquisa foi estruturada em cinco núcleos temáticos. O primeiro núcleo expõe a metodologia e faz uma breve caracterização das fontes dos dados. O segundo núcleo faz considerações sobre o envelhecimento, o enquadramento teórico da transição demográfica e a análise e discussão dos dados relativos ao processo de envelhecimento. O terceiro núcleo contempla a análise das razões demográficas do envelhecimento. Como a fecundidade se configura como elemento fulcral deste processo, sobre ela incide partes consideráveis das observações e análises, procurando destacar as diferenças entre os variados grupos etários, estratos sociais e raciais, níveis de instrução, local e região de domicílio. O

quarto núcleo temático tece algumas considerações acerca das questões sociais e económicas da realidade brasileira como a questão da desigualdade de renda e o papel da Segurança Social e por fim, no quinto núcleo serão tecidas as considerações finais.

I Parte - Dados, metodologia e operacionalização

1. Dados

Os dados foram obtidos através do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, Divisão de Estatística das Nações Unidas, Sistema Nacional de Informações de Género e principalmente pelo IBGE (Censos Demográficos 1991 e 2000, Contagem da População 2007, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Estatísticas do Registro Civil e Síntese de Indicadores Sociais de 2002 a 2009).

Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - Trata-se de um banco de dados electrónico com dados baseados nos microdados dos Censos 1991 e 2000 do IBGE, criado com o objectivo de aumentar o acesso e a capacidade de análise de informações relevantes sobre as Unidades da Federação e municípios brasileiros³. Disponibiliza informações acerca do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), educação, longevidade, desigualdade social, renda e das características físicas do território brasileiro. O utente pode criar seus instrumentos de análise através de mapas temáticos, tabelas, gráficos e relatórios que podem ser exportados para posterior análise em outros programas, como por exemplo para a plataforma do Microsoft Excel.

Censos Demográficos⁴ e Contagem da População - O Censo Demográfico realizado pelo IBGE acontece desde 1872 e realiza-se de dez em dez anos. Seu objectivo é computar os habitantes do território nacional e identificar suas características e como vivem. Suas informações são fundamentais para a definição de políticas públicas e a tomada de decisões de investimento, constituindo a única fonte de referência sobre a situação de vida da população nos 5.507 municípios distribuídos em 27 Unidades da Federação. A Contagem da População é um procedimento mais simples que o dos Censos Demográficos, sendo planeada para acontecer no meio da década com a finalidade de actualizar as estimativas da população agregando as mudanças demográficas ocorridas desde a execução do último Censo Demográfico. A estatística

³ Para maiores informações consultar <http://www.pnud.org.br/atlas/>

⁴ Informações mais detalhadas em IBGE- Série Relatórios Metodológicos (2003).

do registro civil configura-se como importante instrumento para o acompanhamento da evolução da população brasileira e a implementação de políticas públicas, pois apresenta informações sobre os factos vitais ocorridos no País, reunindo registos de nascidos vivos, óbitos e casamentos, etc.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD)⁵- Trata-se de uma pesquisa realizada pelo IBGE com a finalidade de produzir informações básicas sobre a situação socioeconómica dos habitantes e dos domicílios brasileiros, sendo que algumas das características socioeconómicas têm carácter permanente nas pesquisas e outras periodicidades variável. A pesquisa inclui ainda questionários suplementares sobre um assunto específico, seleccionado de acordo com as necessidades de informação do país. Sua implantação data de 1967, sendo até que 1970 seus resultados eram apresentados com uma periodicidade trimestral e a partir daí anuais, com excepção de 1994 por razões excepcionais e nos anos de 1970, 1980, 1991 e 2000 para a realização de Censos Demográficos. Inicialmente, sua abrangência geográfica cobria apenas o estado do Rio de Janeiro. As demais porções do território brasileiro foram sendo adicionadas gradualmente nas décadas subsequentes, até abranger a totalidade do país.

Síntese de Indicadores Sociais - Trata-se de uma série de documentos elaborados pelo IBGE, que apresenta um elenco de informações sociais e demográficas sobre a sociedade brasileira. Os indicadores utilizados em seus vários volumes são calculados a partir das PNADs dos anos anteriores e distribuídos em diversas secções. Através do Directório do Protocolo de Transferência, também dividido em temas ou secções é possível acessar as diversas tabelas e análises presentes no documento. Importante ainda salientar que as análises realizadas em um ano por vezes não o são nos anos seguintes.

Sistema Nacional de Informações de Gênero (SNIG) - A criação do SNIG decorre em função do processo de formulação e implementação de políticas públicas de combate à discriminação e à desigualdade de género, como parte de um compromisso firmado pelo Brasil a partir da IV Conferência Mundial de Pequim realizada em 1995 pelas Nações Unidas. O SNIG foi desenvolvido pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) e pelo Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para as Mulheres (UNIFEM) com o apoio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

⁵ Informações mais detalhadas se encontram em IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, v.29, 2008, e em Síntese de Indicadores Sociais (2003).

(IBGE) e do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID). Sua criação tem como finalidade propiciar um agregado de informações concernentes às questões de género. O SNIG⁶ é um programa que oferece um conjunto de indicadores de género referidos aos temas de População, Família, Educação, Renda, Previdência, entre outros, acerca das conjunturas de vida e trabalho das mulheres no Brasil.

Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (United Nations Statistics Division) -

Base de dados mundial com indicadores compilados a partir de dados internacionais fornecidos pelas agências responsáveis. A Divisão coordena e divulga as informações estatísticas globais e ampara os países nos empenhos para robustecer os seus sistemas estatísticos nacionais. Muitas das bases de dados da Divisão estão disponíveis em seu site <http://esa.un.org/unpp/> onde os usuários podem pesquisar uma multiplicidade de recursos estatísticos.

2. Metodologia e operacionalização

O objectivo central do presente trabalho é verificar quais as possíveis diferenciações no processo de transição demográfica brasileiro e os factores que a envolvem e melhor a caracterizam. O objectivo intermédio é conhecer o padrão que vem regendo a redução do ISF e algumas das características sociais e económicas da sociedade brasileira, que certamente influenciam no processo de envelhecimento populacional. Para tentar concretizar este objectivo foram delineados alguns objectivos específicos listados a seguir: perceber se há diferenciação regional, racial e social nos processos de redução do ISF e que factores a envolvem; que factores melhor determinam a redução do ISF brasileiro; quais são as possíveis consequências da inversão da pirâmide etária principalmente para o sistema de Segurança Social e; qual a importância da Previdência Social na redução da vulnerabilidade e pobreza, nomeadamente entre os idosos?

A unidade de análise deste trabalho engloba toda a população brasileira recenseada pelo IBGE, a nível regional. Foram utilizados indicadores demográficos como população total, razão de sexo⁷, taxa de fecundidade total⁸, esperança de vida à nascença, índice de

⁶ Para maiores informações sobre o programa http://200.130.7.5/snig/informacao/snig_indicadores.pdf

⁷ Relação de masculinidade

⁸ Taxa de fecundidade geral

envelhecimento e razão de dependência⁹. Para o tratamento e análise das variáveis pertinentes aos objectivos propostos foram construídas tabelas de contingência – que resumem um conjunto de informações - e gráficos – que permitem uma maior facilidade de interpretação e colocam em evidência a intensidade dos atributos observados. A análise dos dados centrou-se predominantemente sob a forma da estatística descritiva, com a apresentação de cálculos de frequências relativas, média e em alguns casos amplitude total. A estatística descritiva, como indica o próprio nome se preocupa em sintetizar e descrever os dados, especialmente seus atributos mais proeminentes, facilitando sua visão global e permitindo se obter um retrato da realidade. A abordagem metodológica deste trabalho é eminentemente quantitativa, mas com uma forte componente descritiva.

II PARTE – Envelhecimento populacional

1. Considerações sobre o envelhecimento e a velhice

“Hagestad e Neugarten (1985: 35) e Settersten e Mayer (1997) sugerem que cada sociedade é caracterizada por um sistema etário que divide o ciclo de vida em etapas da vida socialmente reconhecidas e institucionalizadas em estruturas normativas” (Lapa, 2008:3). Segundo Debert (1997) enquanto na ‘pré-modernidade’ o status da família e do indivíduo era mais relevante que a idade cronológica na determinação do grau de maturidade e do controlo de recursos de poder, na ‘modernidade’ as fronteiras dos estágios da vida segundo a lógica fordista foram claramente demarcadas: a infância (e a vida escolar), o mundo adulto (e o trabalho), e a velhice (e aposentadoria).

Em relação ao conceito de idade Levet Gaurat (cit. Por Vaz et al. 2003) identifica os variados sentidos que ele pode assumir. Pode referir-se a idade cronológica - período vivido -; idade jurídica – necessidade de estabelecer normas de conduta e estabelecer a idade em que o sujeito adquire determinados direitos e deveres perante a sociedade -; idade física e biológica – que tem em consideração o ritmo que cada indivíduo envelhece; idade psico-afectiva - que reflecte a personalidade e as emoções do sujeito, não tendo limites em função da idade cronológica e; idade social - relacionada à sucessão de papéis que a sociedade atribui a uma pessoa.

⁹ Rácios de dependência

Então afinal o que é ser velho? A partir de quando uma pessoa é considerada idosa? Todas as sociedades envelhecem da mesma maneira? A pertença a um determinado estrato social afecta a definição que se tem acerca da velhice? Ser velho é a idade a partir da qual se entra na reforma (aposentadoria) ou quando as capacidades físicas e mentais já se encontram deterioradas? Para Moreira (1998:80), o “envelhecimento está associado ao processo biológico de declínio e deterioração que ocorre com a passagem do tempo, e é próprio daquelas pessoas que atingiram o estágio final do ciclo vital, no qual a idade se define como limitativo ao bem-estar biológico (fragilidade ou invalidez), psicológico (diminuição da velocidade dos processos mentais) e comportamental (isolamento)”. De acordo com Alonso (1995) e Robledo (1994) o envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo, complexo e pluridimensional, onde interagem factores de ordem biológica, psicológica e social (cit. por Brêtas e Oliveira, 1999:61).

Enquanto o envelhecimento é um processo natural, que se inicia na concepção e só se interrompe na finitude do corpo, a velhice transpõe o aspecto biológico, sendo ao mesmo tempo uma construção social e uma produção histórica, podendo variar conforme a cultura e a sociedade na qual estão inseridos os indivíduos, bem como em função do espaço e do estrato social ao qual pertence, não podendo, como lembrou Alencar (2002) e Nunes (2001), ser considerada um processo mecânico, homogéneo e único para todos os indivíduos, sociedades e culturas e sim um processo heterogéneo, no qual a forma como cada indivíduo experimenta o envelhecimento depende de questões relacionadas ao género, etnia, estrato social, etc. Assim, ao se pensar a ‘velhice’ deve se ter em consideração estas variadas dimensões, pois “o lugar que o indivíduo ocupa na sociedade interfere na maneira como obtém condições para manejar o cuidado que dispensa a si” (Fernandes et al, 2007)¹⁰. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) possui dois cortes relativamente a idade em que o indivíduo passa a ser considerado ‘idoso’. Para os países desenvolvidos este corte é de 65 anos, enquanto nos países em desenvolvimento, situa-se aos 60 anos de idade.

A velhice seria então a época de se entrar para a reforma? As possíveis perdas das capacidades mentais e funcionais, acrescidas de maiores dificuldades de empregabilidade e da probabilidade de elevação dos gastos relativos a saúde, pode

¹⁰ “The place individuals hold in society affects the way they obtain conditions to manage their personal care” (Fernandes et al, 2007:756).

expor os idosos a uma maior vulnerabilidade relativamente aos riscos de pobreza, fazendo com que dependam cada vez mais da família e da solidariedade formal, como por exemplo dos benefícios sociais das aposentadorias. Na França do século XIX, “a questão da velhice se impunha essencialmente para caracterizar as pessoas que não podiam assegurar financeiramente seu futuro – o indivíduo despossuído, o indigente” (Peixoto, 1998 cit. por Siqueira et al 2002:904). Como as exigências de trabalho do processo industrial retiravam à família espaço para a atenção e apoio aos mais velhos, a velhice torna-se visível e de expressão pública, pois surge então a questão de como e quem assumirá a responsabilidade deste grupo etário (Vaz et al, 2003:186). Inicialmente, a velhice e a aposentadoria parecia então ser processos simultâneos.

Todavia, com o aumento da longevidade tem se operado uma dissociação entre ambas, e para Debert (1997) esta última em muitos casos tem sido anterior à primeira. “A aposentadoria deixa de ser um marco a indicar a passagem para a velhice ou uma forma de garantir a subsistência daqueles que, por causa da idade, não estão mais em condições de realizar um trabalho produtivo” (Debert, 1997:121). A reforma “cria um princípio de identidade para a velhice, definindo esse tempo da vida pela inatividade [...] decreta funcionalmente a velhice, ainda que o indivíduo não seja velho sob o ponto de vista biológico [...] é uma forma de produzir a rotatividade de mão-de-obra no trabalho, pela troca de gerações” (Salgado, 1997, cit. por Siqueira et al, 2002:902). Segundo Debert essa dissociação entre velhice e aposentadoria contribui para acirrar hierarquias sociais e a desobrigar o Estado de políticas sociais, transformando os problemas da velhice em um problema dos indivíduos que negligenciaram seus corpos, sendo portanto culpabilizados por envelhecer no isolamento e na decadência física e mental, ao que a autora chama de “reprivatização da velhice”.

No Brasil, a questão da velhice emerge como tema privilegiado a partir dos anos de 1980 (quando o declínio da fecundidade torna-se mais acentuado) com a construção da imagem do idoso como um ser vulnerável. Essa construção deve-se a quatro elementos basilares: aumento dos gastos públicos para atender às demandas da população idosa; o idoso por não se constituir em mão-de-obra competente para o trabalho é desvalorizado e abandonado pelo Estado e pela sociedade; o Brasil ser um país sem memória que valoriza o novo e ignora as tradições e o antigo e; a ausência de um estado de bem-estar social capaz de solucionar os problemas da miséria e da pobreza (Debert, 1993). Entretanto, este estereótipo negativo foi “um elemento fundamental para

a legitimação de um conjunto de direitos sociais que levaram, por exemplo, à universalização da aposentadoria” (Debert, 1999:126), além da criação da Política Nacional do Idoso (PNI) com vistas a garantir um envelhecimento saudável e activo.

“Em um país em que os direitos do cidadão são tão desrespeitados, a universalização da aposentadoria, mesmo não sendo mais do que um salário mínimo, significou uma conquista social importante” (Debert, 1993:127). Todavia, para garantir esta conquista, “o volume de recursos *per capita* transferido pelo setor público para idosos é cerca de 7 vezes superior ao transferido para crianças” embora a população brasileira seja eminentemente jovem (Turra e Queiroz, 2005a: 193). Tal situação tem colocado na agenda de académicos, políticos, economistas e especialistas em políticas sociais a ideia de um possível ‘conflito intergeracional’ que “sugerem que as políticas devem dar prioridade às crianças, uma vez que as mesmas são um investimento social” (Neri, 2004; e Barros e Carvalho, 2003 citados por Goldani, 2004:215).

Num contexto em que a economia é extremamente sensível às flutuações e crises do mercado internacional, onde se migra da condição de empregado para desempregado numa velocidade alucinante “é preciso, portanto, rever o tipo de vulnerabilidade a que velhos e aposentados estão expostos, em um contexto em que os contingentes de aposentados são cada vez mais jovens e já não podem ser encarados como o setor mais desprivilegiado da sociedade” (Debert, 1997:121). A própria questão da idade para se entrar na reforma e o facto de que, com o aumento da esperança de vida muitos indivíduos ainda aptos ao trabalho usufruirão por muito mais tempo dos benefícios, cujo pagamento é garantido pelas contribuições da população em idade activa inseridas no mercado de trabalho formal, demanda um novo olhar sobre a velhice e a reforma.

Numa sociedade que enaltece a juventude em detrimento dos demais ciclos de vida, em que o velho e tradicional perde seu valor em detrimento da inovação, a velhice passa a ser encarada como um estágio marginal do ciclo de vida, onde os saberes acumulados ao longo dos anos tornam-se obsoletos diante da modernidade que exige cada vez mais, novas aprendizagens. A visão da velhice passa a ser a de uma etapa marcada pela decadência e obsolescência das habilidades físicas e mentais. Por outro lado, “as técnicas de manutenção corporal com a ênfase no corpo jovem transformaram a meia-idade em uma espécie de *platô* que pode ser eternamente mantido. No contexto em que o envelhecimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a

velhice, que tende a ser vista como consequência do descuido pessoal, da falta de envolvimento em atividades motivadoras, da adoção de formas de consumo e estilos de vida inadequados. O declínio inevitável do corpo, do corpo que não responde às demandas da vontade individual, é antes percebido como fruto de transgressões e por isso não merece nenhum tipo de piedade” (Debert, 1999:127).

Assim, de forma geral, podemos nos referir a duas visões dicotômicas acerca da imagem do idoso e da velhice. Uma é relacioná-la com a ausência de papéis sociais e com o fim de sua actividade útil e produtiva, transformando-o num sujeito cada vez mais dependente, fisicamente decadente e improdutivo, pois “ não se fala na velhice sem se falar na aposentadoria, na doença, na família, no Estado, nos impostos [...] em quantidades de pessoas e massas de dinheiro impressionantes “ (Touraine, 1986, cit. por Debert 1999:13). A outra visão é aquela que enxerga neste grupo tão heterogêneo um potencial segmento de consumo, uma fase propícia ao auto-aperfeiçoamento e a realizações, onde é possível efectivar planos e projectos até então adiados. Alencar (2002:66) chama a atenção para a necessidade de revisão da compreensão da velhice e das posturas e atitudes perante à ela, principalmente porque seremos uma sociedade que se tornará, em breve, grandemente envelhecida. É imprescindível pensar o idoso e o envelhecimento de uma outra forma que não seja a da decrepitude física e mental.

Do ponto de vista legal, o envelhecimento no Brasil é protegido, com a presença de directrizes a serem seguidas e outras a serem implementadas pela PNI, criada pela Lei nº 8.842/1994, no contexto daquilo que foi proposto em 2002 pelo Plano de Madrid. Entre suas directrizes, a PNI propõe a viabilização de formas de integrar os idosos e as demais gerações e o desenvolvimento de acções voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso – que para os efeitos desta lei, considera-se como tal, a pessoa com mais de 60 anos de idade. A Constituição de 1988 em seu artigo 230 estabelece também que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”, enquanto o artigo 244 do Código Penal brasileiro, responsabiliza as famílias pelos cuidados aos idosos, imputando-lhes a pena de detenção de 1 a 4 anos e multa de 1 a 10 vezes o maior salário mínimo vigente no país, por deixar, sem justa causa, de prover a subsistência de ascendente inválido ou maior de 60 anos, bem como de socorrê-los quando gravemente enfermos. Já o Estatuto do Idoso obriga o Estado a garantir-lhes “proteção à vida e à saúde, por meio de

implementação de políticas sociais públicas que assegurem envelhecimento saudável e digno” (Fernandes, Raizer e Bretas, 2007:756)¹¹.

2. Enquadramento Teórico – A Transição Demográfica

O objectivo da demografia é a análise da dinâmica populacional, seu tamanho, composição por sexo e idade e sua taxa de crescimento (Alves, 2004). O seu aparecimento no século XVII com raízes na ascensão da realidade moderna estabeleceu-se como um marco importante acerca da análise das populações humanas e sua dinâmica, tornando-as objecto do conhecimento científico. É o inglês John Graunt que com a publicação de sua obra “*Natural and Political Observations upon the Bills of Mortality*” lança as bases para este novo saber, com a construção das primeiras tábuas de mortalidade através de dados estatísticos. Todavia o termo demografia seria utilizado pela primeira vez em 1855 pelo pesquisador belga Achille Guillard (Alves, 2004).

“Com as tábuas de mortalidade de Graunt, a demografia define-se como ciência que, a partir da observação de dados, mede o risco dos fenómenos demográficos e que, a partir dos resultados dessas medidas, aspira a conhecer não apenas o presente e o passado, mas também a aventurar-se na prospecção do futuro. É esta ambição prospectiva que vai accionar a formulação de teorias universais da população, de que são principais expressões o malthusianismo e a teoria da transição demográfica” (Bandeira, 1996:8). A teoria da transição demográfica representou uma das primeiras tentativas teóricas construídas para explicar a redução das taxas de mortalidade e fecundidade, tendo sido descrita primeiramente por Thompson em 1929, compreendendo três etapas: 1) a taxa de mortalidade cai e a taxa de natalidade permanece elevada, provocando um rápido crescimento populacional; 2) a seguir, a taxa de natalidade começa a cair, reduzindo o ritmo do crescimento populacional; 3) enfim, existência de baixas taxas de mortalidade e natalidade, resultando em lento crescimento demográfico (Alves, 2004:14).

Todavia, em Thompson não havia ainda a ideia evolucionista da transição, que será apresentada pela primeira vez, em 1945, por Notestein, na sua teoria dos estádios de desenvolvimento das populações (Bandeira, 1996:12), buscando explicar as desigualdades encontradas na população mundial em termos de crescimento

¹¹“The Elderly Statute considers life and aging as individual and social rights. It demands the State to guarantee elderly people with the protection of life and health through the implementation of public social policies that ensure healthy and dignified aging” (Fernandes et al, 2007:756).

populacional (Cardoso, 2007:485), referindo-se aos efeitos que as mudanças nos níveis de fecundidade e mortalidade provocavam sobre este e sobre a estrutura etária (Vermelho e Monteiro, 2002). Notestein propôs três padrões de crescimento demográfico, que articulados entre si afluem na denominada transição demográfica (Cardoso, 2007:485), sendo que cada padrão correspondia a um estágio de desenvolvimento. Para Notestein, este processo se caracterizava pelo estágio potencial de alto crescimento: elevadas taxas de natalidade e mortalidade (o crescimento populacional tende a ser nulo); estágio de crescimento transicional: o decréscimo da mortalidade antepõe-se ao da fecundidade, produzindo um rápido crescimento populacional; estágio de declínio incipiente: reduzidas taxas de fecundidade e de mortalidade (o crescimento populacional também tende a ser nulo).

O estágio designado por Notestein de *transicional growth* é assinalado pela substancial redução das taxas de mortalidade (Alves, 2004) devido ao controlo ou redução das doenças infecto-contagiosas através do uso de antibióticos e medidas higiénicas, bem como melhorias na qualidade da alimentação, habitação e saneamento. Estas melhorias conduzem a uma efectiva diminuição da mortalidade infantil, possibilitando que mais pessoas passem a viver por mais tempo (aumento na esperança de vida), sem entretanto reduzir a fecundidade, que permanece elevada “em decorrência do fato de a sociedade manter na memória o período da elevada incidência da mortalidade” (Alves, 2004:15), o que conseqüentemente acaba por gerar um acelerado crescimento populacional. No estágio *incipient decline*, quando os níveis de mortalidade já apresentam uma exponencial redução, o padrão de fecundidade também tende a se alterar com intensa redução do número de filhos, desacelerando o ritmo do crescimento populacional.

Porém, essa descrição esquemática da clássica teoria da transição demográfica é bastante genérica e não dá conta das múltiplas experiências concretas não se adaptando à multiplicidade das tendências contemporâneas mundiais. “Não existe uma teoria que dê conta de todos os aspectos temporais e espaciais da transição da fecundidade. Só o estudo empírico detalhado pode responder as múltiplas determinações concretas do comportamento da fecundidade nas diferentes regiões do mundo e até mesmo nas diferentes regiões de um país” (Alves, 2004:14). Como observou o autor, “ao invés de uma teoria, temos, então, diversas abordagens que utilizam instrumentos teóricos das diversas ciências sociais e que consideram a interrelação entre dinâmica demográfica e as condições econômicas, políticas e culturais da sociedade” (Alves, 1994:11).

A primeira transição demográfica teve início nos países desenvolvidos fazendo descer os níveis da fecundidade, disseminando-se posteriormente para outros países. Todavia, com sua manutenção a patamares inferior ao limiar de reposição das gerações, alguns autores desenvolveram a reflexão de uma segunda transição demográfica, e mesmo de uma terceira (Bandeira, 1996 e Alves, 2004). Face as alterações verificadas no comportamento da fecundidade, os estudiosos têm buscado desvendá-los seja através da abordagem macroeconómica – que estuda as forças que actuam sobre a dinâmica demográfica - seja através da abordagem microeconómica - que realça os determinantes próximos definidos a partir da escolha dos casais (Alves, 2004:19), onde sua decisão baseia-se em “em função de um balanço económico das implicações decorrentes sobre a decisão de tê-los ou não tê-los” (Médici e Beltrão, 1995:202).

O contínuo decréscimo dos índices de fecundidade indica que a taxa de crescimento da população mundial tem diminuído de maneira incessante e significativa, ao mesmo tempo em que se avança no processo de envelhecimento populacional. Como ressaltou a ONU, na 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, decorrida em Madrid em Abril de 2002, o envelhecimento demográfico é um fenómeno global, sem precedentes, de longa duração e de elevado impacto social. Na Europa Ocidental e na América do Norte ele já vem ocorrendo há aproximadamente um século, enquanto nos países em desenvolvimento há cerca de meio século e com intensidades diferentes. O envelhecimento ocorre na medida em que há um gradativo decréscimo da proporção de jovens na composição da população total, que associado a uma longevidade cada vez mais maior aumenta o peso relativo da proporção de idosos.

A diminuição do ISF que até meados do século passado atingia a maioria dos chamados países desenvolvidos vem se alargando também àqueles em vias de desenvolvimento, como o Brasil. Muitos dos países desenvolvidos, tendo iniciado seu processo de transição há mais tempo e a partir de patamares de fecundidades bem inferiores aos das regiões menos desenvolvidas, apresentam actualmente dados inquietantes, com um ISF bem abaixo do limiar de substituição. Em alguns países da Europa por exemplo, o reduzido índice de fecundidade e o gradual envelhecimento da população tende ao decréscimo demográfico. “Na Europa do Sul, o rápido e profundo declínio verificado, conjugado com a sua persistência durante, pelo menos duas décadas, sem revelar tendências de alteração, conduziram aqueles países, e em particular Portugal, a uma situação demográfica impossível de reverter” (Mendes e Rego, 2006:2). No Brasil, a

fecundidade também vem declinando de maneira intensa e dificilmente reverterá sua tendência, pois as revisões recentes têm demonstrado que seus níveis já baixos têm sido na verdade subestimados (Wong e Carvalho, 2006:6). Como observou Berquó e Cavenaghi (2004:16), a experiência mostra que a fecundidade pode oscilar em níveis baixos mas dificilmente voltará aos padrões altos anteriores.

O envelhecimento demográfico é corolário do processo de transição demográfica e se configura como relevante fenómeno social afectando a dinâmica do crescimento demográfico, a estrutura etária populacional com implicações nas políticas públicas e sociais, notadamente nas esferas da saúde, educação, emprego, segurança social, formação e renovação da população activa. Na área da saúde as alterações nos padrões de morbidade sinalizam para a maior incidência de doenças crónicas e degenerativas de cuidados prolongados e custos mais elevados “que requerem grandes gastos em equipamentos, medicamentos e recursos humanos capacitados” (Wong e Carvalho, 2006:21).

No âmbito da educação, destaca-se a necessidade do planeamento e desenvolvimento de políticas capazes de propiciar aos jovens condições de desenvolver seu potencial humano e impulsionar o desenvolvimento económico do país. Em termos do emprego, a necessidade de criação de novos postos de trabalho para absorver a imensa população em idade activa e; no campo de acção da segurança social - uma das áreas mais críticas – a premência da adaptação do sistema de forma a viabilizar sua sustentabilidade futura, já que o número de beneficiários crescerá expressivamente. “Para os governos, esta demanda manifestará na obrigação de estender a cobertura dos sistemas de segurança social e de aplicar ou expandir os programas de protecção sociais para idosos. Para as famílias, esta demanda irá resultar em transferências intergeracionais para os idosos que não estão abrangidos por qualquer sistema de protecção social ou cujo seguro é insuficiente para manter um nível de vida satisfatório” (Suárez y Pescetto, 2005:427)¹².

A transição demográfica brasileira teve início em 1940 com o declínio da mortalidade, sobretudo as decorrentes de doenças infecciosas e parasitárias (Vermelho e Monteiro,

¹²“ En el caso de los gobiernos, esta demanda se manifestará en la exigencia de extender la cobertura de los sistemas de seguridad social y de aplicar o ampliar los programas de protección social para los adultos mayores. En el caso de las familias, esta demanda se traducirá en transferencias intergeneracionales de la población económicamente activa hacia los adultos mayores que no estén cubiertos por algún sistema de protección social o cuya cobertura sea insuficiente para mantener un nivel de vida satisfactorio” (Suárez e Pescetto, 2005:427).

2002). Neste período, a fecundidade ainda se mantinha elevada e praticamente estável, uma vez que os primeiros indícios de sua queda só se verificaram na década de 1960 e em algumas regiões. A partir da década de 70, a queda da fecundidade passa a ocorrer de forma mais acelerada e ampla, e as Regiões Norte e Nordeste – retardatárias do processo de transição - começam a declinar numa velocidade mais intensa que a verificada nas demais regiões, enquanto a taxa de mortalidade prossegue sua trajetória declinante. O Nordeste brasileiro por exemplo “teve uma redução de 50% na taxa de fecundidade total (TFT) num período de 15 anos ” (Wong e Carvalho, 2006:7).

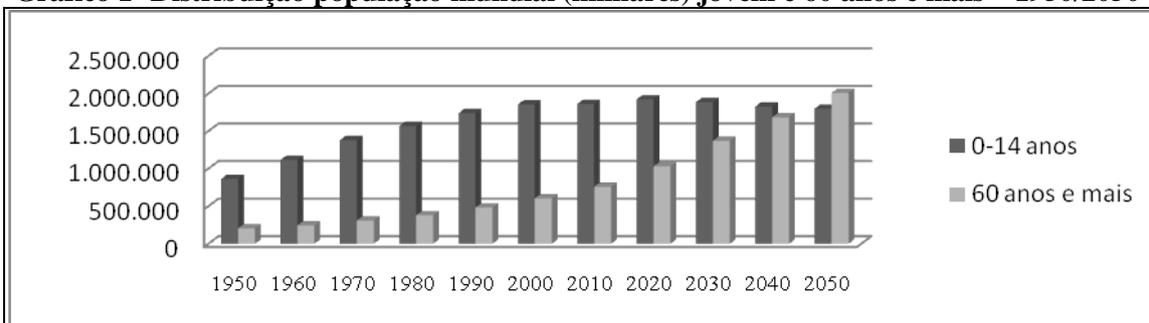
Assim, em meados do século XX, o Brasil que apresentava um cenário de alta fecundidade, finda o primeiro decénio do século XXI com um ISF incapaz de assegurar a renovação das gerações. “A magnitude dessa redução, num curto espaço de tempo, é surpreendente, se comparada com a experiência das nações desenvolvidas” (Wong e Carvalho, 2006:7). Nos países desenvolvidos ela iniciou-se em patamares mais baixos, ocorreu mais lentamente e apresentam diferenciais de fecundidades bem menores entre os vários grupos socioeconómicos (Berquó e Cavenaghi, 2004). Devido a queda generalizada da fecundidade em todo o território brasileiro (Wong e Carvalho, 2006), pode se dizer que o Brasil está concluindo seu processo de transição, pois embora ainda apresente seguimentos populacionais com uma fecundidade situada nos patamares médios apresentados pelo país no início do seu processo de transição, 50% da população já convive com regimes de fecundidade inferior ao nível de reposição (Berquó e Cavenaghi, 2004:16).

A heterogeneidade da transição demográfica brasileira parece reflectir os diferentes níveis de desenvolvimento económico de suas regiões e estratos populacionais. “Inserida e intensamente articulada a esse contexto de desenvolvimento desequilibrado, a transição demográfica não é autônoma. Ela é um processo social que não se resume aos efeitos combinados das variáveis estritamente demográficas [...] é, simultaneamente, uma de suas causas e um de seus efeitos” (Brito, 2008:6). O brusco declínio do ISF brasileiro conduziu a relevantes diferenciais entre as regiões, estados e estratos sociais, fazendo com que se situem em diferentes momentos do processo de transição demográfica, sendo que as diferenças sociais levam a desigualdades demográficas maiores que as observadas em termos regionais (Brito, 2007 e 2008). Assim como a redução da fecundidade no Brasil se difere da ocorrida nos países desenvolvidos, o padrão epidemiológico também. Enquanto nos países desenvolvidos, a

transição epidemiológica foi determinada principalmente por melhoria das condições socioeconômicas de sua população, no Brasil ela tem sido influenciada muito mais pela introdução maciça de tecnologias médicas (Vermelho e Monteiro, 2002).

3. Dinâmica Demográfica e Envelhecimento – análise e discussão dos dados.

Gráfico 1- Distribuição população mundial (milhares) jovem e 60 anos e mais – 1950/2050



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 06/02/2010.

O envelhecimento populacional é uma tendência mundial. As Nações Unidas prevêem que em 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo terá ultrapassado o número de jovens. Em 1980, 35% da população mundial era composta por jovens enquanto apenas 8,5% era formada por pessoas de 60 anos ou mais. Em 2050 estas proporções passam a ser respectivamente de 19,6% e 21,9%, pois enquanto a proporção de jovens cai praticamente pela metade, a de idosos quase triplica. Em números absolutos, a população jovem atinge seu volume máximo em 2020, entretanto o mesmo não é verdade em termos proporcionais, pois a partir de 1970 seu percentual começa a declinar gradualmente. Já a população com 60 anos ou mais revela aumento tanto em termos absolutos quanto percentuais. Em um século terá aumentado praticamente 10 vezes em números absolutos, saltando de 204.913 para 2.008.244 indivíduos.

Tabela 1- Distribuição da população mundial segundo grupos de idades seleccionados (milhares) e distribuição percentual (%) – 1980 a 2050

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
60 Anos e mais	8.1	8.1	8.4	8.5	9.1	9.9	11.0	13.4	16.5	19.1	21.9
0 A 14 anos	34.1	36.9	37.4	35.3	32.9	30.3	26.9	25.0	22.7	20.7	19.6

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 06/02/2010.

Com o progressivo declínio da mortalidade a partir de 1940 e a manutenção da fecundidade em níveis elevados até 1970, a população brasileira experimentou um grande crescimento, tendo saltado de 41,2 milhões de habitantes em 1940 para cerca de

193 milhões em 2010¹³. Segundo o IBGE (Tendências Demográficas, 2007:35), a pirâmide etária brasileira teve uma base alargada entre os de 1940 “até 1980, como resultado do elevado número de mulheres em idade fértil ainda procriando”. Todavia, a manutenção declinante da mortalidade infantil e da fecundidade a níveis cada vez mais reduzidos vem impondo ao país completas transformações no padrão demográfico. Durante as próximas décadas, o Brasil será em grande parte um país com uma grande proporção de jovens e ‘jovens velhos’ (Veras, 1991:479)¹⁴. Isto quer dizer, que o país encontra diante de si uma situação bastante peculiar: ao mesmo tempo que avança de forma veloz rumo ao envelhecimento, possui ainda uma grande proporção de crianças e jovens, onde as demandas e necessidades de ambos poderão competir entre si.

Tabela 2- Projeção da população brasileira 1980 -2050 (sem migração internacional)

Anos	Taxas Médias Geométricas Crescimento Anual (%)	Nascimentos	Taxas Brutas Natalidade (%)	Óbitos	Taxas Brutas Mortalidade (%)	Taxas de Mortalidade Infantil (‰)
1980	-	3.809.410	32,13	1.015.739	8,57	69,1
1990	1,786	3.548.573	24,21	1.018.622	6,95	47,0
2000	1,486	3.619.910	21,13	1.085.578	6,34	30,1
2010	0,921	2.938.214	15,20	1.212.656	6,27	21,6
2020	0,568	2.545.414	12,29	1.390.216	6,71	15,3
2030	0,308	2.292.666	10,59	1.660.956	7,68	11,0
2040	-0,023	1.951.951	8,91	2.033.754	9,28	8,2
2050	-0,291	1.743.814	8,10	2.396.127	11,13	6,4

Fonte: Elaborada a partir dos dados do IBGE/Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1950-2050 – Revisão 2008. Acedido em 25/01/2010.

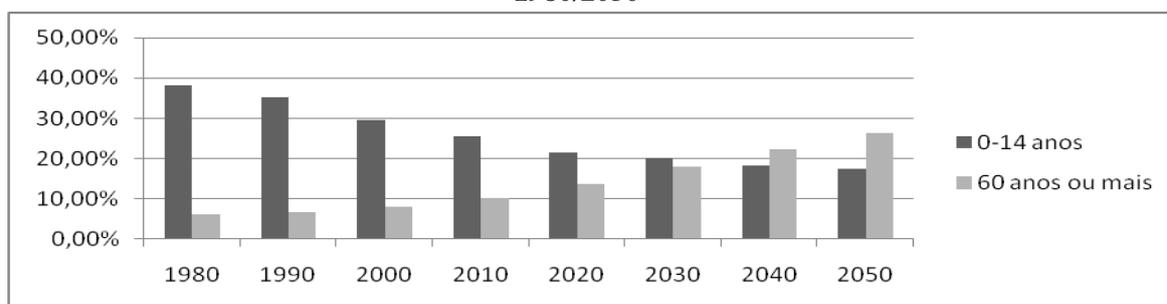
A partir de 1970, com o sustentado decréscimo da fecundidade, o ritmo do crescimento populacional inicia um processo de abrandamento ao mesmo tempo em que se verifica alterações na estrutura etária com um crescimento mais lento do número de jovens e um aumento da população em idade activa e idosa. Num espaço de 30 anos (1980 a 2010) o país sofreu uma redução superior a 50% na sua taxa bruta de natalidade. A restrição do crescimento populacional provavelmente só não tem sido maior devido a redução ocorrida nas taxas brutas de mortalidade, que até 2010 apresenta valores decrescentes, já que a taxa bruta de natalidade se conserva declinante durante todo o período. As alterações nas trajectórias da fecundidade, natalidade e mortalidade vêm constringendo o país a expressivas variações na sua taxa de crescimento. Desconsiderando a migração

¹³ Segundo os dados do IBGE, em 2010 a população brasileira seria de 193.252.604 habitantes. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980/2050 – Revisão 2008.

¹⁴ “Consequently, over those next few decades Brazil will largely be a country with a large proportion of young people and young old”. (Veras, 1991:479).

internacional, em 2039 o Brasil provavelmente apresentará um crescimento nulo e a partir de 2040 passará a apresentar valores negativos. A partir de 2050, as funções de fecundidade e mortalidade possivelmente se estabilizarão em novos patamares e como seus níveis serão consideravelmente baixos haverá poucas hipóteses deles se reduzirem ainda mais ou apresentarem tendência inversa o que fará com que população brasileira penda a quase-estabilidade (Myrrha, 2009:17).

Gráfico 2 - Projecção população 0-14 anos e 60 anos ou mais – Brasil – 1980/2050



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 05/02/2010.

O elemento demográfico mais relevante na determinação do envelhecimento populacional relaciona-se com os padrões de fecundidade, que no Brasil, apenas entre 1980 e 2008 teve uma redução superior a 50%, alcançando 2008 com um índice incapaz de repor as gerações anteriores. Este salientado decréscimo e a sua possível estabilização em níveis substancialmente baixos, vem provocando a redução da população jovem e elevação do peso relativo dos idosos.

Tabela 3 -Taxa média geométrica de crescimento da população jovem e idosa (%)

Grupos de idade	1980/1990	1990/2000	2000/2008	2008/2010	2010/2020	2020/2030	2030/2050
0-14 Anos	1,34	(-) 0,15	(-) 0,20	(-) 0,75	(-) 1,72	(-) 1,22	(-) 2,58
60 Anos ou mais	3,24	3,47	3,26	3,54	3,92	3,63	4,70

Fonte: Elaborada a partir dos dados extraídos do IBGE: Projecção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008. Acedido em 30/07/2010.

Embora o número de jovens venha declinando, seu volume ainda permanece elevado - como resultado do grande número de mulheres em idade reprodutiva das coortes anteriores - e a estrutura etária brasileira relativamente jovem. Contudo durante a década de 2030, a população idosa já superará a população jovem. Enquanto as taxas de crescimento da população de 0 a 14 anos vêm apresentando valores negativos e redução desde 1990, na população de 60 anos ou mais estes valores revelam um percurso ascendente, e embora oscilem nos períodos 2000/2008 e 2020/2030 vem se tornando cada vez mais elevadas no horizonte temporal da projecção.

3.1 Índice de envelhecimento

Os sustentados declínios da mortalidade - iniciado em 1940 - e da fecundidade - iniciado em 1960 - associado à uma maior esperança de vida, vem alterando a estrutura etária brasileira e acentuando o índice de envelhecimento populacional. Do ponto de vista da análise estatística é comum que o cálculo do Índice de Envelhecimento (IE) considere idosa a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, entretanto, tendo em consideração a Política Nacional do Idoso no Brasil (Lei nº 8.842, de 04/01/1994) e o corte da Organização Mundial de Saúde, que considera, para os países ainda em desenvolvimento, idosa a pessoa com 60 anos de idade ou mais, será este o parâmetro utilizado no cálculo do Índice de envelhecimento, dado pela fórmula: $(P1 \div P2) \times 100$; onde P1 → população com idade igual ou superior a 60 anos e P2 → população com

$$\text{IE} = \frac{\frac{\infty P 60}{P}}{\frac{15 P 0}{P}} \Rightarrow \frac{\infty P 60}{15 P 0} \times 100$$

idades entre os 0 e os 14 anos.

Tabela 4 - Índice de Envelhecimento (IE) - Brasil - 1980 a 2050

Ano	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Índice de Envelhecimento	15,88	19,11	27,28	39,0	68,13	110,10	159,74	226,27

Fonte: IBGE, Revisão 2008. Projeções 1980/2050 - Acedido em 23/01/2010

O efeito conjunto da retracção do ISF (e em consequência da proporção de jovens) com a elevação da esperança de vida a nascença vem constringendo o país ao progressivo envelhecimento populacional. De uma década a outra, o IE praticamente duplicará. Entre 2000 a 2050 seu aumento será superior aos 800% e de 1980 a 2050 será na ordem dos 1400%. Com o aumento da longevidade, principalmente no grupo feminino, o corte etário estabelecido em 60 anos de idade tem como consequência o alargamento do intervalo etário que abarca este contingente cada vez mais amplo, o que reflectirá inclusive no perfil dos gastos públicos.

Tabela 5 - Índice de Envelhecimento - Brasil e Grandes Regiões 1991/2005

Regiões	1991	1996	2000	2005
Norte	10,9	12,9	14,7	16,6
Nordeste	18,4	22,0	25,5	30,3
Sudeste	25,4	30,3	34,8	40,8
Sul	24,1	28,6	33,4	39,3
Centro-Oeste	14,7	18,3	22,1	26,4

Tabela extraída da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008:71).

Os índices de envelhecimento das Regiões Sul e Sudeste são nitidamente mais elevados, indicando ser principalmente o resultado da sustentada redução das taxas fecundidade e de natalidade, devido sua entrada no processo de transição demográfica anterior as demais regiões. Além disso, segundo informações da Ripsa, os menores valores apresentados pelas Regiões Norte e Centro-Oeste reflectem a influência das migrações, uma vez que as fronteiras económicas de ambas as regiões encontram-se em expansão. Como salienta Wong e Carvalho (2006:8) “ a migração interna desempenha papel importante na definição das estruturas etárias regionais. Fluxos internos intensos nas idades economicamente ativas, o que significa selectividade por idade, contribuirão para exacerbar o processo de envelhecimento nas áreas de origem. É assim que Estados onde o início da transição da fecundidade começou mais tarde podem apresentar, hoje, estruturas etárias mais envelhecidas.” Assim, o fluxo migratório, notadamente das áreas rurais e menos desenvolvidas para as áreas urbanas e mais desenvolvidas, tem ocasionado um maior envelhecimento das primeiras em detrimento das últimas. Portanto, pode-se inferir que o envelhecimento na Região Sudeste poderia ser bem mais intenso não fosse o fluxo de migrantes em idade activa que esta região tem recebido.

Tabela 6 - População de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição (%), por situação de moradia, raça e sexo – Brasil e Grandes Regiões - 2008

	Distribuição percentual (%)					
	Situação de moradia		Raça		Sexo	
	Urbana	Rural	Branca	Preta ou parda	Homem	Mulher
Brasil	83,4	16,6	56,0	42,5	43,8	56,2
Norte	76,8	23,2	24,6	73,3	48,0	52,0
Nordeste	69,5	30,5	33,0	66,4	44,0	56,0
Sudeste	92,5	7,5	64,5	33,6	42,7	57,3
Sul	80,6	19,4	81,6	17,2	44,0	56,0
Centro-Oeste	85,0	15,0	47,5	50,8	47,4	52,6

Fonte: Elaborada a partir dos dados extraídos da Tabela 7.2 da Síntese de Indicadores Sociais (2009:170)

Os idosos do grupo masculino somam 43,8% da população nesta faixa etária, e as mulheres 56,2%. A população idosa é eminentemente urbana. O sexo e a raça configuram-se como marcantes factores de diferenciação social, pois observa-se maiores proporções de idosos na raça branca e no grupo feminino. Este diferencial pode ser explicado pela maior esperança de vida das mulheres, mormente as da raça branca. A população feminina branca em 2000 representava quase 35% da população idosa total, enquanto entre as negras esta percentagem era de 20,22%, proporção inclusive

menor que a dos homens brancos que era de 26,92%. Os homens negros apresentam a menor proporção entre os idosos, com apenas 17,96% do total¹⁵.

Como observou Wong e Carvalho (2006) e Camarano (2002b)¹⁶, o envelhecimento populacional não é apenas resultado do declínio da fecundidade e da mortalidade, a migração rural/urbana de indivíduos em idade economicamente activa, nomeadamente de mulheres jovens, contribui para acentuar o envelhecimento nas áreas rurais e torná-lo mais lento nas áreas urbanas. O facto de maioria dos migrantes serem jovens acentua o processo de envelhecimento e o facto de serem mulheres jovens, portanto fecundas, representa maior probabilidade de nascimentos nas áreas urbanas a que se destinam e um menor número de nascimentos nos espaços rurais dos quais migra, portanto podemos inferir que esse processo tenha duplo efeito tanto sobre as áreas rurais quanto urbanas, nas primeiras para acentuar o envelhecimento e na segunda para reduzi-lo.

Tabela 7 - População de 60 anos ou mais por domicílio e sexo – Grandes Regiões – 2000

Região de Domicílio	Urbana		Rural	
	Sexo		Sexo	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Norte	233.585	266.919	121.300	84.837
Nordeste	1.172.019	1.581.689	654.076	616.281
Sudeste	2.622.882	3.524.956	315.505	271.392
Sul	775.395	1.032.750	252.697	243.307
Centro-Oeste	312.411	347.369	67.760	41.856

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE, Censo Demográfico 2000. 23/01/2010

O Sudeste possui o maior número de idosos do país e o Norte o menor. Notamos que quase a metade da população idosa residente em meio rural habita a Região Nordeste e quando se trata de indivíduos com idades superior aos 70 anos esta proporção ultrapassa os 50%. Entre todos os idosos desta região 1/3 vive em áreas rurais. O Norte possui a segunda maior proporção idosos residentes em áreas rurais e o Sudeste a menor.

3.2 Razões de dependência e bônus demográfico

Parafrazeando Turra e Queiroz (2005a:191) “ o ciclo de vida econômico é caracterizado por três fases distintas: duas fases de dependência econômica intercaladas por uma fase produtiva, geradora de excedentes.” A primeira fase relaciona-se com a infância, onde

¹⁵ Dados contemplados na tabela do anexo XIX.

¹⁶ “[...] population ageing does not result only from fertility and mortality declines. Rural-urban migration at prime age contributes to faster ageing in Brazilian rural areas and slower ageing in urban areas. Migrants from rural areas are mostly young women” (Camarano, 2002:3).

na maioria das sociedades, as crianças consomem recursos gerados por indivíduos da segunda fase – adultos em idade activa ou PIA – e a terceira fase compreende os idosos, que por sua vez também consomem recursos que podem ter sido acumulados durante sua fase activa ou produzidos por outros adultos.

Como aponta Paiva e Wajnman (2005) a principal contribuição académica dos anos 60 para se compreender as conexões entre população e economia foi, sem dúvida, o livro de Coale e Hoover. “Esses autores inovaram ao incorporar o conhecimento sobre a dinâmica demográfica nos modelos de crescimento económico. O mais importante foi examinar os efeitos das mudanças na estrutura etária da população, causadas pelas quedas da mortalidade e da fecundidade, sobre o crescimento económico. Uma de suas principais conclusões, utilizando um modelo convencional de crescimento económico, era a de que, com a redução da relação de dependência, devido à queda de fecundidade, haveria um aumento na taxa de poupança e, em consequência, na taxa de crescimento. Ao contrário, com a manutenção de taxas altas de fecundidade, com redução da mortalidade infantil, elevava-se a proporção de jovens e, em consequência, o consumo, eliminando-se a poupança e levando a economia à estagnação” (Paiva e Wajnman, 2005:306). Portanto, ‘bónus demográfico’ ou ‘Janela de oportunidades’ refere-se ao período em que a estrutura etária da população actua no sentido de facilitar o crescimento económico, com um grande contingente da população em idade produtiva e um menor percentual de crianças e idosos no total da população. A diminuição do número de dependentes cria então um cenário propício ao aumento da renda *per capita* familiar e do país, favorecendo a ampliação da poupança.

A diminuição da RDJ ao longo do período analisado, conforme tabela abaixo reflecte a trajectória declinante das taxas de fecundidade e natalidade ocorrida no Brasil nas últimas décadas. Em termos regionais, durante o período analisado -1991 a 2005- a Região Norte possui a maior RDJ e RDT e a menor RDI – reflectindo sua entrada mais tardia no declínio da fecundidade. Em contrapartida, a Região Sudeste, tendo iniciado primeiramente o processo de transição demográfica, apresenta a menor RDJ e RDT. De forma geral, a RDJ e RDT decresceu no Brasil e em todas suas regiões ao longo do horizonte em questão, tendo o Nordeste e o Norte a mais expressiva diminuição da RDT e da RDJ, reflexo do acentuado decréscimo da fecundidade nos últimos anos, embora Sudeste e Sul ainda permaneçam como as regiões de menores RDJ.

Tabela 8 - Razão de Dependência Jovem (RDJ), Idosa (RDI) e Total (RDT) ¹⁷

Regiões	RDJ				RDI				RDT			
	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005	1991	1996	2000	2005
Brasil	59,9	52,3	47,9	42,5	12,6	13,1	13,8	14,4	72,5	65,4	61,7	56,9
Norte	80,5	70,0	65,0	59,3	8,8	9,0	9,6	9,9	89,3	79,9	74,5	69,2
Nordeste	73,9	62,8	56,3	48,6	13,6	13,8	14,4	14,7	87,5	76,5	70,6	63,3
Sudeste	51,3	45,1	41,7	37,3	13,1	13,7	14,5	15,2	64,4	58,8	56,2	52,5
Sul	52,9	47,6	43,5	39,0	12,7	13,6	14,5	15,3	65,6	61,2	58,0	54,4
C.-Oeste	59,2	51,5	47,2	42,2	8,7	9,4	10,4	11,1	67,9	61,0	57,6	53,3

Fonte: Tabela extraída da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008:73).

É possível perceber, que embora a RDI venha aumentando gradativamente, a RDJ cai a uma velocidade bastante superior, o que resulta numa decrescente RDT, possibilitando “uma tomada de fôlego para o enfrentamento das novas questões sociais geradas pela mudança demográfica” (Moreira, 1998:80). Esta ‘tomada de fôlego’ refere-se ao período o qual há uma grande parcela da população em idade activa – o que potencialmente poderia favorecer o equilíbrio das contas públicas através da execução dos ajustes necessários para se suportar a fase seguinte do processo de transição, quando a RDI será bastante elevada. Assim, o aumento do contingente populacional idoso durante este período tem sido contrabalançado por uma diminuição ainda mais significativa do contingente etário dos 0-14 anos. Os investigadores têm constatado, em geral, que as taxas nacionais de poupança são mais elevadas quando as taxas de dependência são baixas (Bloomm, Canning e Graham, 2003:320)¹⁸.

Assim, embora o acentuado declínio da fecundidade acene para o brusco envelhecimento da população brasileira -o que inegavelmente configura-se um desafio - ele poderá também ter implicações positivas sobre as políticas sociais, como as que se referem à saúde (atendimento médico às mães e crianças) e à educação, pois uma menor demanda e pressão sobre ambos os sistemas favorece o aumento da qualidade de seus recursos. Todavia, é sabido que a manutenção do actual sistema de previdência social poderá gerar futuramente um enorme deficit fiscal, e com uma menor demanda da população escolar, o governo poderá ser tentado a cortar os gastos e investimentos destinados a este sector, para alocá-lo em outros. “As demandas, por exemplo, dos

¹⁷ Como no Brasil, partir de 60 anos o indivíduo passa a ser considerado idoso, a Razão de Dependência Total (RDT), a Razão de Dependência dos Jovens (RDJ) e a Razão de Dependência dos Idosos (RDI) considerará como parâmetro, que a população economicamente activa compreende apenas os indivíduos entre 15 e 59 anos de idade. Configura-se como excepção a tabela 9, onde os cálculos consideraram como idosos as pessoas a partir dos 65 anos.

¹⁸ “Investigators have studied these age-structures and growths effects extensively and have found that, in general, national savings rates are higher when dependency rates are low [...]” (Bloomm, Canning e Graham, 2003:320).

idosos poderão se tornar tão grandes que recursos de outros programas precisarão ser alocados para este segmento populacional” (Wong e Carvalho, 2006:13).

Em termos absolutos, a população em idade activa (entre 15 e 59 anos) saltará de aproximadamente 29 milhões de pessoas em 1950 para quase 138 milhões em 2020, quando atingirá seu maior percentual – 65,9%. Em termos da demanda no mercado de trabalho, Behrman et al. (2001), citado por Wong e Carvalho (2006:11), defende que “se a população em idade ativa é relativamente jovem, o desemprego tende a ser mais elevado, diminuindo à medida que a estrutura etária envelhece”. Como o Brasil nas próximas décadas tende a apresentar declínio e mesmo crescimento negativo da população jovem, haverá menor pressão para a geração de novos empregos, o que poderia ser considerado como um outro bônus.

Tabela 9 - RDT, RDJ e RDI segundo anos seleccionados – Brasil - 1950 a 2050

Ano	1950	1980	2000	2020	2025	2030	2050
RDT	80	73	54	42	42	44	59
RDJ	75	66	46	29	26	25	23
RDI (1)	5	7	8	14	16	20	36

Fonte: World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 01/03/2010. Nota (1): No cálculo da Razão de Dependência Idosa: as Nações Unidas considerou-se os indivíduos com 65 anos ou mais, e em Idade Activa as pessoas com idades entre 15 e 64 anos

Entre 2015 e 2030¹⁹ a RDT do Brasil não sofrerá alterações significativas, uma vez que o aumento da RDI será compensado pela diminuição da RDJ, sendo que entre 2025 e 2030, o país atingirá a mais baixa RDT de todo o período analisado. Em 2035 a RDI atingirá o mesmo patamar que a RDJ, e a partir desta data, a RDI - que continuará a crescer - deixará de ser compensada pela diminuição da RDJ que tenderá a estabilizar-se. No espaço de um século a RDI sofrerá um aumento superior aos 700%, enquanto a RDJ sofrerá uma redução de mais de 300%. Observa-se que a RDJ cai continuamente a partir de 1965, enquanto a RDI aumenta de forma persistente, ultrapassando a RDJ em 2040. A média da taxa de dependência durante a última metade do século XX foi de 75 indivíduos para cada 100 pessoas em idade activa, sendo que a média da RDJ e RDI foram respectivamente 68,45 e 6,82. De 2000 a 2050, a média da RDT será na ordem de 48,45 indivíduos e a RDJ e RDI 30,09 e 18,64 respectivamente.

A redução da RDT tem favorecido a formação de um bônus demográfico ou janela de oportunidades, pois, ao mesmo tempo em que a PIA aumenta, tem havido redução nas

¹⁹ O Anexo I contempla a RDT, RDJ e RDI - Brasil - 1950 a 2050 (períodos quinquenais).

taxas de dependência demográfica, em virtude principalmente da redução da RDJ. Entretanto, este tipo de bônus possui um carácter transitório e vai perdendo seu impacto com o envelhecimento da população, quando o decréscimo proporcionado pela RDJ deixa de compensar os aumentos da RDI. De acordo com a Divisão de População da ONU, este período é caracterizado por uma proporção de crianças e jovens menores de 15 anos inferior a 30% do total populacional e de idosos numa proporção inferior a 15%. De acordo com as Premissas sociodemográficas (2009:21), a sociedade brasileira está vivendo o seu primeiro bônus demográfico – que teve início em 2000, devendo estender-se até cerca de 2035. A partir de 2025 a RDT iniciará uma trajetória ascendente - como resultado da crescente RDI - alcançando 2035 com uma razão de 46%, ultrapassando os 45% - período em que findaria a janela de oportunidades.

Enquanto a presença de crianças aumenta a propensão dos pais a um maior consumo, “a maior esperança de vida estimula maiores taxas de poupança e investimento em ‘capital humano’ e ativos fixos e financeiros, pois os adultos tendem a economizar quando estão em idade produtiva, criando condições de manter níveis adequados de consumo na velhice” (Alves e Bruno, 2006:8). Assim, o aumento da esperança de vida, ao alongar a duração do período da aposentadoria, levaria a maiores taxas de poupança inclusive entre os jovens, a fim de atender o aumento da necessidade de recursos para financiar o consumo de um período de aposentadoria ou reforma cada vez mais alargado (Bloom et al, 2003)²⁰. Além disso, “as pessoas tendem a poupar mais a partir das idades entre 40 e 65 anos, quando eles já concluíram ou estão concluindo a criação dos filhos, e passam a se preparar para sua aposentadoria” (Bloom, Canning e Sevilla, 2002 cit. Por Vasconcelos et al, 2008:12).

Como lembrou Bloom e Caning (cit. por Queiroz et al, 2006)²¹ “infelizmente, os dividendos demográficos não são automáticos e dependem das instituições e políticas para transformar as mudanças na estrutura etária da população em crescimento económico”. Desta forma, os efeitos positivos gerados pela diminuição da RDT (devido

²⁰ “Improvements in health and longevity are likely to have large impacts on life-cycle behavior as people look forward to longer, healthier lives. In relation to savings behavior, a key issue is how improvements in health and longevity affect the length of working life. Increases in longevity alone tend to increase the relative length of retirement, thereby raising the need for retirement income and generating higher savings rates among the young.” (Bloom, Canning e Graham, 2003:334).

²¹ “Unfortunately, the demographic dividends are not automatic and depend on institutions and policies to transform changes in population age structure into economic growth” (Queiroz, Turra e Perez, 2006:3).

a acentuada redução da RDJ) dependerão fortemente das políticas adoptadas, uma vez que a diminuição da fecundidade e o aumento da população em idade activa são incapazes de resolver por si só, os problemas sociais. “Trata-se de uma ‘janela de oportunidades’ que requer políticas económicas adequadas para que o potencial demográfico possa ser colocado a serviço do desenvolvimento económico e do bem-estar da população” (Alves e Bruno, 2006:10). Neste sentido, Queiroz et al (2006)²² também alerta que “a ausência de políticas adequadas pode mitigar os benefícios temporários da mudança populacional, e agravar os efeitos nocivos do envelhecimento da população, no caso, o Sistema de Segurança Social brasileiro”.

Potencialmente, o menor peso da dependência demográfica e a presença de um grande contingente populacional em idade activa projectada para o início do século XXI poderá repercutir positivamente sobre a renda *per capita* se o país souber aproveitar este contexto propício para gerar um maior crescimento económico, criando condições para que o mercado de trabalho consiga absorver esta grande população activa (PIA), já que indivíduos desempregados ao invés de gerarem riquezas consomem-nas. Acrescente-se ainda que um amplo contingente populacional subempregado ou desempregado, além de desperdiçar uma ‘janela de oportunidades’ pode gerar situações que comprometem o desenvolvimento nacional, além de favorecer o aumento da delinquência e da criminalidade e talvez, instabilidade política (Hakkert, 2007)²³. Alguns dos problemas que podem amenizar a capacidade dos países em desenvolvimento em aproveitar os benefícios temporários da Transição da Estrutura Etária são os baixos investimentos em capital humano, a evasão fiscal e as desigualdades sociais e económicas. A Segurança social encontra-se entre as áreas críticas, pois a redução da proporção de contribuintes pode representar um encargo fiscal para a futura população em idade activa, reduzindo a capacidade dos trabalhadores de poupar para consumo futuro e, portanto, colocando em risco o segundo dividendo demográfico (Turra e Queiroz, 2005b)²⁴. Para Wong e

²² “The absence of appropriate policies mitigates temporary benefits of population change, and aggravates adverse effects of population aging, in the case of the Brazilian social security system” (Queiroz, Turra e Perez, 2006:4).

²³ “At worst, where an increase in the working-age population is not matched by increased job opportunities, they will face costly penalties, such as rising unemployment and perhaps also higher crime rates and political instability” (Bloom et al. 2007:4 cited by Hakkert, 2007:14).

²⁴ “[...] low investments in human capital, tax evasion, socioeconomic inequality [...] are some of the constraints that limit the ability of developing countries to benefit from changes in population age structure. [...] Among the critical policy areas are social security and other forms of old-age support

Carvalho (2006:22) “muitas das oportunidades já foram perdidas, porque políticas apropriadas não foram implementadas a tempo. Um exemplo refere-se à baixa qualidade do ensino dado aos jovens brasileiros, pertencentes a coortes relativamente menores, que hoje estão às vésperas de ingressar no mercado de trabalho”.

Segundo Queiroz et al (2006)²⁵ enquanto o primeiro bônus tem carácter temporário relacionando-se com a maneira como os indivíduos se comportam relativamente àquilo que consomem e são capazes de produzir em seus diferentes ciclos de vida, o segundo bônus pode ter efeitos permanentes - ocorrendo concomitantemente com o processo de envelhecimento populacional - e refere-se ao facto de uma população mais madura possuir maior quantidade de capital que uma população jovem. Pode-se dizer que durante a infância e a velhice as pessoas consomem mais do que podem produzir, o que os tornam economicamente dependentes. Já na fase adulta, as pessoas possuem uma capacidade produtiva inclusive superior ao seu nível de consumo individual.

Tabela 10 - Idade mediana da população brasileira de 1950 a 2050

Ano	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Idade mediana	19,2	18,6	18,6	20,3	22,5	25,3	29,0	33,6	37,9	41,9	45,6

Fonte: World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Visitado em 01/03/2010.

O declínio do ISF ocorrido nas últimas décadas fez com que a base da pirâmide etária fosse se tornando mais estreita, e paralelamente fosse aumentando o peso da população adulta, o que em princípio é uma condição demográfica favorável ao desenvolvimento económico e social, configurando-se como o segundo bônus demográfico, devido o aumento da idade mediana da população. Parafaseando Alves e Bruno (2006: 13), este “é um outro dado positivo embutido no fenómeno do bônus demográfico, uma vez que toda a literatura econômica mostra que existe um ganho de produtividade com o aumento da idade das pessoas. Uma idade mediana da população em torno de 40 anos

based on pay-as-you-go (PAYGO) schemes. [...] At the same time, declining social security support ratios (i.e., the ratio of social security taxpayers to beneficiaries) can represent a fiscal burden for future working age population, reducing the ability of workers to save for future consumption and thus putting at risk the second demographic dividend” (Turra e Queiroz, 2005:103).

²⁵ “The first dividend is related to a temporary increase in the share of the working age population and is calculated by increases in the ratio of producers to consumers in the population. In this sense, it measures increases in income due to the growth of working age population. The first dividend is temporary and not always positive. The second dividend comes in succession to the first dividend and is related to the creation of wealth that arises in response to population aging (...). First, aged people carry larger amounts of capital than young people and therefore, increases in the proportion of the old-age population may increase the amount of capital available in the economy”(Queiroz, Turra e Perez, 2006:4).

significa uma população com maiores níveis educacionais e com maiores experiências acumuladas que, regra geral, se traduz em melhores índices de produtividade, possibilitando um crescimento do excedente social e do salário da população empregada. Assim, as condições demográficas brasileiras na primeira metade do século XXI vão possibilitar o crescimento do percentual de pessoas aptas ao trabalho e pessoas que estarão em uma idade mais produtiva.” Desta forma, a partir de cerca de 2035, quando a idade mediana da população já será próxima aos 40 anos, o Brasil desfrutará de um segundo bônus demográfico.

III-PARTE - Razões demográficas do envelhecimento

1. Redução da Mortalidade infantil

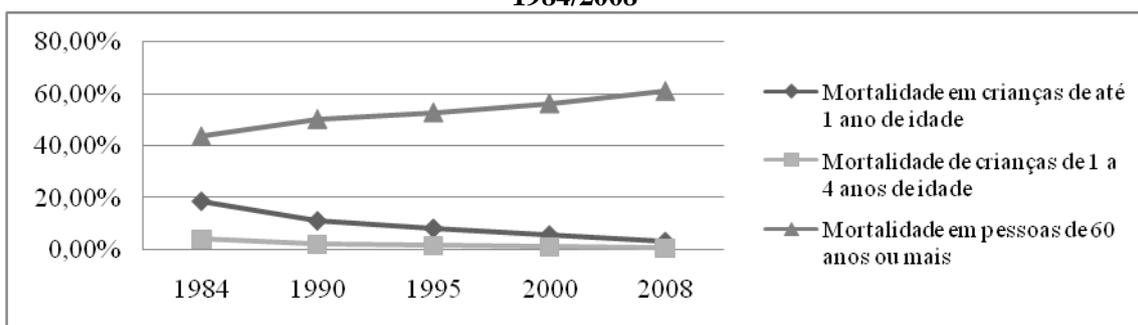
A redução da mortalidade infantil é um dos factores determinantes do envelhecimento populacional, pois faz com que se eleve a esperança de vida a nascença, ou seja, permite que mais crianças sobrevivam e tenham a possibilidade de atingir idades mais avançadas. Por outro lado, o declínio da mortalidade ao se concentrar na infância pode servir para atenuar o processo de envelhecimento pois permite uma maior proporção de crianças na composição da população total e permite às mulheres fecundas sobreviverem até o termo de seu ciclo reprodutivo, aumentando as hipóteses de haver mais nascimentos (Veras, 1991 e; Carvalho e Garcia, 2003). Na fase inicial do processo de transição, a redução da mortalidade infantil abrandaria então o processo de envelhecimento, todavia, nas fases mais avançadas, esta redução ocorrida anteriormente significaria um expressivo contingente de pessoas envelhecidas. A redução na mortalidade infantil empurraria então a curva da mortalidade para idades mais tardias.

O Brasil auferiu importantes ganhos sobre a mortalidade geral, ocasionado principalmente pela redução da mortalidade infantil. Os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2009:24) apontam entre as causas da redução da taxa bruta de mortalidade “o impulso dado ao sistema de saúde pública, à previdência social, à infra-estrutura urbana, e à regulamentação do trabalho nas principais regiões do país, [...] juntamente com os avanços da indústria químico-farmacêutico [que] concorreram para o controle e a redução de várias doenças, principalmente as infecto-contagiosas e pulmonares que até então tinham forte incidência, com altos níveis de mortalidade.” Desta forma, a redução da mortalidade infantil ocorrida no Brasil é antes de tudo fruto

da introdução de tecnologias médicas e das medidas de saúde pública e de saneamento básico do que melhora significativa das condições socioeconómicas da população. Parafrazeando Kalache (1987:219) este tem sido “um processo artificial, em que muitos sobrevivem, apesar de suas condições de vida, simplesmente, porque recebem imunização ativa contra determinadas doenças ou tratamento específico, para outras”.

A queda da taxa bruta de mortalidade até 2010 sugere ser um reflexo do progressivo e considerável declínio nos níveis de mortalidade infantil. A elevação da taxa bruta de mortalidade a partir de 2010 sugere que os óbitos passem a se concentrar em idades mais avançadas como resultado do processo de transição epidemiológica e fruto do próprio envelhecimento, já que a taxa de mortalidade infantil prosseguirá declinando nas décadas seguintes como defende as premissas da transição epidemiológica, que advogam que as principais causas do padrão de mortalidade tendem a se alterar no decorrer do processo de transição demográfica. No Brasil, esta alteração reflecte-se na substancial queda dos índices de mortalidade por doenças parasitárias e infecto-contagiosas que vitimavam principalmente a população infantil e na elevação das enfermidades características dos grupos etários mais avançados.

Gráfico 3 - % Óbitos em grupos de idades seleccionados – Brasil – 1984/2008



Fonte: Elaborado a partir dos dados do IBGE - Estatísticas do Registro Civil. Acedido em 23/01/2010.

Os dados confirmam a alteração do padrão de mortalidade revelando decréscimo entre as crianças de até 4 anos e uma maior incidência nas idades mais avançadas, reflectindo o estágio mais avançado de transição demográfica em que se encontra o país. Embora averigüe-se que a mortalidade infantil venha declinando ao longo dos anos, esta redução não tem se processado de maneira uniforme e, importantes diferenciais são verificados entre as cinco regiões brasileiras, onde sobressaem Norte e Nordeste com os maiores valores. A Região Nordeste, por exemplo, apresenta mais que o dobro da taxa de mortalidade infantil das Regiões Sul e Sudeste - que possuem respectivamente as

menores taxas. O IBGE argumenta que as futuras reduções da mortalidade infantil no país estão em grande parte dependentes da trajetória que a mortalidade infantil possa assumir na Região Nordeste, “principalmente quando se sabe dos obstáculos impostos pelas condições sociais e econômicas de suas populações à obtenção de reduções mais consistentes nos níveis da mortalidade” (IBE: Evolução e perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil, 1999:41).

Tabela 11 - Taxa de Mortalidade Infantil (% nascidos vivos) – Brasil e Grandes Regiões 1991/2004

Regiões	1991 (Taxa estimada)	2000	2004
Norte	42,3	28,7	25,5
Nordeste	71,2	41,4	33,9
Sudeste	31,6	18,0	14,9
Sul	25,9	17,0	15,0
Centro-Oeste	29,7	21,0	18,7

Tabela extraída da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008:109).

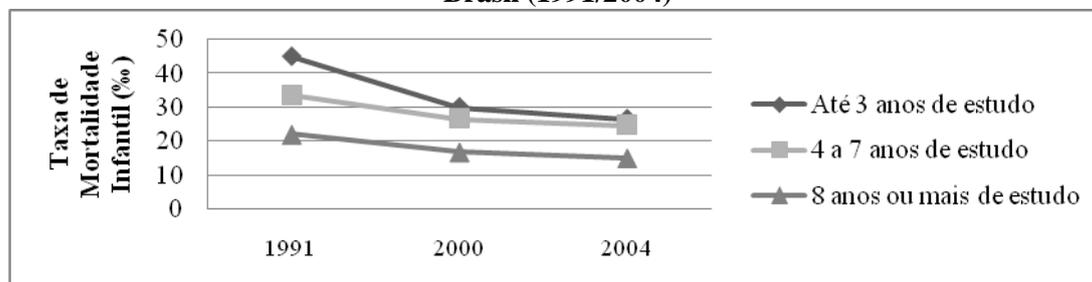
O Nordeste, mesmo tendo apresentado a maior redução no horizonte em análise, permanece com a maior mortalidade infantil do país. As altas taxas presentes nesta região parecem guardar estreita relação com a insuficiente rede de saneamento básico e o acentuado grau de pobreza. “Nesta área do país, a falta de saneamento coincide com baixa renda e baixa escolaridade, além de elevados índices de pobreza e um atendimento médico-sanitário extremamente precário em qualidade, abrangência e condições de acesso” (Oliveira, 2008:12). As diferenças regionais parecem se acentuar ainda mais quando enfocadas a partir da distribuição do rendimento. Nos “domicílios com renda domiciliar *per capita* de até 1/2 salário mínimo, 38,5% têm acesso ao conjunto de serviços de saneamento no Brasil, enquanto entre os com renda superior a 5 salários mínimos chegam a 79,0%” (IBGE: Síntese de Indicadores Sociais 2005:159).

Como bem lembrou (Medici e Beltrão, 1995: 205), “embora a mortalidade venha se reduzindo progressivamente no país, os grupos de mais baixa renda continuam a deter taxas elevadas de fecundidade — e em muitos casos de mortalidade —, acontecendo o inverso com os segmentos de rendas mais altas”. Relativamente ao sistema de saúde brasileiro, o IETS (2001:20) aponta que embora seja bem ‘focalizado’ atendendo os que dele mais necessitam – os pobres -, o mesmo não ocorre em relação aos medicamentos, mantendo-se o habitual padrão de injustiça social, onde os mais pobres gastam uma percentagem da sua renda em remédios de cinco a seis vezes maior que aquela desembolsada pelos 10% mais ricos. Entretanto, os 10% mais pobres devido sua

insuficiente condição social, provavelmente gastam menos do que necessitam e sofrem um risco duas vezes maior de adoecer.

A transição demográfica é um processo intrincado e polimorfo, que se expressa consoante as diferentes realidades regionais e sociais, sendo mormente condicionado pelo contexto social e histórico no qual ocorre. No caso brasileiro, ela parece reproduzir os diferentes níveis de desenvolvimento económico de suas regiões, pois “não somente as causas da transição da mortalidade nos países latino-americanos têm sido distintas daquelas da América do Norte e Europa, como também o padrão de queda tem mostrado uma ausência de equilíbrio interno, dependendo mais fortemente dos efeitos da difusão de tecnologias médicas do que do acesso adequado da população aos benefícios sociais que poderiam beneficiar mais harmonicamente toda a população” (IBGE: Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil, 1999:15).

Gráfico 4 - Taxa de Mortalidade Infantil (%) por grupo de anos de estudo das mulheres – Brasil (1991/2004)



Fontes: Elaborada a partir dos dados do IBGE, Censo Demográfico 1991/2000 e PNAD 2004.

A redução da mortalidade infantil tem sido associada a “ampliação dos serviços de saneamento básico em áreas até então excluídas, os programas de saúde materno-infantil, sobretudo os voltados para o pré-natal, parto e puerpério, a ampliação da oferta de serviços médico-hospitalares, as campanhas de vacinação, os programas de aleitamento materno e reidratação oral” (IBGE: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009:30). Além destes motivos, podemos citar ainda os “avanços tecnológicos da medicina [...] bem como o acompanhamento clínico do recém-nascido [...] e o aumento do nível de escolaridade da população [...] e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades” (IBGE: Síntese de Indicadores sociais, 2005:27). No caso das mulheres em idade fecunda, sua escolaridade vem crescendo de forma gradual: em 1991 apenas 35,1% possuíam 8 anos ou mais de estudo, enquanto em 2004 este percentual já era de 58,5% (IBGE: Síntese de Indicadores sociais, 2005:28).

Embora a mortalidade venha se reduzindo em todos os grupos de estudo, quanto mais elevado é o nível de escolaridade das mulheres mais reduzida é a taxa. Dessa forma, o aumento do nível educacional tem sido “a variável chave na obtenção de quedas consistentes na mortalidade infantil [...] devido à maior percepção, por parte das mulheres mais instruídas, no cuidado com seus filhos, possibilitando um maior acesso aos serviços básicos de saúde” (IBGE - Evolução e perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil, 1999:33). O índice de mortalidade infantil é visivelmente inferior nas mulheres mais estudadas, no Brasil e em todas suas regiões, embora no Nordeste e no Norte se verifique que as taxas de mortalidade infantil no grupo de 8 anos ou mais de estudo sejam semelhantes a do grupo com até 7 anos de estudo nas Regiões Sudeste e Sul - o que parece indicar que nestas duas primeiras regiões haja maior dificuldade de acesso a serviços de saúde devido seu menor grau de urbanização em termos nacionais, além de uma rede de saneamento mais deficiente e do mais acentuado grau de pobreza.

Tabela 12 - Taxa de Mortalidade Infantil, por grupos de anos de estudo das mulheres, segundo as Grandes Regiões - 1991/2004

Taxas de mortalidade infantil, por grupos de anos de estudo das mulheres (‰)												
Região	Total (1)			Até 3 anos			4 A 7 anos			8 Anos ou mais		
	1991	2000	2004	1991	2000	2004	1991	2000	2004	1991	2000	2004
Norte	44,0	30,9	27,4	49,7	37,1	32,5	37,9	27,9	24,3	26,5	19,7	17,6
Nordeste	71,6	45,2	39,5	72,5	57,3	53,5	49,2	36,0	32,1	29,2	23,1	21,9
Sudeste	31,8	22,2	19,5	39,5	28,4	25,1	27,0	22,6	21,7	19,3	15,5	14,4
Sul	27,5	20,5	17,8	36,3	27,2	24,7	23,5	19,0	17,9	17,9	14,8	14,0
Centro-Oeste	32,5	23,3	20,7	34,8	29,9	29,4	29,2	21,1	18,6	19,6	16,6	16,0

Fontes: IBGE, Censo Demográfico 1991/2000 e PNAD 2004. Nota: (1) Inclusive sem declaração.

Um maior grau de urbanização ao permitir, potencialmente, um maior acesso aos meios contraceptivos, permite às mulheres controlarem sua parturição²⁶ e como aponta o BEMFAM (1996:125) reduzidos intervalos entre um nascimento e outro aumenta as hipóteses da criança nascer com baixo peso e diminui sua probabilidade de sobreviver. Além disso, a urbanização facilita o acesso a recursos médicos e de saúde muitas vezes quase inacessível à população rural. Assim, o processo de urbanização brasileiro sugere ter contribuído para a redução da mortalidade infantil, pois são nas áreas em que ele é maior que se verifica as menores taxas. Outro factor que também indica ter dado forte contributo para esta diminuição foi o efeito declinante do ISF, pois um menor número de filhos fortalece a probabilidade dos pais lhes oferecerem maiores cuidados, reduz o consumo no seio familiar e permite principalmente às famílias mais pobres melhorarem sua alimentação e reduzir o número de crianças subnutridas, além de representar uma

²⁶ Número de partos desejados.

menor demanda sobre os serviços de saúde, o que permite melhorar o atendimento e a qualidade dos serviços prestados às crianças e gestantes (Hakkert, 2007)²⁷.

Relativamente à ampliação dos serviços materno-infantil, nomeadamente os voltados para o pré-natal, a PNDS (2006), informa que entre 1996 e 2006 cresceu o número de gestantes que fazem acompanhamento pré-natal, principalmente no meio rural – o que em muito contribui para a redução da mortalidade materno-infantil. Os filhos tidos de mulheres que realizavam consultas médicas durante a gestação tinham uma mortalidade quase 30% menor do que os nascidos de mulheres que não realizavam (BEMFAM, 1996: 125). Como é sabido, ao se privilegiar a medicina preventiva em detrimento da curativa reduz-se os custos financeiros e humanos. O número de mulheres que não realizavam nenhuma consulta pré-natal durante o período analisado tem diminuído em todo o Brasil, especialmente no Nordeste, que em 1998 apresentava os valores mais elevados. O Norte apresentou entretanto, uma redução bem inferior às apresentadas pelas demais regiões, com o maior número de gestantes que não realiza nenhuma consulta pré-natal, bem como o menor número daquelas que realizam 7 ou mais consultas. Entretanto, a Ripsa ressalta que a partir de 2004, mesmo nesta região onde é elevada a proporção da população que vive em áreas rurais, 90% dos partos ocorreram em hospitais, sendo que nas Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste estes percentuais foram de 99,2%; 99,0% e 99,0% respectivamente.

Tabela 13 - % Nascidos vivos segundo o número de consultas de pré-natal - Brasil e Grandes Regiões – 1998/2004

Regiões	Nenhuma consulta			De 1 a 6 consultas			7 Ou mais consultas		
	1998	2000	2004	1998	2000	2004	1998	2000	2004
Brasil	7,1	4,9	2,8	43,4	49,1	44,2	49,5	46,0	52,9
Norte	12,5	8,9	6,5	49,5	65,3	64,9	38,0	25,8	28,7
Nordeste	14,2	8,9	4,3	47,1	58,2	59,2	38,7	32,9	36,6
Sudeste	3,5	2,5	1,5	40,2	41,3	32,0	56,3	56,3	66,5
Sul	2,9	2,3	1,4	43,2	44,6	33,0	53,2	53,2	65,7
Centro-Oeste	4,1	3,0	1,8	40,5	44,8	39,9	52,2	52,2	58,4

Fonte: Tabela extraída da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008:285).

Enquanto nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste tem aumentado o número de mulheres que procuram fazer 7 ou mais consultas pré-natal, nas Regiões Norte e

²⁷ “(Reduce child mortality): By reducing the numbers of children attended, ASTs may improve the capacity to provide health services of quality, particularly where food security is weak. The occurrence of a window of opportunity permits a reduction in the number of malnourished children. (Improve maternal health): The size of maternal cohorts interacts with the capacity to provide services. Thus, it is again a quantity vs. quality effect. A window of opportunity would enhance the capacity of countries to increase health services for women” (Hakkert, 2007:4)

Nordeste este número tem decrescido, sobretudo no ano de 2000, para apresentar um valor mais elevado entre aquelas que fazem de 1 a 6 consultas durante a gravidez. Estas duas últimas regiões, compostas maioritariamente pela população negra, registam ainda o maior número de mulheres que não realizam nenhuma consulta pré-natal. Para Perpétuo (2000:9) embora haja um longo caminho a trilhar para que todas as brasileiras tenham pleno acesso à saúde e direitos reprodutivos, entre as negras há um menor acesso à assistência obstétrica tanto durante o período pré-natal como durante o parto e o período puerperal, o que se traduz num maior percentual de mortalidade materna e infantil, uma vez que o número de partos realizados em casa, no caso das negras é o triplo do verificado entre as mulheres brancas. A autora adverte ainda que a “ influência da variável cor sobre a probabilidade de acesso às ações de saúde [...] desaparece apenas quando controlada pela classe social” (Perpétuo, 2000:12), o que faz com que a variável ‘estrato social’ neste caso seja bem mais relevante que a variável ‘raça’. Neste caso, podemos então inferir que a variável rendimento é mais importante que a variável raça e que o facto de haver um maior número de negras sem acompanhamento médico pode estar reflectindo o facto de entre estas haver um maior número de pobres.

Em relação ao critério raça, é necessário frisar que neste trabalho o termo **negro** se refere aos indivíduos que se auto declararam como pretos e pardos (conforme os critérios adoptados pelo IBGE, Sistema Nacional de Informações de Género e Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil), e o vocábulo **preto** refere-se apenas aos indivíduos que se assim se declararam.

Tabela 14 - Taxa de Mortalidade Infantil (%), por raça das mulheres e Grandes Regiões - 1991/2004

Região	Total (1)			Brancas			Pretas e pardas		
	1991	2000	2004	1991	2000	2004	1991	2000	2004
Brasil	45,1	30,1	26,6	29,3	22,2	20,3	46,1	31,6	27,9
Norte	44,0	30,9	27,4	33,7	25,3	23,1	46,0	32,5	28,0
Nordeste	71,6	45,2	39,5	54,1	38,3	33,6	71,5	47,7	46,5
Sudeste	31,8	22,2	19,5	23,0	18,3	17,0	34,2	22,9	20,2
Sul	27,5	20,5	17,8	22,3	17,7	16,4	35,5	25,2	22,8
Centro-Oeste	32,5	23,3	20,7	24,6	19,8	18,7	35,0	25,6	22,9

Fontes: IBGE, Censo Demográfico 1991/2000 e PNAD 2004. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2004 e PNAD 2004. (1) Inclusive as mulheres que se autodeclararam indígenas, amarelas e sem declaração de cor ou raça. Acedido em 22/02/2010.

Apesar dos índices de mortalidade infantil terem declinado tanto em termos gerais quanto em termos de raça, também vem se reduzindo o vergonhoso diferencial de mortalidade entre raças. Todavia, nascer em uma família de raça negra e pobre ainda

representa menores possibilidades de sobreviver, principalmente se a região de domicílio for o Nordeste ou o Norte, embora a mortalidade para os pretos e pardos seja mais elevada em todas as regiões. O Sul e o Sudeste são as regiões que apresentam as menores taxas de mortalidade infantil em ambas as raças. O Centro-Oeste por sua vez apresenta uma posição intermédia no conjunto nacional; o Nordeste apresenta os mais valores e o Norte a segunda maior mortalidade do país. Quando comparamos os índices do Nordeste e os do Sul percebemos o enorme hiato que os separa, pois a mortalidade infantil no Sul é mais que o dobro da verificada no Nordeste.

Apesar das progressivas reduções, o Brasil ainda apresenta elevados valores de mortalidade infantil, em grande parte reflexo das altas taxas presentes no Nordeste e Norte e dos mais elevados índices entre pretos e pardos. Os diferenciais de mortalidade variam também dentro de uma mesma Grande Região, e a mortalidade mantém-se mais elevada entre a população da raça negra em todas as Unidades da Federação brasileira²⁸. Todavia, as crianças brancas do Estado do Tocantins possuíam menores possibilidades de sobreviver que as crianças negras de todos os demais Estados da Região Norte. A mortalidade do Estado do Maranhão por exemplo é mais que o triplo da verificada no Rio Grande do Sul. A Região Sudeste também apresenta consideráveis discrepâncias de mortalidade entre raças e entre estados: em Minas Gerais por exemplo, uma criança mesmo sendo branca, tinha maiores possibilidades de morrer antes de completar um ano de idade do que uma criança negra no Estado de São Paulo.

Outro aspecto extremamente importante relaciona-se com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Municipal -renda (somatório dos rendimentos de todos os residentes dividido pelo número total de residentes no município) que é diferente dentro de cada Unidade da Federação²⁹. Os maiores valores são encontrados na capital do País e nas Regiões Sudeste e Sul e os menores valores nas Regiões Nordeste e Norte. Indique-se que entre os 10 Estados com menor IDH Municipal-renda, 7 deles pertencem as Regiões Nordeste e Norte. Numa análise regional, verifica-se que nem sempre a média reflecte a realidade do conjunto. O IDH-renda do Distrito Federal por exemplo é bem superior ao verificado nos demais Estados da Região Centro-Oeste, e no Sudeste São Paulo e Rio de Janeiro apresentam índices superiores aos Estados do Espírito Santo e

²⁸ Dados de 1991/2000 apreciados no Anexo II.

²⁹ Dados contemplados (para o ano de 2000) no Anexo III.

Minas Gerais. De modo geral, os estados com o menor IDH-renda apresentam os menores valores de longevidade e as mais elevadas taxas de mortalidade infantil.

1.1 Alterações do padrão epidemiológico

Concomitante ao processo de transição demográfica e em consequência deste, o Brasil vem sofrendo alteração do seu perfil epidemiológico. O conceito de transição epidemiológica “foi descrito pela primeira vez por Omran, referindo-se a mudanças seculares dos padrões de saúde e doença relacionando-os aos factores sociais, econômicos e demográficos” (Vermelho e Monteiro, 2002:92). A teoria da transição epidemiológica assume como premissa basilar que a mortalidade e a fecundidade são as mais relevantes forças da dinâmica demográfica, e a mortalidade segundo suas causas o factor que melhor determina a transição, pois ao longo do processo os padrões de mortalidade e morbidade vão se alterando, e as pandemias infecciosas e parasitárias são gradualmente substituídas por enfermidades crónicas e degenerativas e aquelas advindas de causas externas (Vermelho e Monteiro, 2002). As doenças crónicas e degenerativas incidem principalmente sobre a população idosa, demandando cuidados mais prolongados e onerosos.

Tabela15 - Proporção principais causas de morte – Brasil e Grandes Regiões – 2005

Principais causas de morte	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Doenças infecciosas e parasitárias	4,7	6,1	4,9	4,6	3,8	6,1
Neoplasias (tumores)	12,8	9,0	8,2	14,0	17,1	12,4
Doenças do aparelho circulatório	27,6	18,2	21,4	30,0	32,8	27,7
Doenças do aparelho respiratório	9,3	7,5	6,9	10,3	11,1	8,3
Afecções período perinatal	3,9	6,0	5,1	3,1	2,7	4,4
Malformações congénitas	1,1	1,5	0,9	0,9	1,1	1,7
Mal definidas	14,3	24,0	28,4	9,7	6,3	8,4
Causas externas	12,2	13,6	11,4	12,6	10,9	16,9
Outras causas	14,2	14,1	12,7	14,8	14,2	14,1

Fonte: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (2009:50)³⁰.

Os dados confirmam, como já foi demonstrado no gráfico 3, a alteração do perfil epidemiológico no Brasil, com menor incidência de mortes por doenças típicas das idades mais tenras e maior incidência de enfermidades características de idades adultas ou avançadas. As doenças infecciosas e parasitárias que vitimavam mormente a população infantil situam-se actualmente entre as menores causas da mortalidade no Brasil. Este tipo de doenças, as afecções do período perinatal e as más formações

³⁰ A fonte utilizada pelos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (2009) foi o Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade 1996/2005.

congénitas actualmente representam juntas menos de 10% do total de mortes no País: um percentual inferior inclusive ao apresentado pela mortalidade por causas externas. Por outro lado, as neoplasias, e as doenças do aparelho circulatório e respiratório passaram a responder por quase 50% do percentual de mortes no país. Entretanto, a mortalidade por sintomas, sinais e afecções mal definidas ainda apresenta elevadas proporções obstruindo o conhecimento da real estrutura das causas da mortalidade entre os idosos nestas regiões e na população total.

Tabela 16 - Mortalidade proporcional da população de 60 anos ou mais de idade no Brasil segundo algumas causas de morte em 2005

Mortalidade proporcional da população de 60 anos ou mais de idade (%)					
Total	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Sintomas, sinais e afecções mal definidas	Outras
100%	16%	36,5%	12,6%	11,9%	23%

Fonte: Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (2009:46).

“Em menos de 50 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas” (IBGE - Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009:7). Estas enfermidades complexas referem-se principalmente às doenças crônicas e degenerativas que incidem principalmente sobre a população idosa, demandando cuidados mais prolongados e dispendiosos. Segundo Veras (1991)³¹, nos Estados Unidos o custo médio da saúde de um idoso é cerca de três vezes superior ao de um jovem com idade inferior a 15 anos e na Austrália cerca de 2,3 vezes. A análise da Ripsa (2008:257) apontou que o valor médio nacional por internamento hospitalar no SUS em 2005 foi de R\$489,00 para a pediatria e de R\$8.630,00 para cuidados prolongados (crônicos). Já o Anuário Estatístico do Brasil (IBGE, 2003), aponta que em 2002, enquanto as doenças do aparelho circulatório consumiram no Estado de São Paulo, por exemplo, quase 21% (R\$ 268.176.636) do valor total das hospitalizações pagas pelo SUS (R\$ 1.280.599.692), as doenças infecciosas e parasitárias consumiram aproximadamente 4,09% (R\$ 52.355.501). Estes valores nos dão a dimensão dos desafios que a sociedade brasileira terá de enfrentar, pois com o envelhecimento pode-se esperar o aumento substancial nos gastos destinados a saúde.

³¹ “The United States has estimated that per capita costs of the elderly are about 3 times those of young people aged less than 15 years, which means more than \$4,000 per years, per old person5, largely due to the fact that an elderly person is more likely to become sick and need costly medical treatment. In Australia, government spending on the aged is 2.3 times greater than on the young.” (Veras, 1991:481)

Dai advém um outro desafio: investir na prevenção das doenças que acometem os idosos, o que significa poupar no futuro tanto em recursos humanos quanto financeiros, pois “pode-se supor que melhores condições de vida podem levar a uma menor pressão sobre os gastos de saúde e previdenciários” (Camarano, 2002a:3). Neste sentido, o enfoque dos serviços de saúde também deve se alterar, actualmente ele é direccionado principalmente à saúde materno-infantil, mas com “o progresso da transição epidemiológica no Brasil, [...] deve privilegiar políticas de prevenção, centralizando-se, por exemplo, nas doenças crônicas que, sem atenção médica, muito frequentemente geram incapacidade” (Wong e Carvalho, 2006:21).

2. Esperança de vida à nascença e feminização da velhice

Tabela 17 - Esperança de vida ao nascer - Brasil e Regiões mais e menos desenvolvidas – 1950/2050

Período	Regiões Mais Desenvolvidas			Regiões Menos Desenvolvidas			Brasil		
	Ambos sexos	Homem	Mulher	Ambos sexos	Homem	Mulher	Ambos sexos	Homem	Mulher
1950-1955	66.0	63.4	68.4	41.0	40.3	41.8	50.9	49.2	52.6
1960-1965	69.8	66.7	72.7	47.5	46.9	48.2	55.7	53.8	57.6
1970-1975	71.3	67.7	74.7	54.9	54.0	55.8	59.5	57.3	61.8
1980-1985	72.9	69.1	76.5	59.0	57.7	60.3	63.4	60.4	66.8
1990-1995	74.1	70.3	77.9	61.7	60.2	63.3	67.2	63.5	71.2
2000-2005	75.8	72.2	79.5	64.4	62.8	66.1	71.0	67.2	74.9
2010-2015	78.0	74.7	81.3	67.0	65.2	68.8	73.5	69.9	77.2
2020-2025	79.7	76.6	82.7	69.4	67.6	71.4	75.9	72.5	79.4
2030-2035	81.0	78.0	84.0	71.6	69.6	73.7	77.7	74.3	81.2
2040-2045	82.2	79.3	85.1	73.5	71.4	75.6	79.3	75.8	82.7
2045-2050	82.8	79.9	85.6	74.3	72.2	76.5	79.9	76.5	83.4

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 11/02/2010.

A diminuição das taxas de mortalidade infantil e os avanços tecnológicos e científicos têm possibilitado aos indivíduos sobreviverem por muito mais tempo. No espaço de um século, a esperança de vida da população mundial³² terá um acréscimo de mais de 28 anos (mais de 60%), sendo que o maior ganho de anos adicionais pertencerá ao grupo feminino. O aumento da esperança de vida à nascença representa uma das maiores conquistas da humanidade, contudo, varia consoante o grau de desenvolvimento das regiões ou países, além de impor à sociedade novos desafios. As regiões consideradas mais desenvolvidas, como apresentavam uma maior esperança de vida, foram as que exibiram os menores ganhos de anos adicionais, permanecendo entretanto, com a maior longevidade global.

³² Anexo IV - Esperança de vida da População Mundial ao nascer segundo o sexo – 1950 a 2050.

As regiões menos desenvolvidas, partindo de um patamar muito mais baixo, apresentarão os maiores ganhos na esperança de vida entre 1950/2050, sendo que as mulheres ostentarão o maior acréscimo de anos adicionais. O diferencial de longevidade entre géneros apresenta aumentos até 2020, para a partir daí começar a decrescer nas regiões mais desenvolvidas e no Brasil, continuando a aumentar nas regiões menos desenvolvidas. Embora o Brasil faça parte do conjunto das regiões menos desenvolvidas, é preciso colocar a ressalva de que o cômputo dos 49 países considerados de menor desenvolvimento do mundo (Least developed countries) pela Assembleia Geral das Nações Unidas nas suas resoluções 59/209, 59/210 e 60/33), - dos quais 33 estão localizados no continente Africano, 1 na América Central, 10 na Ásia e 5 na Oceânia – enviesa os valores reais apresentados pelos países, como no caso do Brasil que apresenta uma esperança média bem superior ao do conjunto. Enquanto nestes 49 países, no período 2010/2015 se espera uma esperança de vida de 57,9 anos, no Brasil esta mesma esperança já foi alcançada na segunda metade da década de 1960, ou seja, meio século antes. Portanto, ainda que façam parte de um mesmo conjunto genericamente designado de «regiões menos desenvolvidas» há que se ter em mente que este gigantesco conjunto está longe de ser homogéneo nas suas mais diversas variáveis.

Tabela 18 - Esperança de vida ao nascer, segundo o sexo - Brasil - 1980-2050

Ano	Esperança de vida ao nascer		
	Total	Homens	Mulheres
1980	62.60	59.62	65.69
1990	66.57	62.84	70.44
2000	70.43	66.71	74.29
2010	73.40	69.68	77.26
2020	76.06	72.47	79.80
2030	78.23	74.80	81.80
2040	79.95	76.68	83.35
2050	81.29	78.16	84.54

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período 1980-2050 – Revisão 2008. Acedido em 11/02/2010.

Ao mesmo tempo em que se projecta um contínuo declínio da Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil, que já na primeira década do século XXI³³ situar-se-á abaixo do limiar de substituição das gerações, que é de 2,1 filhos, espera-se um constante aumento da esperança de vida ao nascer. Entre 1950 e 2050 se delineia um aumento de mais de 35 anos na esperança de vida à nascença. O diferencial de longevidade entre os sexos experimentará ligeiros incrementos até 2000, onde as mulheres saltam de uma esperança

³³ Segundo a PNAD de 2008, neste ano a taxa de fecundidade brasileira já era de 1,89 filhos por mulher.

média ao nascer de 6,07 anos a mais que os homens, para 7,58 anos, tendendo a estabilizar-se em 7,8 anos entre 2000 e 2010, a partir de quando se espera uma pequena e progressiva redução até 2050, quando deverá ser na ordem de 6,3 anos.

As diferenças nas trajetórias das componentes demográficas consoante a raça, o estrato social, a região e a Unidade da Federação³⁴ de pertença são importantes factores de distinção social e nos remetem à complexidade das estruturas sociais e dos recursos económicos que são distribuídos de forma desigual, colocando portanto os indivíduos em posições diferentes no que respeita a velhice e à esperança de vida, fazendo com que o processo de envelhecimento da população brasileira decorra de forma diferenciada e heterogénea. Os recursos humanos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) também são distribuídos de maneira desigual, concentrando-se nas Regiões Sudeste e Sul, enquanto Norte e Nordeste respectivamente, contam com um menor número de médicos e enfermeiros, proporcionalmente à sua população (Ripsa, 2008).

Tabela 19 - Esperança de vida ao nascer por raça – Brasil e Grandes Regiões 1991/2000

Regiões	Esperança de vida (média) à nascença			
	1991	2000	Branco (2000)	Negro (2000)
Norte	63,14	66,76	68,31	66,11
Nordeste	59,98	64,83	66,96	63,88
Sudeste	66,29	69,85	72,08	67,91
Sul	68,21	71,88	72,53	69,05
Centro-Oeste	66,76	69,88	72,06	68,35
Brasil	63,60	67,61	69,44	66,29

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

A esperança de vida ao nascer experimentou um ganho de 4 anos em uma década ao passar da média de 63,6 anos para 67,6 anos em 2000, tendo aumentando progressivamente em todas as regiões, tanto para brancos quanto para os negros. A Região Centro-Oeste apresentou o menor aumento de anos adicionais, enquanto o Nordeste, mesmo apresentando a menor esperança de vida do país, foi a que revelou o maior ganho. A menor esperança de vida no Brasil pertence ao Maranhão (Nordeste) e a maior à Santa Catarina (Sul), numa diferença de aproximadamente 12 anos. Se compararmos as Regiões Nordeste e Sul, perceberemos que a primeira após uma década não conseguiu atingir os mesmos índices que a segunda apresentava na década anterior, ou seja, em 2000 o Nordeste apresentou uma esperança de vida de 64,64 anos enquanto na Região Sul em 1991, este valor já era de 68,21 anos.

³⁴ Dados apresentados no Anexo V para o período 1991/2000.

Em 2000, entre as 6 Unidades da Federação Brasileira que apresentaram esperança de vida acima de 70 anos de idade, duas delas pertencem as Região Sul, duas ao Sudeste e duas ao Centro-Oeste. Entretanto tais valores só parecem terem sido alcançados devido a maior longevidade da população branca, pois só em Santa Catarina é que os negros atingiram uma esperança de vida de 70 anos, enquanto entre a população branca este valor foi encontrado em todos os estados das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Os brancos possuem em média três anos a mais de esperança de vida ao nascer que os negros, sendo que estas diferenças variam de acordo com os estados. Em Alagoas por exemplo, a esperança de vida dos brancos é superior aos dos negros em quase cinco anos, enquanto no Amapá ela é inferior a um ano.

Tabela 20 - Razão de sexo e população residente de 60 anos ou mais, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade Brasil - 2000

Grupos de idade (anos)	Situação do domicílio e sexo							
	Urbana				Rural			
	Total	Homens	Mulheres	Razão de sexo	Total	Homens	Mulheres	Razão de Sexo
60 - 64	3 712 213	1 676 323	2 035 890	82,34	888 716	476 886	411 830	115,80
65 - 69	2 916 899	1 284 812	1 632 087	78,72	664 207	354 513	309 694	114,47
70 - 74	2 249 617	966 115	1 283 502	72,27	492 685	263 214	229 471	114,70
75 -79	1 456 665	610 767	845 898	72,20	322 922	169 804	153 118	110,90
80 - 84	841 798	331 002	510 796	64,80	194 236	97 499	96 737	100,79
85 - 89	436 121	160 379	275 742	58,16	98 750	47 709	51 041	93,47
90 - 94	147 784	50 531	97 253	51,96	32 642	14 586	18 056	80,78
95 - 99	45 682	14 899	30 783	48,40	10 516	4 322	6 194	69,78
Total	11 825 829	5 102 710	6 723 119	75,9	2 710 200	1 431 074	1 279 126	111,88

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do IBGE, Censo Demográfico 2000. Acedido em 27/03/2010.

Verifica-se um maior número de pessoas com 60 anos ou mais residentes nas áreas urbanas onde o número de idosos do sexo feminino é bem superior ao do sexo masculino, entretanto, quando se trata da área rural, percebemos que em todos os grupos de idade, o número de homens é nitidamente superior ao das mulheres, com exceção daqueles grupos com idade superior aos 85 anos, onde há uma maior predominância feminina presumivelmente devido sua maior longevidade. A razão de sexo nas áreas urbanas é de cerca de 75,9 homens para 100 mulheres, enquanto nas áreas rurais observa-se um maior excedente masculino com quase 112 homens para cada 100 mulheres. Esta maior proporção de homens no espaço rural tem sido relacionada com a maior emigração feminina para as áreas urbanas em busca de melhores condições de vida, inclusive “entre as mulheres idosas, incluindo as avós, que se dirigem com maior frequência às cidades, onde podem estar residindo com seus filhos/netos ou parentes” (IBGE - Síntese de Indicadores Sociais, 2008:166).

Na área urbana a razão de sexo se salienta conforme o aumento da idade, provavelmente reflectindo a maior longevidade feminina. No conjunto etário dos 60-64 anos a razão de sexo era de 82,34 enquanto no grupo dos 85-89 anos já era de 58,16 e entre os indivíduos entre 95 e 99 anos era de apenas 48,40. Já nas áreas rurais, onde há uma maior prevalência de idosos do sexo masculino, conforme se avança na idade diminui-se o diferencial. Se a maior proporção de homens no meio rural é derivada da maior emigração feminina para as cidades e da maior proporção de homens em actividades tipicamente rurais, o decréscimo da razão de sexo consoante o avanço da idade sugere correlação com o maior tempo de sobrevivência feminino, já que a partir dos 85 anos a razão de sexo se torna favorável às mulheres.

A concentração da maioria da população idosa em áreas urbanas poderia, em princípio, beneficiar o idoso por causa da maior facilidade de acesso principalmente aos serviços de saúde. Mas segundo o IBGE, a esperança de vida das famílias de baixos rendimentos que residem nestas áreas é inferior a das que residem nas áreas rurais, acontecendo o inverso com as famílias que possuem rendas mais elevadas. Assim a possibilidade de uma maior esperança de vida nas áreas urbanas depende particularmente dos recursos económicos que os indivíduos possuam. A maior esperança de vida para os estratos sociais mais baixos que residem nas áreas rurais é explicado pelo facto das famílias rurais pobres possuírem “renda maior do que a das famílias urbanas no mesmo estrato de renda monetária, pois aquelas, em média, produzem maior quantidade de bens para consumo próprio e estas têm que pagar por uma série de bens e serviços que para as famílias rurais não são imprescindíveis ou são frequentemente gratuitos, ou, ainda, mais baratos, como moradia, transporte, serviços de água e esgoto, etc.” (IBGE - Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil, 1999:26).

Além disso, é preciso considerar ainda o grande peso dos fluxos migratórios de pessoas que procuram nos centros urbanos melhores condições de vida, onde há uma exigência de mão-de-obra cada vez mais qualificada e como maioria das pessoas oriundas do meio rural possuem fraca qualificação, só lhes restam os trabalhos mais pesados e mal remunerados, que maioria das vezes em nada contribui para melhorar suas condições de vida. Acrescente-se ainda que o crescente êxodo rural e o conseqüente peso demográfico que exerce sobre os grandes centros urbanos representam uma pressão maior sobre os serviços de infra-estrutura, bem como de atendimento público. No Brasil, este movimento apresentou profundas conseqüências sociais, pois os grandes

centros urbanos não conseguiram adequar sua infra-estrutura a crescente concentração populacional a que se viram constringidos, e como consequência, proliferaram-se as habitações caóticas, bem como o aumento do mercado de trabalho informal, onde muitos imigrantes passaram a viver no limiar da sobrevivência. “Do ponto de vista das condições de vida dos distintos estratos sociais, o processo de urbanização inicial foi acompanhado por uma série de problemas nestas áreas, com a deterioração dos níveis de qualidade de vida de segmentos significativos de grupos sociais aí residentes, desemprego, formação de favelas - que nada mais são do que novas cidades - delinquência e, principalmente, saturação dos serviços públicos” (IBGE - Evolução e perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil, 1999:25).

Tabela 21 - Razão de sexo por grupos de idade seleccionados, segundo a raça e o domicílio - Brasil - 2000

Raça	Grupos de idade (anos)	Razão de sexo		
		Total	Urbana	Rural
Branca	0-14	99,97	99,95	100,10
	15-59	91,51	89,26	106,48
	60 Ou mais	77,13	72,74	107,27
	Total	92,29	90,27	104,42
Preta ou parda	0-14	106,38	105,47	108,90
	15-59	102,61	98,81	118,63
	60 Ou mais	88,82	81,26	117,66
	Total	102,71	99,37	114,86

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema Nacional de Informações de Gênero

Nas áreas rurais, tanto a raça branca quanto a negra demonstra maior proporção de indivíduos do sexo masculino. Há uma maior razão de sexo na população preta ou parda (com 102,71 homens para cada 100 mulheres) que na raça branca (92,29 homens para cada 100 mulheres). A razão de sexo entre os negros só se torna favorável às mulheres no grupo etário dos 60 anos ou mais – provavelmente devido à maior longevidade feminina - enquanto entre os brancos, independentemente do grupo etário, a população feminina é nitidamente superior. No grupo dos 0-14 anos há uma média para a população negra de 106,38 homens para cada 100 mulheres e entre os brancos esta razão é de 99,97. No segundo grupo etário – 15 aos 59 anos, estes números caem para 102,61 e 91,51 respectivamente, mostrando redução relativamente ao grupo etário anterior de 3,77 homens entre pretos e pardos e 8,48 homens entre os brancos. Estes dados insinuam a sobremortalidade masculina neste grupo etário e ainda, que esta sobremortalidade seja mais expressiva entre os brancos que entre pretos e pardos.

As mulheres possuem em média uma longevidade 7 anos superior à masculina, todavia, é preciso saber se este acréscimo de anos é também seguido por um acréscimo da qualidade de vida. De acordo com Parahyba (2006:2), embora em todo o mundo, as mulheres tendam sobreviver mais que os homens e a exibir uma mortalidade inferior a estes, isso não significa que elas desfrutem de melhores condições de saúde, pois a “mortalidade constitui somente um reflexo da deterioração extrema da saúde, que não dá conta das profundas variações que se registram no estado de bem-estar daqueles que sobrevivem. [...] Há evidência de que as mulheres idosas suportam uma maior carga de condições crônicas de doença, o que acarreta um declínio funcional mais acentuado”. Parahyba (2006) argumenta que há uma maior taxa de prevalência de incapacidade funcional entre as mulheres, pois o facto de possuírem uma maior longevidade faz com que suportem uma maior carga de problemas de saúde. Entre estas, as negras e pardas reportam ainda piores condições de saúde do que as brancas (Camarano, 2003:47), todavia a influência da variável cor sobre a probabilidade de acesso às acções de saúde desaparece quando controlada pelo estrato social que é um indicador de poder aquisitivo (Perpétuo, 2000:12). Para Parahyba (2006) as condições socioeconómicas também desempenham importante papel na procura por serviços de saúde, pois as mulheres com maiores rendimentos procuram realizar consultas médicas com maior frequência que no caso dos homens, onde aqueles que possuem renda familiar *per capita* de mais de 3 SM realizam consultas com a mesma proporção das mulheres com renda de até 1 SM.

Para Veras (1991)³⁵, além das explicações genéticas e biológicas, o diferencial na esperança de vida entre os sexos pode ser atribuído à diferença de exposição aos riscos, que no caso masculino é superior ao feminino. Geralmente os homens se expõem mais a riscos de acidentes de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios. Outro factor seria a atitude em relação à doença, uma vez que as mulheres, independentemente de suas idades, fazem maior uso dos serviços de saúde que os homens, o que facilita um diagnóstico mais precoce e o tratamento da doença com maiores hipóteses de cura ou controlo. Os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2009)

³⁵ “Several hypotheses have been offered in the attempt to explain the longer life of women in Brazil, in addition to the usual genetic, biological explanations: • *Difference of risk exposure* – [...] Home and work accidents, traffic accidents, homicide and suicide are together four times more frequent in men than women, in Brazilian urban areas. • *Differences in consumption of tobacco and alcohol* – [...] Men are also more likely to smoke and to drink heavily and these products are well-established risk factors, associated with the two most important causes of death in the over 45 age group. • *Differences in the attitude towards sickness* – [...] Women in general are more aware of symptoms, have a better knowledge of disease and make greater use of health services than men⁶⁷. It is possible that early detection and better care of chronic disease in women contribute to a better prognosis”. (Veras, 1991:483).

também sublinharam a apreensão da saúde como um relevante preditor de sobrevivência entre idosos e como importantes determinantes do comportamento em relação à procura por atendimento de saúde. A apreensão de uma situação de saúde ruim produz um maior uso dos serviços de saúde. Como as mulheres em geral reportam piores condições de saúde, é entre elas que verifica-se maior procura por serviços médicos e de saúde.

2.1 Mortalidade por causas externas

O Brasil obteve durante a última metade do século XX consideráveis ganhos sobre a mortalidade geral, ocasionado principalmente pela redução da mortalidade infantil e elevação da esperança de vida à nascença. Em contrapartida, vem apresentando elevação do número de mortes por causas externas ou violentas. Segundo Rios-Neto (2005) a retirada do efeito desse tipo de mortes provocaria uma elevação de 2,5 anos na esperança de vida masculina, enquanto na esperança de vida feminina seria de apenas meio ano. No ano de 1996, as causas violentas furtaram aos homens em média 3,4 anos de vida (IBGE - Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, 2009).

Tabela 22 – Projecção população brasileira por sexo e grupos de idade para 2010

Grupos de Idades	Ambos os sexos	Masculino	Feminino	Razão de Sexo
0 - 14 Anos	49.439.452	25.080.983	24.358.469	102,97
15 - 59 Anos	124.531.103	61.162.710	63.368.393	96,52
60 Anos ou mais	19.282.049	8.549.259	10.732.790	79,66
População total	193.252.604	94.792.952	98.459.652	96,20

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE: Revisão 2008- Projeções 1980/2050. Acedido em 23/01/2010.

A razão de sexo em 2010 nas idades de 0-14 anos será de 102,97 homens para cada 100 mulheres, caindo para 96,52 nas idades entre 15-59 anos. Este declínio nas idades jovens e adultas como indica as Sínteses de Indicadores Sociais parece guardar estreita relação com a maior proporção de óbitos por causas externas no sexo masculino. Já nas idades mais avançadas, onde este tipo de morte é bem menos frequente, o decréscimo poderia estar reflectindo os menores cuidados que a população masculina destina à saúde. Em 2010, o IBGE estima que a população brasileira seja 193.252.604 indivíduos, sendo que 19.282.049 serão de pessoas com 60 anos ou mais, o que totaliza 9,98% do total populacional.

Além do desperdício de vidas, outro aspecto importante revelado por Rios-Neto “refere-se à hipótese de que o diferencial de mortalidade entre os jovens do sexo masculino e feminino afeta o aumento no hiato de gênero, positivo para as mulheres, medido em

termos de anos completos de estudo. [...] O desempenho educacional associa-se a ganhos de esperança de vida, entre outros, porque um aumento exógeno na esperança de vida permite um maior período de tempo para as pessoas auferirem o retorno de seu investimento, afetando, portanto, sua estratégia de investimento em escolaridade” (Rios-Neto, 2005:376). Assim, do ponto de vista económico, os altos índices de mortalidade por causas externas notadamente nas idades jovens e adultas configura-se como séria desvantagem, uma vez que os investimentos alocados na sua preparação para o mercado de trabalho não são adequadamente aproveitados, além dos custos “sociais elevadíssimos [...] resultante dos investimentos realizados durante a infância que são perdidos logo em seguida pela morte desses jovens salvos anteriormente; [e aos] custos de internação desses jovens, em razão de acidentes de trânsito, tentativas de homicídio, suicídio, e etc.” (IBGE - Síntese de Indicadores Sociais, 2002:44). No Brasil, a proporção dos gastos com internamentos hospitalares com indivíduos do sexo masculino por causas externas foi de 11% em relação ao total de gastos com internamentos hospitalares. Só o grupo dos 15 aos 19 anos consumiu 28,5% deste valor e o de 20 a 29 correu 25,4%. Juntos, estes dois grupos etários são responsáveis por maioria dos internamentos derivados de causas externas, que tende a decrescer conforme se avança na idade.³⁶

Tabela 23 - % Óbitos, segundo grupos de idade e anos seleccionados 1984/2008

Grupos de idade	Ano					
	1984	1990	1995	2000	2005	2008
Menos de 15 anos	24,75	15,2	11,39	8,14	5,85	4,83
15 - 59 Anos	31,42	34,32	35,36	35,13	34,24	33,67
60 Anos e mais	43,66	50,28	52,85	56,32	59,49	61,06

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE – Estatísticas do Registro civil. Acedido em 23/01/2010.

Como mencionado anteriormente, os padrões de doenças e de mortalidade (transição epidemiológica) tendem a se alterar no decorrer do processo de transição demográfica, apresentando redução da mortalidade infantil e um maior número de óbitos nas idades mais avançadas. A elevação das mortes por causas externas entre jovens e adultos, com maior intensidade no género masculino, é mais um dos padrões que tem caracterizado esta mudança. Os dados da tabela acima revelam as alterações nas taxas de mortalidade no decorrer das últimas décadas. Note-se que a mortalidade em idades inferiores a 15 anos se reduziu à quinta parte da percentagem verificada no início do período em

³⁶ Dados disponibilizados pelo Directório de FTP/ Síntese de Indicadores Sociais 2002 baseado no Datasus. Morbidade hospitalar do SUS por local de residência.

análise. A mortalidade tem passado a se concentrar cada vez mais nas idades avançadas, revelando aumento de 17,46 pontos percentuais entre 1984 e 2008. O grupo etário dos 15 aos 59 anos também revela aumento de seu percentual até 1995 a partir de quando inicia uma trajetória declinante. As elevadas taxas de mortalidade nesse grande grupo etário é sem dúvida um reflexo da elevação do número de mortes por causas externas conforme se verifica na tabela abaixo.

Tabela 24 - Taxa de mortalidade específica por causas externas, segundo o sexo – Brasil e Grandes Regiões – 1990/2004

Regiões	Sexo	Acidentes transporte			Homicídios			Todas as causas externas		
		1990	2000	2004	1990	2000	2004	1990	2000	2004
Brasil	Masc.	31,9	28,6	32,6	41,3	49,8	50,5	116,6	119,1	119,9
	Fem.	8,8	6,6	7,2	3,6	4,3	4,2	24,1	21,8	22,1
Norte	Masc.	23,1	24,7	27,0	35,9	33,5	40,6	86,3	83,4	95,4
	Fem.	7,2	6,1	6,8	3,9	3,1	3,2	17,7	15,7	16,7
Nordeste	Masc.	19,3	23,3	26,6	28,0	36,3	43,3	74,0	93,7	104,8
	Fem.	5,3	4,99	5,2	2,4	3,1	3,3	14,9	17,0	17,3
Sudeste	Masc.	37,8	27,0	30,7	56,8	68,9	61,2	150,8	143,4	131,1
	Fem.	10,2	6,3	7,0	4,5	5,6	4,7	29,6	24,5	24,4
Sul	Masc.	39,8	38,8	44,5	27,0	28,2	37,5	114,7	109,4	120,9
	Fem.	10,9	9,3	9,9	3,0	3,1	3,9	28,2	24,4	25,2
Centro-Oeste	Masc.	38,9	42,7	48,3	37,4	52,9	53,1	116,0	133,4	138,3
	Fem.	11,8	9,9	10,6	3,9	5,8	5,4	26,7	25,9	26,2

Fonte: Tabela extraída da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008:133)³⁷.

A elevação do número de óbitos por causas externas tem reduzido os ganhos na esperança de vida entre os homens e se constituído como um dos principais factores para a elevação do diferencial na esperança de vida por sexo. A sobremortalidade masculina nas diversas faixas etárias, além de revelar um desperdício de vidas contribui ainda para a feminização da velhice, pois a proporção de mulheres que chegam a idades avançadas tem sido superior a proporção de homens. A sobremortalidade masculina, em alguns casos, chega a ser praticamente 5 vezes superior à feminina, como por exemplo nos acidentes de trânsito no ano de 2004. No caso dos homicídios, se analisarmos o mesmo ano, verificamos que a mortalidade masculina é no mínimo quase 10 vezes superior à feminina. As várias Sínteses de Indicadores Sociais também apontam que o decréscimo da razão de sexo - onde uma razão menor que 100 significa um maior número de mulheres - ao longo dos anos é decorrente da sobremortalidade masculina.

³⁷ A Ripsa 2008 utilizou dados do Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade e a base demográfica do IBGE. Nota: Em 1990, estão incluídos somente os acidentes de trânsito por veículos a motor.

Tabela 25 - Razão de Sexo - Brasil e Grandes Regiões - 1991, 1996, 2000 e 2005

Regiões	1991	1996	2000	2005
Brasil	97,5	93,7	96,9	96,6
Norte	103,3	102,9	102,6	102,2
Nordeste	95,7	95,8	96,2	96,5
Sudeste	97,0	96,5	95,8	95,2
Sul	98,5	98,2	97,6	97,1
Centro-Oeste	100,8	100,2	99,4	98,8

Fonte: Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008:61)³⁸.

A sobremortalidade entre os homens por causas externas corrobora o argumento de Veras (1991) da maior exposição masculina a riscos. A taxa de mortalidade por causas externas entre eles revela aumento para o Brasil e todas as regiões, com exceção da Região Sudeste. Entre as mulheres, observa-se redução da taxa para o Brasil e todas as regiões com exceção do Nordeste.

Tabela 26 - Distribuição relativa dos óbitos por causas externas, segundo o sexo e os grupos de idade – Brasil – 2005

Grupos de idade (anos)	Acidentes Trânsito		Homicídios		Suicídios		Outras causas		Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
0-9	2,80	7,90	0,40	3,40	0,10	0,00	6,90	13,5	2,70	8,70
10-19	10,4	14,8	17,4	16,8	7,00	14,4	11,3	7,30	13,2	12,1
20-29	27,3	21,1	41,2	30,6	23,8	20,6	18,3	7,00	30,5	17,0
30-39	20,2	13,9	21,3	22,7	20,8	21,6	16,2	6,70	19,7	13,2
40-49	16,5	13,1	11,2	14,6	19,5	18,1	15,3	7,30	14,2	11,5
50-59	10,5	9,90	5,30	5,60	13,1	13,3	11,3	7,10	8,80	8,30
60 e +	12,3	19,3	3,30	6,30	15,8	11,9	20,6	51,1	11,0	29,3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: IBGE – Comunicação Social de 03 de Dezembro de 2007.

Os dados apontam uma maior sobremortalidade por causas violentas no grupo dos 20-29 anos de idade de ambos os sexos com maior prevalência no masculino. Este tipo de causa foi responsável por mais de 32mil óbitos entre os homens e 3,5 mil entre as mulheres. Os homicídios se figuram como o principal motivo das mortes. Em ambos os sexos, com o avançar da idade, reduz-se continuamente as mortes derivadas de acidentes de trânsito, homicídios, suicídios e demais causas externas. Segundo o IBGE³⁹, a esperança de vida do brasileiro poderia ser até 3,8 anos maior se a mortalidade entre os 15 e os 39 anos de idade fosse 80% menor. A sobremortalidade masculina configura-se assim como a principal causa do diferencial de mortalidade entre sexo nas idades mais jovens.

³⁸ A Ripsa utilizou os dados do Censo Demográfico 1991 e 2000, Contagem Populacional 1996 e Estimativas Demográficas 2005.

³⁹ O documento pode ser acessado em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=494

Tabela 27 - Anos perdidos por causas violentas – Brasil e Grandes Regiões - 2005

Sexo	Brasil	Norte (1)	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Homens	3,45	3,31	3,48	3,34	2,58	3,51
Mulheres	0,65	0,77	0,64	0,63	0,68	0,85

Fonte: Elaboração própria a partir do IBGE, Indicadores Sociodemográficos e de Saúde 2009. Nota: (1) Excepto os estados do Acre, Amapá e Roraima para os quais não constam dados. Acesso em 08/04/2010.

Os dados revelam a intensidade da sobremortalidade masculina por causas violentas, nas diferentes regiões brasileiras. No sexo masculino, os anos perdidos devido a mortes violentas rouba-lhes quase 3,5 anos de vida no Brasil como um todo e em quase todas as regiões. Mesmo no Sul onde as perdas são menores, nota-se que elas são mais de 2,5 anos. Como entre as mulheres há uma menor proporção de mortalidade por causas externas, o número de anos perdidos é bem menor. Embora as regiões não revelem grandes diferenciais de anos perdidos (com exceção da Região Sul) o mesmo não pode se dizer em relação as Unidades da Federação⁴⁰, onde alguns estados apresentam quase o dobro do valor apresentado por outros. Rondônia por exemplo apresenta quase o dobro de anos perdidos no sexo masculino que os Estados de Minas Gerais – cuja média de anos perdidos entre os homens é bem aquém dos demais estados da Região Sudeste - e Rio Grande do Sul. E ainda, em alguns estados, como Pernambuco por exemplo, o número de anos perdidos entre os homens é o quántuplo do verificado para as mulheres.

Tabela 28 - Estimativas das probabilidades de morte entre grupos etários seleccionados - Brasil - 1980, 1991 e 2000

Idades	Probabilidades de morte entre duas idades exactas (‰)					
	1980		1991		2000	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
5	4,84	3,89	3,05	2,25	2,35	1,75
10	4,44	3,24	3,39	2,15	2,70	1,80
15	8,96	5,19	10,25	3,69	9,90	3,10
20	14,49	7,12	16,71	5,04	15,97	4,09
25	17,74	9,06	19,80	6,38	17,94	5,39
30	21,81	12,27	23,47	8,56	20,39	7,32
35	29,17	17,40	28,39	11,83	24,20	10,15
40	37,97	23,23	35,12	17,20	31,16	15,18
45	53,67	31,40	46,68	24,98	41,52	22,15
50	70,62	42,67	63,56	36,57	54,62	31,79
55	98,09	61,26	87,18	50,92	76,51	46,11
60	137,89	90,28	114,94	74,15	104,09	67,96
65	187,34	133,37	155,11	108,12	143,59	98,50
70	297,62	229,50	226,05	171,34	203,50	146,95
75	408,56	343,99	312,41	256,05	278,68	217,47
80 e +	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00	1000,00

Fonte: IBGE: Projeção da população do Brasil por sexo e idade – Revisão 2004. Acedido em 25/03/2010.

⁴⁰ Ver Anexo VII.

Nos anos de 1991 e 2000, a probabilidade de morte entre os homens de 15 aos 30 anos de idade foi cerca de três vezes superior a probabilidade entre as mulheres do mesmo grupo etário, concentrando-se aí o maior hiato entre sexos, o que parece reflectir a sobremortalidade masculina por causas externas conforme mencionado anteriormente, que segundo o IBGE, concentra-se principalmente no grupo dos homens com idades entre 20 e 24 anos. Na medida em que há uma menor sobremortalidade feminina em idades jovens, as mulheres potencialmente possuem maiores possibilidades de atingir idades mais avançadas, contribuindo para acentuar o diferencial de longevidade entre sexo. Actualmente, a esperança de vida feminina é superior a masculina em quase 8 anos e em 2050 para cada 100 mulheres idosas haverá aproximadamente 79 homens idosos. De acordo com as projecções, entre as mulheres, o peso das mais idosas passará de cerca de 10% em 2010 para somas próximas de 30% em 2050. Uma consequência deste facto, como ressaltou Moreira (1998:80), é que “adicionalmente modifica a composição dos benefícios da previdência social, crescendo em importância as pensões”. De acordo com Camarano (2003:43) a partir da vigência do novo plano de concessões estabelecido pela Constituição de 1988, as concessões dirigidas às mulheres já têm representado aproximadamente 60% do valor das novas concessões.

3. Transição da Fecundidade

3.1 Enquadramento teórico

“Nos estudos demográficos, os cálculos das taxas de fecundidade são feitos tomando-se a mulher como referência. A justificativa técnica para isso é que o período de fertilidade da mulher é menor e mais preciso que o do homem, e a prova de maternidade é mais garantida que a de paternidade. Entretanto, a mulher deve estar no centro dos estudos de fecundidade não apenas por essas características biológicas, mas por sua posição na estrutura familiar, na gestação e criação dos filhos e por sua forma de inserção na sociedade. Sexo e idade são as duas variáveis demográficas básicas. Contudo, ao se fazer uma análise relacional idade e sexo se transmudam em geração e gênero” (Alves, 2004:23). Para o autor, a perspectiva de gênero não se opõe às abordagens da transição da fecundidade, mas configura-se um elemento a mais para explicar a adopção de um padrão de opção por poucos filhos (Alves, 2004:37).

Na busca pelo desvendamento das intrincadas causas que envolvem a redução e em muitos casos a manutenção da fecundidade abaixo do limiar de renovação das gerações, diversos estudos têm tentado, através de abordagens diferenciadas decifrar os padrões que vêm regendo os motivos e ‘os processos’ de restrição da fecundidade, com “teorias que enfocam o aspecto macro, enquanto outras enfocam os aspectos micro. Umas vêm determinantes econômicos e outras os determinantes culturais. Algumas enfocam o uso de métodos e práticas de regulação da fecundidade e estudam a sua difusão. Outras analisam a relação e a direção do fluxo de riquezas entre as gerações, etc. Nem sempre estas diversas abordagens são contraditórias ou excludentes” (Alves, 2004:37). Talvez o mais correcto seja conjugar ambas, pois a fecundidade humana obedece a factores de ordem natural, social e cultural, por isso “ têm pois que ser lidos à luz das variabilidades culturais, concluindo-se assim por uma fecundidade humana cuja arquitectura repousa sob dois pilares, um de natureza biológica e outro de natureza social” (Costa, 2003:39).

Algumas das causas da diminuição da fecundidade têm sido associadas a diminuição das taxas de mortalidade infantil; a diminuição da nupcialidade; a união conjugal tardia; ao aumento da idade média do nascimento do primeiro - que em termos reprodutivos acena para o facto de que as mulheres terão, em média, famílias de menor proporção, embora possa se argumentar que o declínio da fecundidade em idades mais jovens possa ser mais tarde “compensado” se estas reduzirem os intervalos entre o número de partos. Aponta-se ainda como causas da restrição da fecundidade o aumento dos custos dos filhos e as dificuldades inerentes ao alargamento do percurso escolar das crianças e adolescentes (maiores custos para formações cada vez mais longas); o aumento do nível de educação e elevação das aspirações femininas relativamente a possibilidade de se obter melhores empregos; o desejo das mulheres em assegurar sua autonomia financeira e profissional, bem como sua maior participação no mercado de trabalho; a desigualdade de géneros que faz com que os custos e benefícios da criação dos filhos sejam repartidos de maneira desigual e a inexistência de políticas que incentivem a igualdade de oportunidades entre géneros; a ausência de leis trabalhistas que possibilite às mulheres harmonizar a actividade profissional e a vida familiar; a inexistência de políticas de apoio à família e à criança que permita as mulheres terem efectivamente a quantidade desejada de filhos; o maior acesso aos meios de contracepção e as alterações observadas na estrutura familiar.

Vasconcelos et al (2008:9), sobre os modelos propostos por Gary S. Becker para descrever os incentivos económicos que regem os padrões de fecundidade, alegam que estes partem do princípio de que os filhos constituem uma categoria especial de bens: sendo ao mesmo tempo ‘bens de consumo’ que geram satisfação para os pais (demanda altruísta) e ‘bem de investimento’ podendo ser utilizados para ajudar os pais no trabalho (demanda egoísta) e; onde a segurança social é inexistente ou insuficiente em cobertura, cabe aos filhos cuidar dos pais na velhice (demanda egoísta). A prevalência de elevadas taxas de mortalidade infantil fazia com que as mulheres tivessem um elevado número de gestações e de filhos, a fim de garantir que ao menos um deles pudesse zelar pelos pais quando estes atingissem a velhice. Por outro lado o elevado número de partos com curtos intervalos de tempo aumentava a probabilidade dos riscos de mortalidade infantil, pois não permitia a mulher recuperar totalmente suas capacidades fisiológicas, além de conduzir a um desmame abrupto dos filhos (BEMFAM, 1996:125).

Considerando os determinantes económicos que regem os paradigmas da fecundidade, “Caldwell (1976) afirma, de forma categórica, que só existem dois tipos de regimes de fecundidade (com exceção do período de transição): um, em que prevalecem altas taxas de nascimento e os pais não têm ganhos económicos no controle da fecundidade; outro, em que prevalecem baixas taxas de nascimento e não há ganhos económicos em tal controle. Em ambas as situações o comportamento dos indivíduos é economicamente racional. No regime de alta fecundidade o fluxo de riquezas [...] vai dos filhos para os pais, ou das novas para as velhas gerações, enquanto no regime de baixa fecundidade há uma reversão deste fluxo, indo dos pais para os filhos [...]. A questão chave para se entender a transição da fecundidade passa a ser a compreensão da direção e magnitude do fluxo intergeracional de riqueza” (Alves, 2004:22).

A redução dos riscos da mortalidade infantil fortalece a probabilidade de se ter menos filhos, enquanto a presença de um grande número de crianças se traduz em aumento das necessidades de consumo no seio familiar, o que do ponto de vista da demanda egoísta significaria um custo superior ao benefício que estas potencialmente gerariam, ainda mais se considerarmos que o sistema de Segurança Social vem universalizando sua cobertura, contribuindo para diminuir o temor de que se atinja a velhice sem os necessários recursos financeiros para prover sua subsistência. E ainda no caso do trabalho feminino, a capacidade da mulher em conseguir sua própria renda eleva sua independência económica e reduz a necessidade de ter filhos como forma de se

sustentar na velhice (Lim, 2002, cit. por Alves 2004:35). Verifica-se assim, um “declínio na função das crianças como suporte na velhice. Ao mesmo tempo, criar um filho torna-se psicologicamente dispendioso [...]. A criança torna-se querida quase exclusivamente pelas recompensas psicológicas que oferece” (Mendes, 1987: 315).

Almeida et al (2002: 378) sugere que a procura contraceptiva seja ao mesmo tempo produto e elemento estruturador de um contexto em que despontam novos valores que enaltecem a autonomia e a realização individual, bem como a representação acerca da criança, que perde “em grande parte suas funções produtivas e tornam-se, cada vez mais, um custo (afectivo e material) para os pais, dos quais dependem por períodos de tempo cada vez maiores, pelo facto de se terem consideravelmente alongado os percursos escolares”. Além dos custos financeiros que os filhos possam representar - na medida em que representam uma parcela importante nos gastos dos recursos familiares – há ainda que considerar aquilo a que Mincer considerou como “o custo do tempo na análise da fecundidade, uma vez que origina um custo de oportunidade que afecta a dimensão familiar” (Mendes, 1987:318). Destarte, um menor número de filhos fortalece a possibilidade de lhes oferecer maiores cuidados e um percurso escolar mais alargado, ao mesmo tempo que “os pais tendem cada vez mais a investir psicologicamente nos filhos, ganhando em significado” o relacionamento entre ambos (Mendes, 1987:315). No Brasil, as Tendências Demográficas (IBGE, 2007:33) também apontam que “nas áreas urbanas, os altos custos com os filhos, quer seja com educação, saúde, e busca de oportunidade, também contribuíram para o declínio da fecundidade”.

Outros factores que também vêm sendo apontados como causas da redução do ISF relacionam-se com a idade média do casamento e do nascimento do primeiro filho e o aumento do nível de escolaridade. A idade do casamento parece guardar estreita com a maternidade devido a prática mais constante de actividades sexuais, ainda que nem sempre início da vida sexual e início da vida reprodutiva só ocorra a partir do matrimónio. Todavia, “o casamento é um indicador de exposição da mulher ao risco de engravidar [...]. Populações, em que a idade do casamento é precoce, costumam iniciar o processo reprodutivo em idades muito jovens e a apresentar alta fecundidade” (BEMFAM, 1996:70), havendo “uma forte correlação entre aumento nos níveis de escolaridade feminina e idades mais avançadas de início da atividade sexual, casamento e nascimento do primeiro filho” (Simão, 2005:16), sendo que as mulheres com maior nível de escolaridade iniciam a actividade sexual mais tardiamente (BEMFAM, 1996).

Para Oliveira (2007:7) o fundamento basilar desta relação “defende que os maiores níveis de educação estão associados a um status mais elevado, a um maior rendimento, a uma maior orientação para a carreira versus família e conseqüentemente a uma maior participação feminina no mercado de trabalho o que origina maiores custos associados aos cuidados maternos. [...] A educação feminina associa-se também à maior capacidade para utilizar eficazmente os métodos contraceptivos e à entrada mais tardia na reprodução e no casamento”. No Brasil o BEMFAM (1996:91) revela que entre os indivíduos com maior escolaridade há preferência por uma família com menor dimensão, com o número ideal de filhos situando-se em torno de 2 filhos.

O mercado de trabalho tem exigido aos indivíduos, cada vez mais, um maior nível de qualificação que por sua vez representa oportunidades de melhores salários, fazendo com que as pessoas se dediquem mais tempo à sua formação. Tal situação pode conduzir ao atraso da idade média do casamento e do nascimento do primeiro filho, pois como aponta Coppola (2003)⁴¹ a entrada na união conjugal pode provocar o abandono dos estudos, assim como a saída do sistema de ensino aumenta o risco de entrar na primeira união (Coppola, 2003)⁴², e a entrada no casamento, implica maior exposição ao risco de engravidar. Ao analisar a fecundidade entre jovens de 15 a 19 anos, Souza (1998:1104) também aponta para esta correlação negativa, salientando que parece haver “causalidades em duas direções: por um lado filhos reduzem as chances de escolarização e, por conseqüência, o nível educacional das mulheres e, por outro, um baixo nível educacional está associado a uma maior propensão a ter filhos, o que coloca as mulheres de 15 a 19 anos que tiveram filhos em um círculo vicioso”. Sua análise revelou que as mulheres nesta faixa etária que não tiveram filhos tem uma escolaridade ascendente, enquanto nas que tiveram a curva de escolaridade parte de um patamar mais baixo e mantêm menor escolaridade em todas as idades.

A educação, o rendimento e a maior participação feminina no mercado de trabalho são assim importantes variáveis na explicação do comportamento da fecundidade. “A maior participação feminina no mercado de trabalho está relacionada com maior nível educacional o que eleva a idade do primeiro casamento e da primeira gravidez” (Lim

⁴¹ “[...] many studies have shown that the adoption of family behaviours typical of adult ages leads to a higher risk of leaving the educational system” (Coppola, 2003:4).

⁴² “On the one hand, the exit from the educational system increases the risk of entering the first union” (Coppola, 2003:1).

2002 citado por Alves 2004:36). Na visão clássica “a educação e a renda estão negativamente correlacionadas com o nível de fecundidade” (Berquó e Cavenaghi, 2004:1), onde o aumento da educação feminina significaria maiores oportunidades de inserção no mercado de trabalho e uma entrada mais tardia no casamento e na reprodução. No Brasil, entre as mulheres com rendimento *per capita* a partir de 1 salário mínimo, os regimes de fecundidade são menor ou igual a 2.1 filhos por mulher (Berquó e Cavenaghi, 2004:9). A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2009:252) também indica que os motivos mais relevantes para o declínio do ISF no Brasil têm sido o maior nível de escolaridade das mulheres, o maior ingresso feminino no mercado de trabalho e o maior acesso aos meios de contracepção.

Como lembrou Rios-Neto (1996), a experiência empírica em vários países aponta para a conexão negativa entre fecundidade e nível de participação feminina na população economicamente activa. Sua pesquisa sobre mulheres urbanas casadas concluiu que a participação feminina no mercado de trabalho é afectada pelo *status* dos filhos: na pior das hipóteses, este impacto se restringe à presença de crianças com menos de 1 ano de idade residindo no mesmo domicílio, e na hipótese mais flexível o impacto também é bastante forte no caso das crianças que possuem entre 1 e 5 anos de idade. O Trabalho de Sedlacek e Santos (1991:466) também indicaram que quanto mais novos e em maior número forem os filhos, menor é a probabilidade dos cônjuges femininos participarem do mercado de trabalho e que a propensão para a participação é maior entre as mulheres com mais elevados níveis de escolaridade e filhos mais crescidos. Segundo Bruschini e Lombardi (1996) as taxas de actividade das mulheres caem significativamente nas faixas etárias mais jovens. Já a partir dos 30 anos de idade, não há grandes diferenciais, o que poderia estar ocorrendo pelo facto dos filhos das mulheres mais velhas também serem provavelmente mais velhos, libertando-as para o trabalho.

Mendes e Rego (2006) identicamente revelam que a educação e o acesso ao mercado de trabalho possuem capacidades explicativas para o aumento da idade média do nascimento do primeiro filho e para o declínio no ISF verificado no Sul da Europa. As mulheres mais instruídas tendem a se casar mais tardiamente, postergando a união conjugal por questões de ordem económica como melhores possibilidades de inserção no mercado de trabalho (IBGE - Censo Demográfico, 2000:43). Um maior nível educacional aumenta as hipóteses de inserção no mercado de trabalho, enquanto a presença de filhos pequenos implica uma maior demanda do tempo da mulher em

actividades domésticas, reduzindo suas oportunidades de ingresso no mundo do trabalho.

Ao dissertar sobre a abordagem micro económica, na equação entre relação dos custos de oportunidades dos filhos com as variáveis escolaridade e rendimento, Alves (2004) aponta que “sendo um investimento em capital humano, maiores níveis educacionais resultariam em maiores salários e maiores oportunidades de emprego, o que provocaria um aumento do custo de oportunidade dos filhos. A elevação dos salários provocaria um efeito substituição através do aumento da oferta de trabalho e a redução do tempo gasto em atividades tempo intensivas, como é a criação de crianças. A elevação dos salários provocaria, também, um efeito renda, aumentando a demanda por filhos. O resultado líquido destes dois efeitos pode ser diferente para homens e mulheres. Se a mulher dedica maior tempo à criação de filhos, então um aumento nos salários femininos provocará um aumento maior no custo de oportunidade das crianças do que um aumento nos salários masculinos. Se a mulher é menos ativa no mercado de trabalho que seu marido, então um aumento nos salários femininos provocará um menor efeito renda. A combinação desses efeitos sugere que um aumento da educação e, em consequência dos salários femininos, deverá provocar uma maior redução da fecundidade do que o mesmo aumento para o caso masculino” (Alves, 2004:19).

Alves (2004:30) caracteriza a assimetria de géneros nas sociedades patriarcais, como um importante elemento para se compreender a fecundidade. Dada a desigualdade de géneros no que respeita as oportunidades no mercado de trabalho, as mulheres teriam que dedicar mais tempo à sua formação profissional. Sua entrada no mercado de trabalho e a sobrecarga que ela acumula, já que as tarefas inerentes a criação dos filhos são repartidas de maneira desigual estariam influenciando na decisão se ter ou não filhos e de quando tê-los. Assim, a entrada no matrimónio e na vida reprodutiva vêm sendo, em grande parte, orientadas em virtude de uma escolha racional onde pesa o valor das aspirações individuais em assegurar a autonomia financeira e profissional, geridas “em função dos ritmos e objectivos internos da vida em comum ou dos investimentos individuais noutras esferas de actividade” (Almeida et al, 2002:378).

“Para Notestein a baixa da fecundidade resultou da adopção de uma nova atitude de controlo racional dos nascimentos por parte das famílias [...]. A racionalidade característica das sociedades modernas só se desenvolveu a partir do momento em que,

contra as razões do interesse colectivo, começou a tomar forma uma nova consciência dos interesses e aspirações individuais” (Bandeira, 1996:20). Neste mesmo sentido, as incertezas e inseguranças relativamente à economia e ao mercado de trabalho futuros, bem como as alterações observadas na estrutura familiar, como o aumento do número de divórcios, que faz com que as mulheres se empenhem mais em garantir sua estabilidade económica participando mais activamente do mercado de trabalho, tem sido factores que têm contribuído para alterar o cálculo do custo/benefício sobre quando formar uma nova família. Ademais, como apontou Sobotka, embora a paternidade ainda seja universalmente valorizada, ela vem deixando de ser o objectivo principal da vida de homens e mulheres, ausentando-se de ser considerada condição básica para alcançar a felicidade e a auto-realização (Sobotka, 2008:177)⁴³.

Outro factor comumente referenciado como causa da redução do ISF tem sido o avanço científico e tecnológico no campo contraceptivo. Almeida et al (2002:395) apontam que em Portugal quanto mais nova é a geração de pertença, mais cedo inicia-se a vida sexual, porém mais tarde inicia-se a conjugalidade e a fecundidade: “A modernidade de comportamentos em matéria da combinação sexualidade activa-conjugalidade parece, assim, emergir em franjas de mulheres que possuem alguns capitais escolares ou profissionais. Construindo a sua identidade num jogo mais aberto de oportunidades acumuladas na esfera pública, atrasam o seu calendário privado de integração familiar [...] não prescindindo, porém, da gratificação (afectiva e sexual) que a relação informal de casal proporciona”. Da mesma forma Sobotka (2008)⁴⁴ aponta que a difusão da contracepção moderna, tem ajudado a separar sexo, procriação e casamento, e que na maioria das sociedades ocidentais, a actividade sexual entre pessoas solteiras de todas as idades é considerado uma parte normal de uma vida satisfatória.

⁴³ “Remarkably, children and parenthood continue to be almost universally valued even in societies that have progressed furthest in the second demographic transition. [...] Despite rising instability of partnerships, family life often continues to be strongly valued and idealized [...]. Parenthood gradually ceases to be the main goal in the lives of men and women [...] having children is no longer considered a precondition to achieving happiness and self-fulfillment” (Sobotka, 2008:177).

⁴⁴ “The spread of modern contraception, especially of the pill, has helped to separate sex, procreation, and marriage; and arguably had a direct impact on the norms regarding sexual and reproductive behavior (van de Kaa 1987 and 1994). In the majority of ‘Western’ societies, sexual activity among unmarried people of all ages, including young adults, is now considered a normal part of a satisfactory life.” (Sobotka (2008:180).

A difusão e o maior acesso aos meios reguladores da contracepção - ainda que a utilização dos métodos contraceptivos, com maior ou menor eficácia variem consoante as gerações e o nível de instrução conforme apontou o estudo de Almeida et al (2002) - possibilita um maior controlo sobre o número de filhos desejados, além de permitir separar sexo, procriação e casamento. Duarte et al (2003:208) salienta que no Brasil e em outros países da América Latina havia até o início da década de 1990, uma desigualdade em assumir a responsabilidade pela anticoncepção, que ficava mais a cargo das mulheres, e que o uso de métodos contraceptivos pelos homens ia se tornando maior conforme o aumento do seu nível de escolaridade e de sua parceira.

No sentido inverso ao declínio da fecundidade total, os dados do IBGE, com base no Censo Demográfico de 2000 indicam que a idade média da fecundidade tem decrescido, revelando um rejuvenescimento do padrão reprodutivo, com a intensificação do número de nascimentos em jovens com idades menores de 19 anos, que tem aumentado sua importância relativa no “cômputo da taxa de fecundidade total” (Berquó e Cavenaghi, 2004:5). Este rejuvenescimento tem sido apontado como o reflexo da prematuridade com que os jovens têm iniciado sua vida sexual. Assim, enquanto em Portugal e na Europa o declínio do ISF foi acompanhado pelo aumento da idade média da fecundidade, com sua realização em idades mais tardias (Mendes e Rego, 2006), no Brasil, pelo menos ao longo dos anos de 1984-2000, ele demonstra rejuvenescimento com “uma terminação da fecundidade em idades muito jovens para a maioria da população feminina” (Berquó e Cavenaghi, 2004:6).

Muitos dos jovens, apesar de possuírem alguns conhecimentos sobre métodos contraceptivos e os riscos inerentes a actividade sexual, não se protegem adequadamente, devido ao desconhecimento de sua fisiologia reprodutiva, a “dificuldade de diálogo com o parceiro, a qualidade e/ou inadequação da informação a respeito da contracepção e reprodução, assim como sobre o uso correcto dos métodos anticoncepcionais” (Vieira et al, 2006:137). Berquó e Cavenaghi (2004:8), advertem que o aumento da fecundidade em idades jovens pode estar reflectindo não somente um rejuvenescimento deliberado do padrão reprodutivo, mas a “falta de acesso a meios contraceptivos adequados, devido a mudanças no comportamento das práticas sexuais, nem sempre acompanhadas por mudanças de atitudes dentro das famílias e ajustes nos sistemas de atenção básica a saúde dos jovens.” Além disso, “as mudanças no padrão etário da fecundidade, com um rejuvenescimento cada vez maior da fecundidade,

aliados ao desejo de poucos filhos, acabam determinando um período muito longo de exposição ao risco de gravidez após a obtenção da parturição desejada” (Berquó e Cavenaghi, 2004:16).

De forma geral, a literatura corrente tem associado a gravidez na adolescência à baixa escolaridade e à vulnerabilidade económica⁴⁵. A baixa escolaridade constitui um factor de risco para a ocorrência da gravidez na adolescência, não havendo entretanto consenso “se o baixo nível de escolaridade, com altas proporções de evasão e de abandono escolar seria uma das causas ou uma consequência da gravidez na adolescência” (Amorim et al, 2009:408). Para Montardo (2004:8) a gravidez “é provavelmente apenas um factor precipitante” do abandono escolar.

Berquó e Cavenaghi (2004:7) apontam que o aumento da fecundidade entre adolescentes não foi uniforme entre todas as camadas socioeconómicas, tendo sido mais intenso nas áreas urbanas e mais expressivo entre as jovens menos escolarizadas, mais pobres e negras. Segundo Souza (1998:1099) como mais da metade das mulheres com idades abaixo dos 20 anos não desejavam ter tido filhos nessa idade, a fecundidade neste grupo etário é para as jovens pobres cerca de dez vezes maior que as mais ricas, o que faz com que a maternidade se configure então como séria desvantagem social, com efeito selectivo nos diferentes grupos sociais. A maternidade prematura representa maiores dificuldades de aumentar o nível de instrução e ingressar no mercado de trabalho, além de demandar maiores gastos e portanto uma maior propensão a permanecer em situação de pobreza.

Conhecer o perfil do padrão reprodutivo, é condição *sine qua non* para o desenho das políticas de saúde reprodutiva apropriadas às diferentes realidades regionais e sociais, pois “a idade na qual se inicia a vida reprodutiva, além de ter consequências demográficas importantes, afecta também a saúde da mãe e da criança” (BEMFAM, 1996:44). Segundo o BEMFAM (1996:126), o nascimento de crianças em mães com idade inferior a 20 anos constitui-se um factor de risco e seus filhos têm menores possibilidades de sobrevivência do que os filhos tidos nas idades intermédias. O trabalho de Costa et al (2001:239) também aponta que entre as mães adolescentes há uma maior proporção de recém-nascidos com baixo peso e peso insuficiente.

⁴⁵ A este respeito ver por exemplo Amorim et al (2009), Monteiro (2004), Costa et al (2001), entre outros.

Todavia, a discussão a respeito das causas e consequências da gravidez/maternidade em adolescentes é bastante extensa, controversa e tem suscitado diferentes trabalhos. Há autores que enfatizam os riscos que a gestação em idades precoces possa representar para as mães e os nascituros ou recém-nascidos, enquanto outros defendem que “depois de controladas as variáveis potencialmente confundidoras, principalmente a primiparidade⁴⁶, a gestação na adolescência não eleva o risco gestacional do ponto de vista biológico” (Amorim et al, 2009:405), ou ainda que as “adolescentes têm características biológicas compatíveis com um desempenho obstétrico satisfatório e a gestação no início da vida reprodutiva pode exercer efeito protetor sobre o crescimento intra-uterino, quando os fatores desfavoráveis são controlados” (Vieira et al, 2007:344).

Para Amorim et al (2009:405) “o maior impacto envolve a dimensão psicológica e socioeconômica, uma vez que a gravidez na adolescência interfere negativamente no estilo de vida das adolescentes e de seus familiares, resultando muitas vezes em abandono escolar e diversas outras consequências que perpetuam o ciclo da pobreza”. A necessidade de assumir a responsabilidade no cuidado com os filhos interfere no tempo que estas jovens mães têm para dedicar aos estudos e à sua qualificação profissional com evidentes reflexos em sua participação no mercado de trabalho, sendo que entre as jovens dos estratos sociais mais desfavorecidos, esta dificuldade é ainda mais acrescida, já que muitas delas precisam começar a trabalhar para prover o sustento do filho e delas próprias ou reforçar o orçamento doméstico. Além disso, nestes estratos sociais “não há perspectiva profissional delineada para os filhos, dada a precariedade da vida de suas famílias” (Brandão, 2009:1069).

Numa sociedade que se encontra marcada pela desigualdade de gênero, em que as tarefas no cuidado com o lar e nos afazeres domésticos são repartidas de forma extremamente desigual, permanecendo predominantemente sob a responsabilidade feminina, “persistindo, principalmente nas classes populares o conceito de que enquanto a responsabilidade do homem é da ordem do trabalho no ambiente externo e do provimento das necessidades familiares, cabendo à mulher manter uma relação vinculada essencialmente com o lar e os filhos” (Montardo 2004:9), a maternidade nos grupos etários mais jovens e nos estratos menos favorecidos representa séria

⁴⁶ Primeiro parto

desvantagem social e económica, e factor limitativo de sua inserção no mercado de trabalho.

Cabe destacar que género é uma construção cultural, produto de convenções sociais em contextos sociais específicos podendo ser historicamente variáveis. O conceito foi inserido com o propósito de captar a relação existente entre homens e mulheres, como uma relação socialmente construída e que traz embutida relações de poder que perpassam o tecido social, sendo portanto uma forma de apresentação das desigualdades não-naturais entre os sexos (Alves, 2004). Género pode ser entendido como um conceito criado para distinguir a dimensão sócio-cultural da biológica, significando a construção social do sexo, já que a “a palavra sexo designa agora no jargão da análise sociológica somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a actividade sexual propriamente dita” (Heilborn, 1997:102). Segundo a autora, a construção dos papéis destinados ao género feminino tem sido estabelecida já a partir da socialização primária, onde às mulheres ainda na infância, têm sido destinadas à execução de tarefas domésticas e o cuidado com os irmãos menores.

3.2 Análise e discussão dos dados

Tabela 29 - Taxa de Fecundidade Total (TFT) da População Mundial 1950/2050

Período	1950 - 1955	1960 - 1965	1970 - 1975	1980 - 1985	1990 - 1995	2000 - 2005	2010 - 2015	2020 - 2025	2030 - 2035	2040 - 2045	2045 - 2050
TFT	4,92	4,91	4,32	3,61	3,08	2,67	2,49	2,30	2,15	2,06	2,02

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 09/02/2010.

A redução da fecundidade é um fenómeno mundial e como apontou Paiva e Wajzman (2005:304) mais cedo ou mais tarde, mais rapidamente ou mais lentamente em todas as regiões do mundo os níveis de mortalidade e fecundidade estão caindo. Em meio século (1950-2000), a população mundial reduziu seu ISF quase pela metade, sendo esperado progressivas reduções durante a primeira metade do século XXI, o que fará com que em 2050 ele seja inferior ao nível de reposição das gerações, que é de 2,1 filhos por mulher.

Como as regiões mais desenvolvidas já vêm há alguns anos sendo constrangidas a gradual transição demográfica, são os países em desenvolvimento que apresentarão as mais acentuadas quedas do ISF. A maioria dos países desenvolvidos, tendo partido de patamares inferiores aos apresentados pelas regiões menos desenvolvidas, apresentam actualmente reduzidas taxas de fecundidade. Saíram de uma média de fecundidade de

2,82 filhos em 1950 chegando ao período 2000-2005 com apenas 1,58 filhos por mulher. As regiões menos desenvolvidas apresentaram nas últimas décadas, uma redução superior a 50% em sua fecundidade, caindo de 6 filhos em 1950 para 2,89 filhos por mulher em 2000-2005. O Brasil neste mesmo período apresentou redução de, aproximadamente, 4 filhos por mulher. Os países do Sul da Europa, também presumíveis retardatários no processo de transição demográfica, apresentam actualmente um ISF inferior aos dos países do Norte europeu, que iniciaram mais cedo este processo. Portugal por exemplo, segundo os dados do INE, saltou de uma TFT de 2,99 em 1971 para 1,37 em 2008.

Tabela 30 - TFT segundo regiões e períodos seleccionados

Período	Regiões Mais Desenvolvidas	Regiões Menos Desenvolvidas	Países de menor desenvolvimento	América do sul	Brasil	Norte da Europa	Sul da Europa
1950-55	2,82	6,00	6,62	5,66	6,15	2,38	2,62
2000-05	1,58	2,89	4,78	2,43	2,25	1,69	1,35
2045-50	1,80	2,05	2,41	1,80	1,75	1,85	1,80

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de World Population Prospects: The 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 17/06/2010.

Tabela 31 - Projecção da TFT no Brasil para o período 1980-2050

Ano	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
TFT	4,06	2,79	2,39	1,76	1,53	1,50	1,50	1,50

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Revisão 2008. Acedido em 17/04/2010.

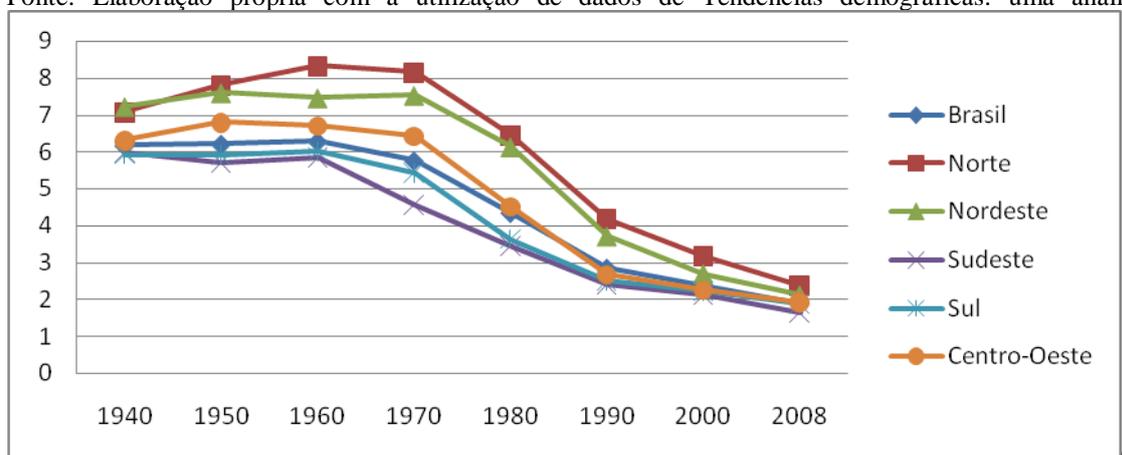
Carvalho e Garcia (2003:725) alertam para a velocidade da queda da fecundidade no Brasil e para as alterações estruturais e demográficas que ela implicará, uma vez que ele se origina numa população mais jovem do que aquela dos países desenvolvidos. De facto, só nas três últimas décadas o decréscimo do ISF foi superior a 2 filhos por mulher e mais grave, revela tendência de permanecer declinando nas próximas décadas, tendo experimentado em um quarto de século um declínio similar ao que Inglaterra e Suécia experimentaram “em cerca de seis décadas” – 1870 a 1930 (Wong e Carvalho, 2006:7). O país partiu de uma fecundidade superior a 6 filhos por mulher em 1960, tendo iniciado a década de 1980 já apresentando substancial redução. Entretanto, é a partir de 1980 que a TFT demonstra a mais acentuada diminuição: observa-se que nas três décadas seguintes esta taxa sofreu uma restrição de quase duas vezes e meia, chegando ao ano de 2008 com um nível incapaz de garantir a reposição das gerações futuras, situando se em torno de 1,89 segundo a Síntese de Indicadores Sociais 2009. Segundo os dados, a tendência declinante do ISF deve permanecer até cerca de 2030, embora

numa intensidade menos acentuada, uma vez que índices significativamente baixos tendem à estabilidade, conforme asseverou Myrrha (2009).

Todavia, a redução nos níveis de fecundidade não se processou de maneira uniforme em todo o território nacional. A ausência de efectivos programas de planeamento familiar e de políticas governamentais delineadas com o objectivo de reduzir os índices de fecundidade parecem reflectir-se sobre os diferenciais de fecundidade entre as diferentes regiões, bem como sobre as áreas rurais e urbanas e entre os estratos sociais menos e mais favorecidos da sociedade brasileira. As Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste encetaram o processo de redução da fecundidade antes das Regiões Norte e Nordeste que até a década de 1970 apresentavam elevados índices.

Gráfico 5 - Taxa de Fecundidade Total – Brasil e Grandes Regiões 1940/2008

Fonte: Elaboração própria com a utilização de dados de Tendências demográficas: uma análise



os resultados do Censo demográfico 2000 e com os dados do IBGE, PNAD 2008.

Norte e Nordeste encetaram mais tardiamente a redução do ISF e a partir de patamares mais elevados que o das demais regiões. O Nordeste cuja cúspide da curva se localiza na década de 1950 revela uma fecundidade superior a 7 filhos até 1970 quando inicia um percurso descendente, o Norte por sua vez também apresentava uma fecundidade superior a 8 filhos por mulher. O Sudeste, partindo de uma fecundidade menor que as demais regiões revela brusco declínio já a partir de 1960, onde a redução de uma década a outra foi superior a um filho por mulher até alcançar a década de 1990, quando devido a uma taxa já relativamente baixa, abranda a intensidade do declínio e alcança 2008 com uma TFT de apenas 1,63. Também na Região Sul observa-se declínio do ISF a partir da década de 1960, todavia com um decréscimo menos intenso até 1970 que o verificado no Sudeste. No entanto, entre 1970 e 1980 a redução da fecundidade no Sul

foi de quase 2 filhos por mulher e entre 1980 e 1990 superior a 1 filho, suavizando o declínio nos anos seguintes, chegando a 2008 com uma TFT de 1,88.

Tendo iniciado o declínio da fecundidade mais tardiamente e a partir de patamares mais elevados (mais de 8 filhos por mulher) a Região Norte revela uma redução de 1,7 filhos entre 1970 e 1980, e de 2,27 filhos entre 1980 e 1990, e mesmo tendo atenuado a intensidade do declínio, ainda revela consideráveis reduções nos anos seguintes, alcançando 2008 com uma TFT de apenas 2,37. Constata-se uma surpreendente limitação da fecundidade nesta Região, pois em três décadas e meia a redução foi de quase 6 filhos por mulher. No Nordeste, entre 1940 e 1970 a TFT sofreu pequenas oscilações tendo a partir de 1970 iniciado uma jornada decrescente, e tal como na Região Norte, os valores impressionam, principalmente entre 1980 e 1990 com uma redução de 2,42 filhos por mulher. Esta região partiu de uma fecundidade de 7,53 filhos em 1970, encetando 2008 com a modesta média de 2,12 filhos por mulher, demonstrando redução de 5,41 filhos por mulher em pouco mais de três décadas e meia.

Tabela 32 - Distribuição (%) da população segundo a raça – Brasil e Grandes Regiões - 1992 e 2008

Raça	Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.-Oeste
Branca	1992	54,0	30,4	27,8	64,6	84,3	46,9
	2008	48,4	22,9	29,3	56,8	78,7	42,2
Parda	1992	40,1	66,7	66,1	28,1	12,6	49,5
	2008	43,8	71,0	62,2	34,4	17,0	50,2
Preta	1992	5,4	2,4	6,0	6,6	2,6	2,9
	2008	6,8	5,1	7,9	7,7	3,5	6,5

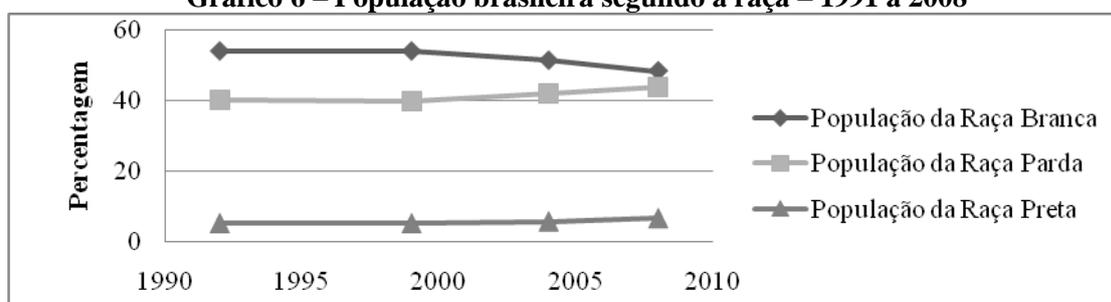
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD de 1992 e 2008. Acedido a 28/04/2010.

As diferentes trajetórias da fecundidade entre raças e entre as cinco Grandes Regiões brasileiras vem alterando a distribuição da população conforme a raça. Com uma fecundidade abaixo do nível de reposição e residindo maioritariamente nas Regiões Sul e Sudeste, a população branca reduziu sua representatividade no território nacional (quase 6 pontos percentuais) e em quase todas as regiões brasileiras, sendo que a Região Nordeste representa a única exceção. A População parda revelou aumento no Brasil como um todo e em praticamente todas as regiões brasileiras, onde as únicas exceções foram dadas pelo Nordeste - que registou consecutivas quedas ao longo de todo o período - e pelo Centro-Oeste - que registou queda a partir de 2004.

Relativamente à raça, podemos perceber que há uma maior concentração espacial da população parda nas regiões menos desenvolvidas e menos urbanizadas do país (Norte e

Nordeste e em menor proporção Centro-Oeste), enquanto as regiões mais desenvolvidas e com maior grau de urbanização (Sudeste e Sul) é habitada por uma maioria branca. Apesar de os brancos em 1992 constituírem a maioria da população brasileira, devido seu baixo ISF, sua representatividade diminuiu nos últimos anos enquanto as das raças pretas e pardas aumentaram, devido seu maior nível de fecundidade. Embora a população preta seja mais reduzida, o seu aumento foi o mais expressivo, principalmente nas Regiões Norte e Centro-Oeste.

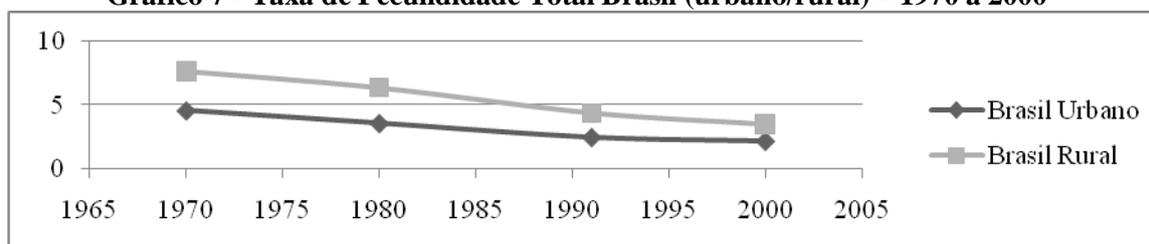
Gráfico 6 – População brasileira segundo a raça – 1991 a 2008



Fonte: Elaborado a partir dos dados da PNAD de 1992, 1999, 2004 e 2008. Acedido em 29/07/2010.

Juntos, pretos e pardos passaram a partir de 2008 a representar a maioria da população brasileira, como já havia conjecturado o IPEA (2008: 5/6) que apontava que “a população negra deve continuar crescendo mais que a branca até chegar a ser maioria absoluta no país. [...] Como as taxas de fecundidade estão caindo também entre as mulheres negras, haverá uma estabilização da proporção de negros, talvez em torno de 50% da população.” Como se pode observar, as previsões do IPEA se concretizaram, pois a população negra (pretos e pardos) que em 1992 representava 45,5% da população brasileira passou a representar 50,6% em 2008.

Gráfico 7 - Taxa de Fecundidade Total Brasil (urbano/rural) – 1970 a 2000



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Tendências demográficas: uma análise dos resultados do Censo 2000. Rio de Janeiro, IBGE; 2004.

A diminuição da fecundidade vem ocorrendo em todas as regiões independentemente do nível de desenvolvimento socioeconômico, todavia de maneira diferenciada. Norte e Nordeste com os mais elevados índices de fecundidade são as regiões que têm

demonstrado a queda mais acentuada. Contudo, as Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam actualmente uma fecundidade abaixo do limiar de reposição das gerações. Como estas três regiões congregam mais 60% da população brasileira, o peso de suas baixas taxas de fecundidade fizeram declinar a TFT nacional, colocando-a abaixo do patamar mínimo necessário para garantir a substituição das gerações.

A fecundidade vem se reduzindo principalmente nas áreas rurais. As áreas urbanas partindo de uma fecundidade mais baixa reduziram seu valor de 4,6 filhos em 1970 para 2,2 filhos em 2000, enquanto as áreas rurais⁴⁷, partindo de uma fecundidade mais elevada demonstrou uma redução de 4,2 filhos no mesmo período, caindo de 7,7 para 3,5 filhos no mesmo intervalo de tempo. Segundo Berquó e Cavenaghi (2004:10), em 2000, nas áreas urbanas, apenas 1% das mulheres em idade reprodutiva conviviam com regimes de alta fecundidade, enquanto no meio rural esta proporção era de 21%. Potencialmente residir nos meios urbanos representa maior possibilidade de acesso aos meios contraceptivos, permitindo às mulheres controlarem sua parturição e também evitar gravidezes indesejadas.

Em determinados estratos sociais ainda permanecem elevados os níveis de fecundidade. Observa-se na tabela abaixo que o número médio de pessoas na família é nitidamente superior entre os grupos com rendimento familiar *per capita* inferior. Ramos e Soares (1995:90) verificaram que o tamanho médio das famílias com renda *per capita* incluída entre os 40% de famílias mais pobres era superior a quatro pessoas, enquanto as famílias mais ricas apresentavam um menor número de filhos.

Tabela 33 - Número médio de pessoas na família segundo o sexo do chefe do domicílio, a raça e o rendimento familiar *per capita* – Brasil – 1991 e 2000

Rendimento familiar <i>per capita</i>	Ano	Homens Brancos	Mulheres Brancas	Homens Pretos ou Pardos	Mulheres Pretas ou Pardas
Até 1/2 salário mínimo	1991	4,5	3,1	5,1	3,5
	2000	4,2	3,1	4,6	3,5
Mais de 2 salários mínimos	1991	3,4	2,3	3,3	2,5
	2000	3,2	2,3	3,1	2,5

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema Nacional de Informações de Gênero.

As famílias chefiadas por mulheres brancas são as que apresentam o menor número de componentes. As famílias com rendimento *per capita* até 1/2 salário mínimo e com um maior número médio de membros eram chefiadas por homens pretos e pardos, e aquelas

⁴⁷ O Anexo VI contempla a TFT segundo o domicílio – Brasil e Grandes Regiões – 1970/2000.

com rendimento *per capita* superior a 2 salários mínimos chefiadas por homens brancos. Se observarmos os grupos pertencentes a mesma classe de rendimento podemos perceber que o diferencial no número médio de indivíduos na família entre raças do mesmo sexo é bastante reduzido, principalmente no grupo de 2 salários mínimos ou mais, o que nos sugere que o rendimento *per capita* exerce forte influência sobre a dimensão familiar. A maior redução no número médio familiar ocorreu exactamente onde a família era mais extensa, ou seja, nos domicílios chefiados por homens pretos e pardos com rendimento de até 1/2 salário mínimo familiar *per capita*.

Embora se venha reduzindo o tamanho das famílias, o número de pessoas nos domicílios com renda *per capita* inferior a 1/2 SM mantém-se mais elevado que naqueles com rendimento *per capita* superior a 2 SM. Quanto menor o rendimento, maior o número de pessoas na família. As famílias com rendimento familiar *per capita* de até 1/4 de SM possuem, em média, 4,6 pessoas e as famílias com mais de 5 SM possuem cerca de 2,5 pessoas. A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2006:267) declarou que entre as mulheres pobres em idade fecunda, aproximadamente 74% já tinham pelo menos um filho nascido vivo, enquanto entre as que possuíam rendimento *per capita* igual ou superior a 2 SM, a proporção era de 49,2%.

Tabela 34 - Número médio de pessoas na família, segundo a classe de rendimento mensal familiar *per capita* em salário mínimo - 2004

Grandes Regiões	Número médio de pessoas, na família							
	Total (1)	Classes de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> em salário mínimo (SM)						
		Até 1/4	Mais de 1/4 a 1/2	Mais de 1/2 a 1	Mais de 1 a 2	Mais de 2 a 3	Mais de 3 a 5	Mais de 5
Brasil	3,2	4,6	3,9	3,3	3,0	2,8	2,7	2,5
Norte	3,6	5,1	4,1	3,5	3,1	2,9	2,9	2,6
Nordeste	3,5	4,6	3,8	3,1	2,8	2,8	2,7	2,6
Sudeste	3,1	4,5	3,9	3,3	3,0	2,8	2,7	2,4
Sul	3,1	4,4	3,9	3,2	3,0	2,8	2,6	2,4
Centro-Oeste	3,2	4,4	3,8	3,3	2,9	2,8	2,9	2,6

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios 2004. Nota: (1) Inclusive as famílias sem declaração de rendimento e sem rendimento. Acedido a27/07/2010.

O número médio de pessoas na família também vem demonstrando redução, tendo caído de 4,5 pessoas em 1980 (IBGE - Síntese de indicadores Sociais, 2002), para 3,2 pessoas em 2004 conforme se observa. Entretanto, esta média não é uniforme em todo o território nacional, pois nas Regiões Norte e Nordeste o número médio de pessoas é mais elevado e no Sul e Sudeste mais reduzido, além das famílias mais pobres apresentarem uma maior média. Quanto mais elevada é a classe de rendimento menor é o número médio de indivíduos na família. Interessante observar que quanto se trata de

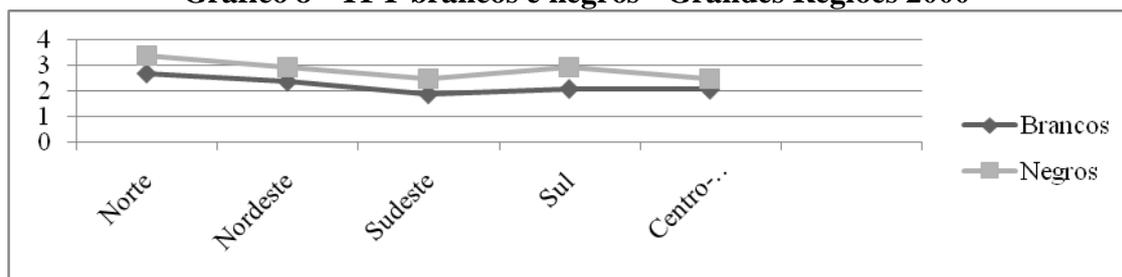
rendimentos mais altos, as regiões Norte e Nordeste apresentam valores semelhantes aos das demais regiões, e não os valores elevados que tradicionalmente têm apresentado, o que pode indicar que o rendimento seja o aspecto mais relevante na restrição da fecundidade.

As diferenças no ISF entre os estratos sociais menos e mais favorecidos parecem ter feito com que alguns políticos e figuras públicas se manifestassem a favor da necessidade de regulação da fecundidade dos pobres como forma de combate à pobreza. Em 1996 foi criado no Brasil o Conselho Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD), tendo neste mesmo ano o Estado brasileiro assumido também a tarefa de promover o planeamento familiar gratuito. Em 2005, foi lançado pelo governo brasileiro a ‘Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos’⁴⁸, como uma reafirmação do compromisso da lei do planeamento familiar, prevendo acções em três eixos principais: ampliação do acesso aos métodos anticoncepcionais reversíveis, ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária e introdução da reprodução humana assistida no Sistema Único de Saúde (Paiva e Wajnman, 2005:317).

Segundo Bercovich (1989:62) a fecundidade da população negra no Brasil foi consideravelmente menor que a da população branca só invertendo esta situação a partir do final da década de 1960, como consequência do intenso decréscimo da fecundidade branca. Entre 1940 e 1960 havia inclusive um maior número de mulheres sem filhos entre as negras. Na década de 1980, “enquanto as mulheres pardas e pretas sem instrução tinham um comportamento semelhante, com número médio de filhos maior que as brancas, a fecundidade das mulheres pretas com maior nível educacional, era as vezes até inferior a das brancas na mesma situação” (Bercovich, 1989:74). Berquó e Cavenaghi (2004:16) alertam para necessidade de se perceber se as maiores taxas de fecundidade entre as mulheres nas categorias mais baixas de rendimento e instrução são de facto o “desejo de uma prole maior ou se é devido a problemas de acesso à informação e falta de meios adequados para regular sua fecundidade”. Neste sentido, Perpétuo (2000:6), aponta que a dificuldade de acesso a meios contraceptivos e o desconhecimento de sua fisiologia reprodutiva se traduzem num elevado nível de fecundidade não desejada entre as mulheres negras.

⁴⁸ Mais informações em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/direitos_sexuais_port_210910.pdf

Gráfico 8 - TFT brancos e negros - Grandes Regiões 2000



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Em todos os estados brasileiros⁴⁹, a fecundidade dos negros é visivelmente superior aos dos brancos. Os Estados da Região Norte são os que apresentaram as maiores taxas de fecundidade, sendo seguidos pelos Estados da Região Nordeste, também composta maioritariamente por população preta e parda - onde Maranhão, Alagoas e Ceará são de maiores índices. A média do ISF da Região Norte em 2000 foi de 3,22 filhos por mulher, enquanto no Nordeste foi de aproximadamente 2,74. Entre as regiões, o menor diferencial de fecundidade entre raças é verificado na Região Centro-Oeste e o maior na Região Sul, onde se destaca o Estado de Santa Catarina: em 1991, os negros tinham em média 1,07 filhos a mais que os brancos, em 2000 esta diferença saltou para 1,19 filhos.

As Regiões Norte e Nordeste, ambas com elevada proporção de população rural e indicadores socioeconómicos menos favoráveis, tendo entrado mais tardiamente no processo de transição demográfica, experimentam actualmente um declínio de fecundidade mais intenso que as demais regiões, embora ainda possuam as maiores taxas de fecundidade do País. Já a Região Centro-Oeste apresenta valores próximos aos verificados nas Regiões Sul e Sudeste, onde, o Distrito Federal parece ter contribuído significativamente para a descida destes valores, uma vez que sua fecundidade já se situa abaixo do limiar de reposição das gerações. O Sudeste por sua vez apresentava em 2000 a menor fecundidade do país, mesmo com o peso dos Estados do Espírito Santo e de Minas Gerais contribuindo de forma positiva para aumentar a média da região, uma vez que os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo apresentaram uma fecundidade inferior a 2,1 filhos. Entretanto, cabe ressaltar que o ‘peso’ acima referido pertence a fecundidade da raça negra, já que em toda a Região Sudeste o ISF dos brancos já se encontra abaixo do nível de reposição. No Sul, como os índices de fecundidade já não eram altos em 1991, seu decréscimo foi o menor de todo o país.

⁴⁹ Dados apreciados no Anexo VIII no período 1991/ 2000.

A fecundidade dos brancos no Brasil em 2000 já se encontrava próxima do nível de reposição das gerações, sendo que em algumas regiões e Unidades da Federação ela já se achava abaixo deste limiar. Em 2000, no Sudeste por exemplo, a população branca em nenhum dos Estados conseguiu repor as gerações anteriores. No Centro-Oeste, ocorreu o mesmo com o Distrito Federal e Goiás; no Sul com o Rio Grande do Sul e no Nordeste - onde tem se verificado altas taxas de fecundidade - Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte já se viam praticamente no limiar de reposição. Como mais de 60% da população residente no Norte e no Nordeste pertence a raça negra, e como é nesta raça que se verifica o maior número de filhos por mulher, seus índices de fecundidade foram os mais elevados do país. Todavia, estas são também as regiões que vêm apresentando as maiores reduções, o que não é de estranhar já que os brancos possuíam menores níveis de fecundidade, fazendo com que a restrição fosse mais intensa entre os negros. O contínuo processo de urbanização destas áreas, potencialmente, significa maior probabilidade de acesso aos métodos contraceptivos, bem como ampliação do nível de instrução e imitação de certos comportamentos adotados por determinados segmentos sociais e difundidos principalmente através dos meios de comunicação social, pode estar influenciando a restrição do ISF aí verificadas. Norte e Nordeste eram as regiões menos urbanizadas em 1991, apresentando actualmente o maior acréscimo nos percentuais de urbanização, tendo aumentado 16,16 e 13,53 pontos percentuais respectivamente.

Tabela 35 - Grau de Urbanização Brasil e Grandes Regiões -1991/2006

Regiões	1991	1994	1997	2000	2003	2006
Brasil	75,9	78,16	79,92	81,25	83,10	84,53
Norte	59,05	64,25	67,53	69,87	72,96	75,21
Nordeste	60,65	64,41	67,04	69,07	71,93	74,18
Sudeste	88,02	89,16	89,93	90,52	91,34	91,98
Sul	74,12	77,19	79,32	80,94	83,23	85,02
Centro-Oeste	81,28	83,85	85,52	86,73	88,38	89,60

Fonte: Tabela extraída da Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008:65)⁵⁰.

Na Região Norte a redução do percentual de nascimentos ocorreu a partir dos 25 anos de idade. Entre as menores de 15 anos o percentual de nascimentos praticamente quadruplicou. Entre 15 e 19 anos, o aumento foi de aproximadamente 10 pontos percentuais. O grupo etário entre 20 e 24 anos também apresentou aumento de 1984 a 1995, com ligeiro declínio de 1995 a 2000. Juntos, estes três grupos foram responsáveis por 58,05% dos nascimentos desta região em 2000, onde apenas as mulheres com 19 anos ou menos foram responsáveis por 1/4 dos nascimentos.

⁵⁰ Com base nos dados dos Censos Demográficos 1991 e 2000 e Projeções da População.

Tabela 36 - % Nascidos vivos segundo o grupo etário das mães - Brasil e Grandes Regiões - 1984/2000

		Grupo de idade									
Ano	% Total	Menos de 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 Ou +	
Brasil	1984	100	0,20	13,66	32,23	27,08	15,36	7,22	2,49	0,35	0,04
	1990	100	0,34	15,70	31,49	26,81	14,87	6,71	2,07	0,29	0,03
	1995	100	0,52	18,25	30,65	25,55	15,37	6,60	1,78	0,21	0,02
	2000	100	0,69	20,63	30,59	23,30	14,72	7,06	1,82	0,16	0,02
Norte	1984	100	0,24	14,61	30,45	22,47	12,05	5,64	2,47	0,53	0,07
	1990	100	0,40	16,61	29,62	20,22	9,99	4,66	1,56	0,32	0,05
	1995	100	0,95	20,92	32,95	21,82	10,27	4,28	1,31	0,21	0,02
	2000	100	0,87	24,40	32,78	20,43	9,61	4,04	1,25	0,16	0,02
Nordeste	1984	100	0,19	12,87	31,41	26,10	15,53	8,44	3,35	0,53	0,05
	1990	100	0,29	15,49	32,34	25,75	14,06	7,35	2,97	0,54	0,05
	1995	100	0,47	18,85	32,51	24,67	13,67	6,27	2,14	0,34	0,03
	2000	100	0,79	22,74	32,59	21,68	12,52	6,20	1,92	0,25	0,03
Sudeste	1984	100	0,19	12,90	32,01	28,49	16,06	7,06	2,19	0,27	0,03
	1990	100	0,32	14,97	30,95	28,27	16,03	6,84	1,84	0,21	0,02
	1995	100	0,46	17,36	30,01	26,34	16,54	6,89	1,69	0,16	0,02
	2000	100	0,58	18,91	29,82	24,47	16,21	7,67	1,83	0,12	0,01
Sul	1984	100	0,23	15,16	32,59	26,39	15,28	7,12	2,40	0,32	0,04
	1990	100	0,38	16,02	30,48	26,65	15,44	6,97	2,00	0,23	0,02
	1995	100	0,57	17,78	28,06	25,65	16,76	7,68	1,99	0,20	0,01
	2000	100	0,71	19,56	27,35	23,58	16,92	8,75	2,24	0,16	0,01
Centro-Oeste	1984	100	0,27	17,64	37,02	25,01	11,74	5,14	1,83	0,28	0,04
	1990	100	0,57	20,39	36,70	24,71	10,99	4,21	1,25	0,19	0,03
	1995	100	0,76	22,33	34,51	24,56	11,92	4,28	1,02	0,11	0,02
	2000	100	0,89	23,56	33,80	22,99	12,17	4,82	1,01	0,09	0,01

Fonte: Elaboração própria a partir das Estatísticas do Registro Civil – IBGE - Visitado em 17/03/10

No Nordeste os grupos etários com idades iguais ou superior a 25 anos também apresentaram declínio no percentual de nascimentos, enquanto os grupos mais jovens, com até 24 anos de idade apresentaram elevação, sendo responsáveis no ano 2000 por 56,12 % dos nascidos vivos, onde somente o grupo com 19 anos ou menos foi responsável por 23,53% dos nascimentos. As percentagens de fecundidade próprias das jovens com idade igual ou inferior a 19 anos, em todo o país apresentou tendência inversa a fecundidade em geral, tendo aumentado significativamente sua importância no cômputo da TFT entre 1980 e 2000, tendo passado a responder por 21,32% do total de nascidos vivos no país. No Sudeste, o grupo menor de 15 anos e entre 15 e 19 anos também exibiram aumento do número de nascimentos - 19,49% das crianças nascidas em 2000 eram filhas de mães adolescentes com idades de até 19 anos. As mulheres com idades entre 30 e 39 anos também aumentaram sua participação. No grupo de mulheres entre 20 e 29 anos e com 40 anos ou mais houve diminuição do percentual. Na Região Sul e Centro-Oeste ocorreram transformações semelhantes às verificadas no Sudeste. As mulheres com idades entre 20 e 29 anos e as com 44 anos ou mais diminuíram seu percentual de fecundidade, enquanto as com até 19 anos e as com idades entre 30 e 34 anos aumentaram. A Região Centro-Oeste finda o século XX, com a mais alta taxa de

nascimentos em adolescentes menores de 15 anos. Em 2000, 24,45% dos nascimentos desta região ocorreram entre as jovens com até 19 anos.

Em todas as regiões brasileiras verificou-se declínio da proporção de nascidos vivos entre as mulheres a partir dos 40 anos de idade e entre os 25 e 29 anos – que em 1984, segundo Berquó e Cavenaghi (2004) possuía o maior número médio de filhos, dentre os grupos etários situados na faixa reprodutiva. Norte e Nordeste elevaram seu percentual no grupo etário dos 20 aos 24 anos enquanto as demais regiões demonstraram queda. Já no grupo etário dos 30 aos 34 anos enquanto estas duas regiões apresentaram queda as demais apresentaram elevação. No grupo dos 35 aos 39 anos só as Regiões Sul e Sudeste apresentaram aumento enquanto as demais revelaram decréscimo.

Tabela 37 - Nascidos vivos de mães jovens – Brasil e Grandes Regiões – 2008

Grupo de idade	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.-Oeste
Menos de 15 anos	27.451	4.642	10.209	7.338	2.989	2.271
15 A 19 anos	581.063	85.435	202.180	183.073	65.248	45.112

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Estatísticas do Registro Civil 2008 - IBGE - Acedido em 17/03/10.

Os dados atestam o grande número de mães adolescentes e jovens no Brasil em 2008. Este segmento foi responsável 19,72% do total dos nascidos vivos. São praticamente 27,5 mil adolescentes que se tornaram mães antes dos 15 anos e 580 mil jovens com idades entre 15 e 19 anos, que tiveram filhos já nos primeiros anos de seu período reprodutivo. Destas, praticamente 35% residem na região mais carenciada do país – o Nordeste -, sendo que entre as menores de 15 anos este percentual é superior aos 37%. O aumento do número de gravidez/fecundidade em idades jovens tem sido associado com o início cada vez mais prematuro da vida sexual feminina brasileira (PNDS, 2006) - pois quanto mais cedo se inicia a vida sexual maior é o tempo de exposição aos riscos de gravidez - e com a ausência de utilização de métodos anticoncepcionais, pois apesar de muitos jovens possuírem alguns conhecimentos sobre métodos contraceptivos, (principalmente sobre o preservativo masculino e a pílula anticoncepcional) e os riscos inerentes a actividade sexual, não se protegem adequadamente. Segundo Vieira et al. (2006:137). Segundo os autores, na América Latina menos de 20% dos homens e 15% das mulheres usam algum método na sua primeira relação sexual.

Entre os motivos do não uso de algum método anticoncepcional aponta-se à ausência de rotina sexual e a imprevisibilidade de quando ocorrerá a relação; os esquecimentos; as

“retomadas inesperadas dos namoros rompidos sem a devida proteção” (Brandão, 2009:1066) e o receio muitas vezes infundado sobre possíveis efeitos colaterais nomeadamente no caso da pílula anticoncepcional. Acrescente-se a ainda, o facto do uso do preservativo masculino ser abandonado quando os relacionamentos se tornam estáveis reflectindo “o que os parceiros consideram como situação de confiança” (Montardo, 2004:9), para além de sua utilização ser ainda “dependente de uma decisão masculina e, portanto, vinculado com lógicas hierárquicas de gênero ainda presentes em parcela significativa da população” (Montardo, 2004:9). É natural, saudável e desejável que os homens dividam com suas parceiras a responsabilidade reprodutiva, todavia conforme alerta Brandão (2009:1069) a questão é: quais são os limites desta participação e como negociam suas responsabilidades?

Se nos países desenvolvidos quanto mais nova é a geração de pertença, mais cedo inicia-se a vida sexual, porém mais tarde inicia-se a conjugalidade e a fecundidade (Almeida et al, 2002), no Brasil a relação não tem sido esta, pois início da vida sexual tem muitas vezes coincido com início da vida reprodutiva, já que o país vem apresentando aumento da proporção de nascidos vivos entre as jovens com até 19 anos de idade como mostra a tabela 36 e, ainda que parte destas gravidezes não tenham sido planeadas, elas repercutem sobre o padrão reprodutivo contribuindo para rejuvenescê-lo. Assim, embora o ISF brasileiro esteja a se aproximar daqueles próprios dos países desenvolvidos, a idade média da fecundidade, tem feito o caminho inverso. A questão que se coloca é se no Brasil há uma tendência para o rejuvenescimento do padrão reprodutivo em todas as regiões e em todos os estratos sociais, ou se ele é característico de certos estratos e se tenderá a se manter. Os trabalhos de Berquó e Cavenaghi (2004), Souza (1998) e do BEMFAM (1996) permitem responder ao menos em parte esta questão. Segundo o BEMFAM (1996:45) as mulheres residentes em áreas rurais têm o primeiro filho em idades mais jovens que a das áreas urbanas em aproximadamente 1,2 anos. Enquanto Souza (1998) aponta que a taxa de fecundidade entre as jovens pobres menores de 20 anos é quase 10 vezes superior a taxa das jovens ricas do mesmo grupo etário, Berquó e Cavenaghi (2004) apontam que ele tem sido também mais expressivo entre as jovens menos escolarizadas, pobres e negras.

De forma geral, a literatura corrente tem associado gravidez na adolescência à baixa escolaridade e à vulnerabilidade económica. O «Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo» (IBGE, 2005:8) mostra que a análise das curvas

da fecundidade nos diferentes contextos geográficos e com diferentes estágios de desenvolvimento social e económico brasileiro já oferece elementos para conjecturar que os estratos mais vulneráveis em termos de rendimento, educação e trabalho tenderá a experimentar a maternidade mais prematuramente. A necessidade de assumir a responsabilidade no cuidado com os filhos representa maiores dificuldades de aumentar o nível educacional e a qualificação profissional, que por sua vez representa factor limitativo de ingresso no mercado de trabalho e probabilidade de receber menores salários, o que nos permite dizer que estes aspectos parecem estar umbilicalmente correlacionados, onde parecem ser ao mesmo tempo causa e efeito, num efeito cíclico que alimenta o ciclo da pobreza. Como a maternidade precoce é maior nos estratos sociais mais baixos (Souza, 1998:1099) ela se configura como ríspida desvantagem, principalmente numa sociedade que ainda se encontra fortemente marcada pela desigualdade de género, em que as tarefas no cuidado com o lar e nos afazeres domésticos permanecem predominantemente sob a responsabilidade feminina, nomeadamente entre as classes populares (Montardo 2004:9).

Tabela 38 - % Mulheres adolescentes do sexo feminino entre 15 e 17 anos com filhos, segundo a raça – Brasil e Grandes Regiões – 1991/2000

Região	% Adolescentes entre 15 e 17 anos do sexo feminino com filhos, segundo a raça					
	1991			2000		
	Total	Branças	Negras	Total	Branças	Negras
Brasil	5,82%	5,23%	6,35%	8,45%	7,05%	9,86%
Norte	10,06%	9,76%	9,57%	13,26%	11,71%	13,60%
Nordeste	6,05%	5,79%	6,16%	9,25%	8,41%	9,66%
Sudeste	5,01%	4,35%	5,79%	7,15%	5,72%	8,79%
Sul	5,90%	5,45%	8,18%	7,44%	6,72%	11,38%
Centro-Oeste	7,45%	6,99%	7,76%	9,81%	8,23%	10,98%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Os dados sobre o percentual de adolescentes do sexo feminino entre os 15 e 17 anos com filhos mostram que há uma tendência de aumento em todas as regiões. De acordo com os dados estatísticos as negras possuem maior risco de engravidarem ainda na adolescência. Enquanto entre as brancas, no decorrer do período, o aumento foi de 1,82 pontos percentuais, entre as negras este aumento foi de 3,51. De acordo com Souza (1998:1097) a maternidade no grupo etário dos 15-19 anos é mais expressiva a partir dos 17 anos de idade. Vieira et al (2006: 136) também aponta que o principal motivo de internamento de mulheres nesta faixa etária foi a gravidez (parto, pós-parto e complicações decorrentes destes motivos), sendo o Nordeste, seguido pelo Sudeste,

onde mais se verificou a ocorrência de internamentos por estes motivos, e que nas áreas rurais há maior prevalência de adolescentes que já tiveram pelo menos um filho.

O aumento de fecundidade em idades jovens parece estar reflectindo não somente um desejo deliberado de rejuvenescer o padrão reprodutivo mas também a falta de acesso a meios contraceptivos apropriados a este segmento populacional (Berquó e Cavenaghi, 2004; Amorim et al, 2009) já que a necessidade insatisfeita de anticoncepção nos grupos etários mais jovens é bem superior aos demais grupos (BEMFAM, 1996:88). Ademais, o início da fecundidade em idades muito jovens “acabam determinando um período muito longo de exposição ao risco de gravidez após a obtenção da parturição desejada” (Berquó e Cavenaghi, 2004:16). Todavia, a maternidade em idades jovens nem sempre “é acidental, irresponsável ou problemática como o senso comum tende a estabelecer como verdade” (Montardo, 2004:11) ou “percebida como um problema, especialmente quando há aceitação e apoio familiar” (Vieira et al, 2007:348), sendo muitas vezes resultado do desejo das adolescentes. A ocorrência da gravidez/maternidade em adolescentes não é homogênea. Para compreendê-la precisa se pesar uma série de factores e circunstâncias nas quais ocorre, como as condições prévias de saúde, nível de escolaridade, estrato social, acesso aos serviços de saúde, expectativas pessoais, relacionamentos familiares e afectivos, etc. (Montardo, 2004:11).

Dadas as desvantagens da maternidade precoce, a sua postergação para idades mais avançadas no nível micro proporcionaria maiores possibilidades de aumento do grau de instrução, de inserção no mundo do trabalho e de redução dos índices de pobreza dentro das famílias, mas no nível macro suas implicações seria uma redução ainda maior do ISF e conseqüentemente da população jovem em um futuro mais imediato.

Enquanto no período compreendido entre 1984 e 2000 confirmou-se a tendência de rejuvenescimento do padrão reprodutivo no Brasil com substancial aumento do percentual de nascimentos nas idades menores ou igual a 19 anos, entre 2000 e 2008 a percentagem de nascimentos entre 15 e 19 anos demonstrou redução em todas as regiões, ocorrendo o inverso nas idades menores de 15 anos, que vem aumentando sua proporção. O grupo dos 20-24 anos revelou decréscimo nas taxas de fecundidade ao longo do período 1984 – 2008. Entre as mulheres de 25 a 29 anos, a fecundidade diminuiu entre 1984 e 2005 revelando a partir de então aumento até 2008, podendo indicar sua maior participação nas taxas específicas de fecundidade nos próximos anos.

Em 2008, este grupo foi responsável quase por 1/4 dos nascidos vivos no Brasil, sendo que no Sul, Centro-Oeste e Sudeste principalmente, sua participação foi superior a 1/4.

Tabela 39 - Nascidos vivos, por ano de nascimento, grupos de idade da mãe na ocasião do parto e lugar de residência da mãe – 2003, 2005 e 2008

		Grupo de Idade									
Ano		% Total	Menos de 15 anos	15-19 Anos	20-24 Anos	25-29 Anos	30-34 Anos	35-39 Anos	40-44 Anos	45-49 Anos	50 Anos ou +
Brasil	2003	100	0,82	20,37	30,37	23,22	13,65	6,87	1,97	0,25	0,07
	2005	100	0,82	20,28	30,17	23,06	14,22	7,03	2,02	0,22	0,05
	2008	100	0,89	18,83	28,14	24,42	15,66	7,62	2,10	0,21	0,06
Norte	2003	100	1,17	24,08	31,58	18,44	9,08	4,19	1,51	0,33	0,11
	2005	100	1,23	23,78	32,64	19,23	9,43	4,25	1,38	0,31	0,12
	2008	100	1,22	22,53	30,38	21,33	11,08	4,73	1,45	0,31	0,18
Nordeste	2003	100	0,91	22,35	31,34	23,41	11,39	5,99	2,01	0,35	0,12
	2005	100	0,96	23,07	32,25	21,51	11,89	5,94	1,95	0,26	0,07
	2008	100	1,07	21,25	30,65	23,07	13,28	6,30	1,96	0,25	0,07
Sudeste	2003	100	0,60	17,45	29,42	24,68	16,53	8,23	2,07	0,19	0,04
	2005	100	0,55	17,08	28,22	25,23	17,16	8,53	2,25	0,17	0,03
	2008	100	0,64	16,05	26,07	26,07	18,49	9,27	2,39	0,18	0,04
Sul	2003	100	0,79	18,80	27,59	23,08	16,59	8,92	2,51	0,19	0,03
	2005	100	0,77	18,42	27,08	23,74	16,96	9,14	2,55	0,18	0,02
	2008	100	0,79	17,29	25,18	25,23	18,08	9,60	2,65	0,18	0,02
Centro-Oeste	2003	100	1,00	22,41	33,32	23,11	12,32	5,12	1,20	0,12	0,02
	2005	100	0,94	21,22	31,82	24,29	13,16	5,50	1,33	0,12	0,03
	2008	100	0,96	19,06	29,19	25,54	15,12	6,41	1,48	0,14	0,04

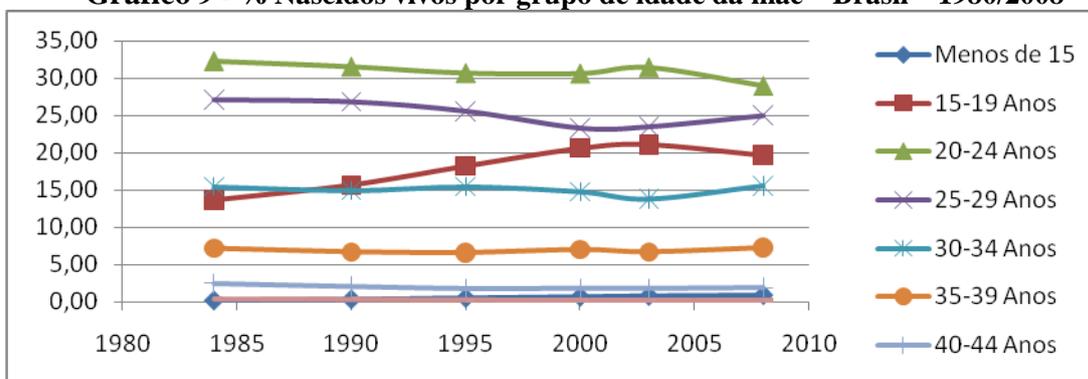
Fonte: Elaboração própria a partir das Estatísticas do Registro Civil – IBGE - Visitado em 17/03/10

As percentagens de fecundidade características dos grupos etários dos 30-34 e 35-39 anos também aumentaram partir de 2003, tendo entretanto apresentado redução nas Regiões Norte e Nordeste. O grupo de mulheres com idades entre 40 e 44 anos diminuiu sua participação no número de nascimentos do Brasil até 2005 voltando a aumentar nos anos seguintes. Em 2008, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os nascimentos se concentraram principalmente no grupo dos 20-24 anos, enquanto no Sudeste a proporção deste grupo é a mesma da verificada no de 25-29 anos (26,07), fazendo com que mais de 52% dos nascimentos se concentrassem então entre os 20 e 29 anos de idade. No Sul, a maior proporção de nascimentos também se concentrou nestes dois grupos, com a percentagem do grupo de 25-29 anos sendo ligeiramente maior.

De forma geral, no Brasil mais de 50% dos nascimentos vem se concentrando entre nos grupos 20-24 e 25-29 anos, sendo que este último tem aumentando sua percentagem nos últimos anos em detrimento da redução que vem ocorrendo nos grupos com idades menores de 25 anos, com exceção do grupo de 15 anos ou menos. Embora seja prematuro afirmar tratar-se de uma tendência, podemos perceber que enquanto as idades entre 15 e 25 anos a curva declinou a partir de 2003 - alcançando 2008 com valores em

sentido decrescente - os grupos etários com idades superiores aos 25 anos revelou valores em sentido ascendente. Se ainda não é possível responder com exactidão a questão se a fecundidade passará a se concentrar em idades mais tardias, resta a constatação de que no século XXI, apesar da grande proporção de mães adolescentes com idades compreendidas até os 19 anos (19,72% em 2008), tem ocorrido tímidos aumentos de fecundidade entre mulheres com idades superior aos 25 anos.

Gráfico 9 - % Nascidos vivos por grupo de idade da mãe – Brasil – 1980/2008



Fonte: Elaboração própria com dados das Estatísticas do Registro Civil – IBGE - Visitado em 17/03/10

No grupo etário dos 30-34 anos por exemplo, de 1984 a 2008 houve aumento de sua participação no percentual da fecundidade do Brasil como um todo e em quase todas as regiões, excepto Norte e Nordeste - retardatárias do processo de transição demográfica no Brasil – mas que entretanto vem demonstrado elevação nos últimos anos. Neste mesmo período, o grupo dos 35 aos 39 anos, apresentaram aumento nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. O conjunto etário dos 25-29 anos também apresenta tendência de subida a partir do início da última década. Desta forma, coloca-se então a questão: é possível que a fecundidade no Brasil, a exemplo do que ocorre no Sul da Europa, comece a se concentrar no grupo etário dos 25-29 anos ou em idades mais avançadas do que as verificadas actualmente?

Num cenário em que as mães jovens e adolescentes ainda são responsáveis por cerca de 20% da TFT, a observação apontada por Rios-Neto (2005:372) assume uma importância fundamental, pois “uma grave consequência desta situação é que, mantendo-se tudo o mais constante, uma política de informação e provisão de serviços de planejamento familiar que possa favorecer a postergação da maternidade e da união, perfeitamente compatível com políticas universais de combate à pobreza e com os cânones de políticas de saúde reprodutiva da mulher, tem grandes chances de favorecer um maior declínio da taxa de fecundidade”. Além dessa observação, podemos colocar

ainda outras: 1ª- os dados apontam que a partir de 2010 principalmente, haverá uma gradativa e substancial redução da população jovem, o que pode significar também uma menor representatividade deste grupo no total de nascimentos - o que não invalida a adoção de políticas públicas delineadas com o objectivo de reduzir a maternidade em idades precoces, visto que esta tem acarretado graves desvantagens sociais; 2ª os dados indicam elevação do nível de escolaridade feminina e dada sua correlação negativa com a fecundidade não poderemos esperar uma TFT ainda menor que aquelas projectadas pelas Nações Unidas e pelo IBGE?

Tabela 40- Fecundidade e anticoncepção em mulheres de 15 a 49 anos – Brasil -1996/2006

1996		2006
Taxa de fecundidade	2,5	1,8
Usa algum método contraceptivo	73,1%	87,2%
Usa pílula anticoncepcional	15,8%	22,1%
Usa preservativo masculino	4,3%	12,9%
Mulher esterilizada	27,3%	21,8%
Homem esterilizado	1,6%	3,3%

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (2006:3). Acedido a 26/11/2009. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/PNDSNacionaleditada.pdf>

Nos dados acima nota-se aumento no uso de algum método contraceptivo e ampliação da preferência pelo uso da pílula anticoncepcional e do preservativo masculino. Embora a esterilização feminina tenha perdido espaço ela ainda permanece bastante elevada, configurando-se como o segundo método mais utilizado em 2006 e não mais o primeiro como era em 1996. De acordo com a PNDS (2006) entre 1996 e 2006 triplicou o número de mulheres que utilizaram o SUS para ter acesso a pílulas anticoncepcionais, saltando de 7,8% em 1996 para 25,1% em 2006 e que a quase totalidade (99,9%) das entrevistadas em idade fértil conhecem algum método anticoncepcional. A ampliação do acesso aos métodos contraceptivos disponibilizados pelo SUS teve como consequência a redução do número de cirurgias de esterilização entre as mulheres, que em 1996 era de 27,3% e em 2006 caiu para 21,8% (ainda bastante elevada).

A redução do número de esterilizações pode ser visto sob uma óptica positiva, uma vez que, mesmo que não planeiem aumentar sua TFT, cada vez mais mulheres têm deixado de optar por métodos anticoncepcionais irreversíveis como a esterilização, o que futuramente possibilita uma mudança de posição em relação ao número de filhos desejados. Nordeste, Norte e Centro-Oeste foram as regiões que apresentaram as mais elevadas taxas de incidência de esterilizações, chegando a ser praticada por quase o quádruplo do número de mulheres usuárias de pílulas anticoncepcionais. Nestas regiões,

segundo os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil (IBGE, 2009:26) a esterilização foi oferecida praticamente sem custos financeiros, especialmente para os grupos mais empobrecidos. No Brasil como um todo, 71% das esterilizações foram realizadas na rede hospitalar pública e convencionada ao SUS. O Atlas Racial Brasileiro 2004⁵¹ indica ainda que este tipo de cirurgia é bem maior entre as negras, que apresentam também menor número de usuárias de pílulas anticoncepcional se comparadas às brancas. Segundo a análise realizada por Perpétuo (2000:6) com base nos dados da PNDS 1996, o número de mulheres negras que recorre a esterilização é o dobro do número de mulheres brancas, revelando também a maior proporção entre as que começaram a usar métodos contraceptivos só após terem tido 2 ou mais filhos.

Tabela 41 - Uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres (de 15 a 49 anos de idade) que viviam em união em 1996 (1)

Grande Regiões	Uso actual de anticoncepcionais				
	Algum Método	Esterilização Feminina	Esterilização Masculina (2)	Pílula	Não usa Métodos
Brasil	76,7	40,1	2,4	20,7	23,3
Norte	72,3	51,3	-	11,1	27,7
Nordeste	78,2	43,9	0,4	12,7	31,8
Sudeste	77,8	38,8	2,6	21,8	22,2
Sul	80,3	29,0	3,5	34,1	19,7
Centro-Oeste	84,5	59,5	1,8	16,1	15,5

Fonte: Brasil: PNDS de 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar no Brasil, 1997. (1) Permanecem os dados de 1996. (2) Com base nas respostas das mulheres pesquisadas, isto é, inclui método dos parceiros.

No Nordeste, e a seguir no Norte, verifica-se o maior percentual de mulheres que não utiliza nenhum método anticoncepcional. São nestas duas regiões e principalmente na Região Centro-Oeste que se registam as maiores proporções de mulheres que optam pela esterilização feminina e o menor número de homens que realiza esterilização. Também pertence ao Centro-Oeste o menor percentual de mulheres que não utiliza nenhum método contraceptivo. Como são as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste que apresentavam as mais elevadas taxas de fecundidade do país, com mais da metade dos nascimentos se concentrando em mulheres de até 24 anos de idade, não é de se admirar que o desejo de encerrar definitivamente sua vida reprodutiva através de métodos anticoncepcionais irreversíveis, como a esterilização feminina, seja maior nestas regiões. No Centro-Oeste por exemplo, em 1995 mais de 57% dos nascimentos

⁵¹Acesso em 21/06/2010. Disponível para consulta em http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/textos_analiticos.php

ocorriam em mulheres com menos de 25 anos de idade. O Sudeste e principalmente o Sul apresentam as mais altas taxas de esterilização masculina e as mais baixas de esterilização feminina, e apenas na Região Sul verifica-se que o número de mulheres que utilizam pílula é superior ao das que optam pela esterilização.

A respeito da anticoncepção, Duarte et al (2003:208) salientam que no Brasil e em outros países da América Latina, havia, até no início da década de 1990, uma desigualdade em assumir a responsabilidade pela anticoncepção, que ficava mais a cargo das mulheres. Esta postura foi sendo alterada durante a década de 1990, mostrando que a participação masculina na escolha do método contraceptivo era de fundamental importância. O aumento do uso do preservativo masculino e das cirurgias de esterilização masculina, conforme se observa na tabela 40, sugere uma possível mudança da conduta masculina quanto a sua responsabilidade reprodutiva, no decorrer do período analisado.

Tabela 42 - (%) Nascidos vivos de partos cesáreos – Brasil e Grandes Regiões -1994/2004

Regiões	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Brasil	39,0	38,0	39,2	38,9	39,7	42,7
Norte	31,1	31,6	30,4	29,6	30,4	33,2
Nordeste	25,6	26,0	25,5	26,7	28,1	31,5
Sudeste	47,3	46,3	47,2	46,9	47,9	50,5
Sul	41,7	44,0	42,5	42,4	44,3	48,2
Centro-Oeste	49,5	50,9	45,9	43,7	44,5	47,6

Fonte: Tabela extraída da Ripsa (2008:289)⁵²

As altas taxas de esterilização feminina parecem guardar estreita relação com a realização do parto cesáreo, uma vez que muitas mulheres optam por este tipo de parto, para poderem realizar ambas as cirurgias conjuntamente. O Brasil apresenta uma das maiores taxas de partos cesáreos do mundo - bem acima dos 15% recomendados pela OMS - nomeadamente nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, o que repercute na saúde da mulher (aumento dos riscos de mortalidade e morbidade e maior tempo de recuperação) e do recém-nascido (aumento dos riscos de prematuridade, protelo do início da amamentação, maior tempo de internamento hospitalar, etc.)⁵³, além da elevação dos custos financeiros decorrentes do procedimento e do maior tempo de

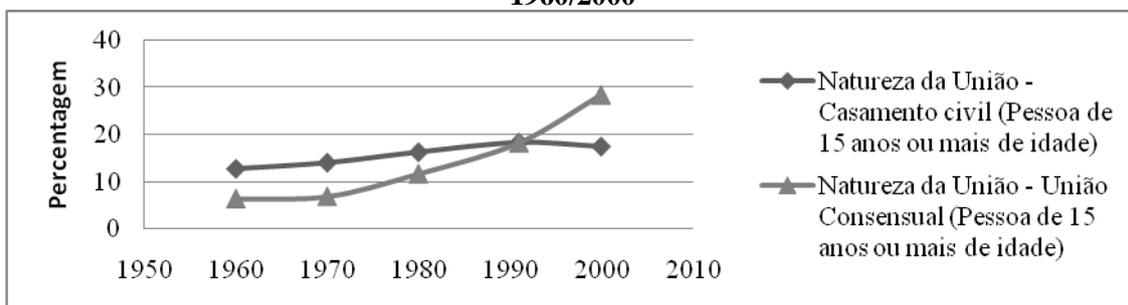
⁵² A Ripsa utilizou dados do Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Nota: O denominador inclui somente nascidos vivos em partos hospitalares com tipo informado de parto (mais de 98% em todas as regiões desde 1994).

⁵³ Para maiores informações sobre o assunto consultar por exemplo os trabalhos de Dias et al (2008), Carniel et al (2007) e Telini (2000).

internamento em consequência das morbidades subsequentes. Ou seja, gasta-se muito e gasta-se mal - já que o parto cesáreo deve ser realizado quando não é possível a realização do parto normal ou quando este significa riscos para a mãe e o feto - recursos que poderiam ser alocados por exemplo em programas de saúde materno-infantil.

Segundo o documento elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz juntamente com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (2007), este tipo de cirurgia tem sido tão banalizado que em algumas regiões ultrapassa os 80%, notadamente entre as mulheres brancas de nível socioeconómico elevado e com alta escolaridade que realizaram com maior frequência o pré-natal, e utentes de planos de saúde e de serviços privados. Para Telini (2000:65) “estamos diante de um grande problema de saúde pública, pois um procedimento em que está amplamente demonstrado apresentar risco para a mãe e o bebê não ter nenhum tipo de controle é irresponsabilidade da classe médica e das autoridades competentes, não somente no exercício da punição, mas de gestão da saúde do país”. E ainda em relação às cesarianas desnecessárias, os “achados sugerem que a decisão de realizar o parto cirúrgico não se baseou somente em critérios técnicos e mostram que esse tipo de parto tem adquirido um carácter de bem de consumo que pode ser utilizado por quem possa custeá-lo” (Carniel et al, 2007:38). De acordo com o BEMFAM (1996:61), 4 em cada 5 esterilizações femininas foram realizadas por ocasião do parto cesáreo, e quanto mais alto o nível de escolaridade da mulher maior a percentagem de esterilizações, chegando a 82% entre as mulheres com 12 anos ou mais de estudo.

Gráfico 10 - % Casamento civil e união consensual (pessoas de 15 anos ou mais) – Brasil – 1960/2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1960/2000. Tabela extraída de: Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

A redução da nupcialidade tem sido outro factor associado à redução dos níveis de fecundidade. Todavia, no caso do Brasil constata-se que praticamente não houve reduções, pois apesar da percentagem de casamentos civil ter tido uma leve redução

entre 1991 e 2000, ela demonstrou tendência de aumento até 1991, conquanto, a percentagem de uniões consensuais vem crescendo gradativamente.

Outro factor comumente relacionado com as causas da diminuição do ISF relaciona-se com a idade média do primeiro casamento, pois este aumenta a exposição da mulher ao risco de engravidar. Segundo o BEMFAM (1996:70) quando o casamento ocorre em idades precoces, costuma-se iniciar o processo reprodutivo em idades também precoces e apresentar alta fecundidade. A entrada no casamento representa aumento das hipóteses de maternidade devido a prática mais constante de actividades sexuais, ainda que nem sempre ambas ocorram a partir do matrimónio, sendo este último entretanto, o momento em que a “maternidade é socialmente reconhecida e bem-vinda” (BEMFAM, 1996:74). O nível de escolaridade também tem sido apontado como uma das variáveis que afectam a idade na qual se entra no matrimónio e na vida reprodutiva.

Tabela 43 - Idade média ao casar das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo, segundo os grupos de anos de estudo – Brasil - 2000

Sexo	Sem instrução e menos de 1 ano	1 A 3 anos	4 A 7 anos	8 A 10 anos	11 Anos ou mais
Homens	25,6	24,9	24,7	25,7	27,7
Mulheres	21,5	20,2	20,6	22,7	25,1

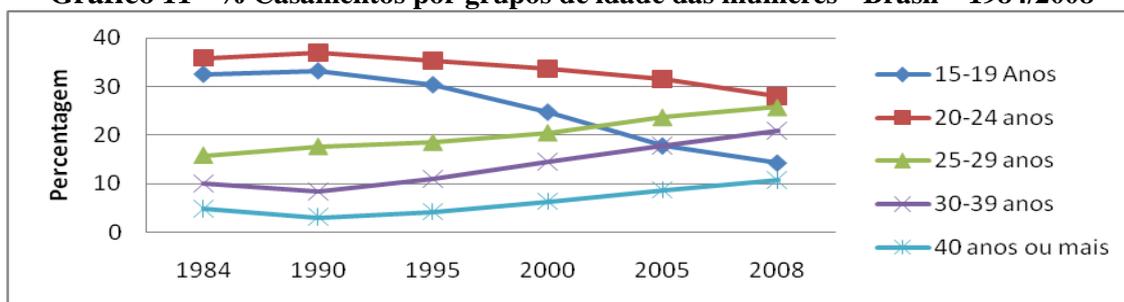
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados extraídos do Censo Demográfico (2000:43)

Embora os dados acima revelem que o grupo de maior nível de instrução possua a maior idade média de entrada na união conjugal, a idade com que se contrai o matrimónio nos diversos grupos de anos de estudo não revela acentuadas diferenças, sendo que as mulheres entre 1 e 7 anos de estudo casam-se ainda mais cedo que aquelas que têm até 1 ou nenhum ano de estudo. Entre os homens, a idade média da união conjugal é praticamente a mesma entre os que possuem reduzida ou nenhuma instrução e aqueles com 8 a 10 anos de estudo, o que levou o Censo Demográfico (2000:43) a concluir que a idade média não possui uma tendência crescente na estrutura de escolaridade. Ou seja, a idade média do casamento revela não possuir estreita relação com o nível de instrução.

Os homens casam-se mais tardiamente e as mulheres com 1 até 3 anos de instrução são as que se casam mais cedo, sendo seguidas de perto pelo grupo daquelas que têm entre 4 e 7 anos de instrução. O Censo Demográfico (IBGE, 2000:43), declarou que a idade média do casamento no grupo de pessoas menos instruída é aos 24 anos de idade, no grupo dos que possuem entre 4 e 7 anos de estudo aos 22,7 anos, enquanto no grupo

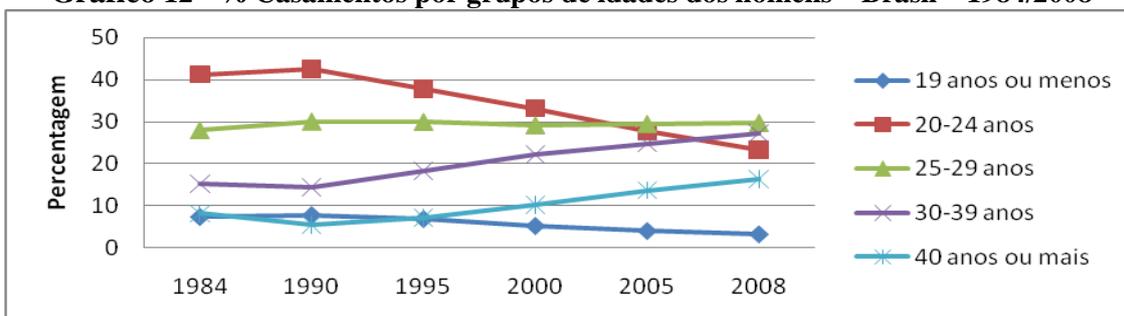
daqueles com 11 anos ou mais de estudo é de 26,6 anos. As mulheres mais instruídas tendem a se casar mais tardiamente, postergando a união conjugal por questões de ordem económica como melhores possibilidades de inserção no mercado de trabalho. Como mercado de trabalho tem exigido aos indivíduos, cada vez mais, um maior nível de qualificação, que por sua vez representa oportunidades de melhores salários, fazendo com que as pessoas se dediquem mais tempo à sua formação, seria natural que tal situação conduzisse ao atraso da idade média do casamento e do nascimento do primeiro filho. Entretanto, tal assertiva não parece ser robusta no contexto brasileiro. Entre as mulheres, a diferença da idade média da união conjugal entre as mais e as menos escolarizadas, é de 3,6 anos e entre os homens de apenas 2,1 anos.

Gráfico 11 - % Casamentos por grupos de idade das mulheres - Brasil – 1984/2008



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE - Estatísticas do Registro Civil. Acesso em 11/06/2010.

Gráfico 12 - % Casamentos por grupos de idades dos homens – Brasil – 1984/2008



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE - Estatísticas do Registro Civil. Acesso em 11/06/2010.

Tanto no sexo masculino quanto feminino tem havido uma gradual diminuição da percentagem de casamentos nos grupos etários de até 24 anos. Quando comparamos todo o período são visíveis as mudanças ocorridas. Ainda que o grupo feminino 20-24 anos tenha apresentado o maior percentual de casamentos durante todo o período em questão, ao final apresentou uma redução de quase 8 pontos percentuais. Entre as mulheres de 15 a 19 anos - que respondia por quase 1/3 do percentual de casamentos em 1984, atingiu 2008 com uma percentagem de 14,32% - redução superior a 18 pontos

percentuais. Outra alteração importante refere-se ao segundo maior percentual de casamentos no grupo feminino: entre 1984 e 2000 esta posição pertenceu ao grupo dos 15-19 anos, sendo que entre 2000 e 2005 passou a pertencer ao grupo dos 25-29 anos – que ao final do período apresentou um aumento de cerca de 10 pontos percentuais, quase se igualando a proporção de mulheres que se casam entre os 20-24 anos de idade.

Entre os homens o grupo etário dos 20-24 anos apresentou o maior percentual de casamentos até o ano 2000, tendo a partir daí invertido sua posição com o grupo dos 25-29 anos – que até então ocupava a segunda maior percentagem. Se medirmos estas alterações em pontos percentuais, no grupo dos 25-29 ela foi bastante reduzida, aumentou menos de 2 p.p., mas no grupo dos 20-24 anos as alterações são bem mais acentuadas: diminuiu quase 18 p.p. caindo de 41,21% em 1984 para 23,37% em 2008. Todos os grupos com idades superiores aos 25 anos apresentaram expressivos aumentos na proporção de casamentos. Entre as mulheres, a partir dos 30 anos de idade o aumento foi superior a 50%, sendo que no grupo dos 30-34 e 35-39 anos também se verificou aumentos nos percentuais de fecundidade.

No grupo etário feminino menor de 15 anos, houve intensa diminuição no percentual de casamentos – de 0,77% para 0,05%, tendo entretanto se verificado o contrário para a fecundidade. Já entre as mulheres de 15 - 19 anos verificou-se diminuição do percentual de fecundidade entre os anos de 2000 e 2008 e diminuição no percentual de casamentos superior a 50%. Entre as de 20-24 anos também se conferiu redução no percentual de casamentos e de fecundidade. Que se pese o facto que iniciar uma família constitui um significativo aumento nos gastos de uma pessoa, as brasileiras tem aumentado a idade média do casamento. No início do período analisado, mais de 1/3 das mulheres casavam-se entre os 20 e 24 anos, enquanto 15,84% se casavam entre os 25 e 29 anos. Em 2008, a percentagem de casamentos entre ambas é bastante próxima, demonstrando tendência a se igualar. O percentual de casamentos entre mulheres com idades entre 30 e 34 anos tem se tornado cada vez mais expressivo. Em 1984, apenas 14,94% das mulheres e 23,47% dos homens se casavam a partir dos 30 anos de idade. Em 2008 esta proporção subiu para 31,73% e 43,58% respectivamente. Embora os homens se casem mais tardiamente que as mulheres, a percentagem daquelas que se casam a partir dos 30 anos tem aumentado numa proporção superior à verificada no grupo masculino, sem todavia superar o percentual destes. Em 1984, 42,21% dos homens se casavam entre 20

- 24 anos, enquanto em 2008 este valor se reduziu para 23,37%: uma queda de quase 18 pontos percentuais.

Desta maneira, como sugerem os dados, os brasileiros e brasileiras têm adiado sua união conjugal, concretizando-a em idades mais tardias. Coloca-se então uma outra questão: será que a idade média do nascimento do primeiro filho também se alterará? Como aponta Lordelo et al (2006:261) a idade do primeiro casamento está altamente correlacionada com a idade da mulher no nascimento do primeiro filho. Da mesma forma, a pesquisa de Simão (2005:16) concluiu que há “uma forte correlação entre aumento nos níveis de escolaridade feminina e idades mais avançadas de início da atividade sexual, casamento e nascimento do primeiro filho”. O BEMFAM (1996) também apontou que o nível educacional é uma importante variável na determinação do início da vida sexual feminina, sendo que as mulheres com maior nível de escolaridade iniciam a vida sexual mais tardiamente, revelando uma diferença média de cerca de 4,8 anos entre as mulheres mais e menos instruídas.

Outra causa associada à redução do ISF seria o aumento dos custos dos filhos, o alargamento de seu percurso escolar e a diminuição das taxas de mortalidade infantil. Partindo do princípio que os filhos constituem um ‘bem de investimento’ que além de ajudar os pais no trabalho (principalmente na lavoura) ainda zelarão por eles na velhice, nomeadamente onde o sistema de segurança social é deficiente em abrangência, podemos supor que a universalização da previdência social no Brasil e a crescente tendência de urbanização no país pode estar influenciando a redução do ISF, fazendo com que os filhos percam “em grande parte suas funções produtivas e tornam-se, cada vez mais, um custo (afectivo e material) para os pais, dos quais dependem por períodos de tempo cada vez maiores, pelo facto de se terem consideravelmente alongado os percursos escolares” (Almeida et al, 2002: 378). Como salientou o IBGE em Tendências Demográficas (2007:33), “nas áreas urbanas, os altos custos com os filhos, quer seja com educação, saúde, e busca de oportunidade, também contribuíram para o declínio da fecundidade [...] e aos novos padrões de famílias pequenas”. Em relação à diminuição da mortalidade infantil também se confirma que esta vem se reduzindo cada vez mais. Assim, podemos presumir, que no Brasil, a demanda que vem orientando a decisão de se ter filhos tem sido aquela que considera os filhos como um bem de consumo que produzem satisfação para os pais.

Quanto a afirmação de Sobotka (2008:177) de que a paternidade vem gradualmente deixando de ser o objectivo principal da vida de homens e mulheres, ausentando-se de ser considerada condição básica para alcançar a auto-realização embora ainda seja universalmente valorizada, podemos perceber que no Brasil de facto tem aumentado o número de casais sem filhos, embora aqueles com filhos ainda seja a grande maioria.

Tabela 44 - Proporção de casal com e sem filhos (%) – Brasil – 1991/2006

Ano	1991	1995	1998	2001	2004	2006
(%) Casal sem filhos	12,9	12,9	13,3	13,8	14,6	15,6
(%) Casal com filhos	59,4	57,8	55,8	53,3	50,9	49,4

Fonte: IBGE, PNAD 1992/2007. Dados extraídos da publicação Síntese dos Indicadores Sociais (2008).

Tabela 45 - TFT das mulheres com até 3 anos de estudo e com 8 anos de estudo ou mais Brasil e Grandes Regiões - 2005

Região	Até 3 anos de estudo	8 Anos ou mais de estudo	Diferencial entre ambas
Brasil	3,14	1,53	1,69
Norte	3,83	1,71	2,12
Nordeste	3,14	1,40	1,85
Sudeste	2,63	1,41	1,22
Sul	2,62	1,34	1,28
Centro-Oeste	2,84	1,74	1,35

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Indicadores Sociodemográficos e de Saúde 2009.

A educação ou nível de instrução tem sido outra importante variável na explicação do comportamento da fecundidade. A teoria da Transição Demográfica de Notestein, já associava a diminuição da taxa de natalidade ao aumento do nível de instrução e a maior facilidade no acesso aos meios contraceptivos. De acordo com a visão clássica o aumento da educação feminina significaria maiores oportunidades de inserção no mercado de trabalho e uma entrada mais tardia no casamento e na reprodução. Coppola (2003)⁵⁴ por exemplo aponta que a educação afecta a entrada na união conjugal, enquanto Rios-Neto (2005) e Souza (1998) apontam para a maior fecundidade entre a população com baixos índices de escolaridade e pobre. A tabela 45 confirma a correlação negativa entre aumento do nível de escolaridade e nível de fecundidade. O aumento da escolaridade feminina influenciou de forma negativa a fecundidade, independentemente da região e da Unidade da Federação de residência⁵⁵.

A TFT é bem mais elevada nas mulheres com até 3 anos de estudo. Em todas as regiões e estados as mulheres com 8 anos de estudo ou mais têm uma fecundidade abaixo do limiar de reposição das gerações. Já entre as mulheres com até 3 anos de estudo, todas

⁵⁴ “[...] education affects union formation” (Coppola, 2003:24).

⁵⁵ Os dados para as Unidades da Federação em 2005 são apreciados no Anexo X.

as regiões apresentaram uma fecundidade superior a média nacional. Note-se que o diferencial médio de fecundidade entre os grupos de anos de estudo é o dobro naquele menos escolarizado. No Nordeste e no Norte, que actualmente apresentam as maiores TFT do país, o número de filhos das mais instruídas é menos da metade do verificado entre as que possuem até 3 anos de estudo. O Nordeste por exemplo apresenta uma das menores fecundidades em termos nacionais no grupo das mulheres com 8 anos ou mais de estudo. A Região Norte além de apresentar o maior ISF para os dois grupos apresenta também o maior diferencial entre ambos. O Sul do país revela a menor TFT no grupo de mulheres mais instruídas e o Sudeste o menor diferencial entre as mais e menos instruídas. Embora os estados da Região Norte apresentem a mais elevada fecundidade no grupo de 8 anos de estudo ou mais, seus índices se aproximam dos apresentados pelos estados das demais regiões. O Amazonas por exemplo já apresenta uma fecundidade inferior a aferida em três dos quatro estados do Sudeste.

Todavia, segundo a Síntese de Indicadores Sociais (2005:29) mesmo as mulheres “com escolaridade elevada, mas pertencentes a famílias com baixos rendimentos, terão uma fecundidade total algo superior àquelas que se encontram nos estratos mais favorecidos de renda”. Berquó e Cavenaghi (2004) também apontam para esta correlação negativa, onde as mulheres residentes em domicílios com rendimento *per capita* inferior a 1/4 de SM apresentavam uma fecundidade total de 4,6 filhos, e em domicílios com rendimento *per capita* superior a 1 SM apresentavam uma TFT abaixo do nível de reposição. Segundo a PNAD de 2005, no Brasil, entre as mulheres de 15 a 49 anos⁵⁶ que possuíam um rendimento mensal familiar *per capita* de até 1/2 SM 17,3% tinham tido 1 filho, 28,1% 2 filhos e 48,4% 3 filhos ou mais, enquanto entre as com rendimento *per capita* de 2 SM ou mais estas proporções eram respectivamente 18,3%, 41,2% e 21,6%. Quanto ao grupo de anos de estudo, a TFT foi de 4,0 entre as que possuíam até 3 anos de estudo e 3,1 entre as de 4 a 7 anos e de 1,5 naquelas com 8 anos de estudo ou mais.

A tabela 46 revela que a TFT é nitidamente mais elevada entre as mulheres com menor rendimento *per capita* mesmo sendo mais escolarizadas. Em 1991 e 2004 por exemplo, o único grupo de mulheres com 8 anos ou mais de estudo que apresentou uma fecundidade superior ao limite de substituição das gerações foi aquele cuja renda familiar era de até 1 SM: note-se que em 2004, a fecundidade neste grupo foi mais que o

⁵⁶ Mulheres de 15 a 49 anos de idade que tiveram filhos nascidos vivos.

dobro da verificada no grupo com escolaridade equivalente mas com renda familiar superior a 5 SM.

Tabela 46 - TFT por grupos de anos de estudo das mulheres, segundo a renda familiar total, em salários mínimos (SM) - Brasil - 1991/2004

TFT por grupos de anos de estudo das mulheres					
Ano	Renda familiar total (em SM) (1)	Total (2)	Até 3 anos (3)	4 A 7 anos	8 Anos ou mais
1991	Total (2)	2,9	4,6	3,0	1,8
	Até 1 (4)	4,0	5,1	3,4	2,6
	Mais de 1 a 3	2,5	3,8	2,9	1,9
	Mais de 3 a 5	1,8	1,7	1,6	1,9
	Mais de 5	2,5	3,7	2,9	1,6
2000	Total (2)	2,4	3,8	3,0	1,6
	Até 1 (4)	3,7	4,4	3,7	3,0
	Mais de 1 a 3	2,9	3,8	3,2	2,2
	Mais de 3 a 5	2,4	3,2	3,0	1,8
	Mais de 5	1,6	2,4	2,6	1,4
2004	Total (2)	2,1	3,9	3,1	1,5
	Até 1 (4)	4,1	4,1	4,2	3,2
	Mais de 1 a 3	2,7	4,4	3,4	1,9
	Mais de 3 a 5	2,3	4,5	3,7	1,8
	Mais de 5	1,5	4,3	2,7	1,4

Fontes: IBGE, Censo Demográfico 1991/2000 e PNAD de 2004. Nota: Estimativas calculadas com os dados básicos oriundos das respectivas pesquisas. (1) Exclusive os pensionistas, empregados domésticos e parente do empregado doméstico. (2) Inclusive sem declaração. (3) Inclusive sem instrução e menos de 1 ano de estudo. (4) Inclusive sem rendimento.

Os dados sugerem que a combinação reduzida escolaridade e menor rendimento familiar produz taxas de fecundidade mais elevadas, e que o aumento do nível de escolaridade embora funcione como um “travão” para conter as altas taxas de fecundidade, tem sua eficácia mais limitada que o aumento do rendimento. Em 1991 as mulheres com até 3 anos de estudo mas com renda familiar total de 3 a 5 SM possuíam uma fecundidade menor que aquelas com 8 anos de estudo mas pertencentes ao grupo das que tinham renda familiar de até 1 SM. Em 2000, embora estas últimas passem a apresentar uma fecundidade menor, a distância entre ambas não é muito significativa.

Assim, possivelmente, o facto da fecundidade das mulheres com 8 anos ou mais de estudo ser no geral tão reduzida deve-se ao facto de que a grande maioria destas encontrem-se nos grupos com rendimento total familiar superior a 3 SM, fazendo com que o peso da TFT daquelas com rendimentos inferiores (cuja proporção deve ser reduzida) não seja capaz de alterar a TFT do grupo. Berquó e Cavenaghi (2004:9) também destacam que no país como um todo, há uma clara associação negativa entre fecundidade e níveis de instrução, quando se considera o segmento de mulheres com rendimentos de até 1 SM, e a partir daí praticamente a escolaridade não interfere no

nível de fecundidade, pois a partir de 1 SM os regimes de fecundidade são menor ou igual a 2,1 filhos por mulher. Estaria assim, a maior fecundidade em alguns grupos de mulheres, como naquelas com 8 anos ou mais de estudo mas com baixos rendimentos, reflectindo sua real intenção? De acordo com os dados apresentados pelo BEMFAM (1996:94), as mais altas taxas de fecundidade principalmente nos grupos menos escolarizados não reflectem seu verdadeiro desejo como se observa a seguir.

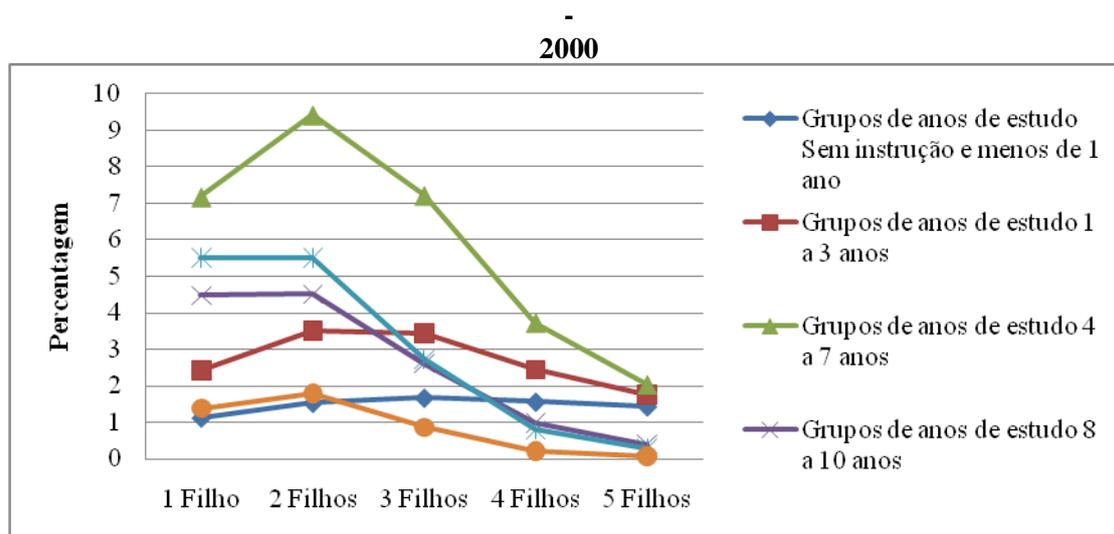
Tabela 47 - Taxa de Fecundidade desejada (TFdes.) e Taxa de Fecundidade observada (TFobs.), segundo os grupos de anos de educação das mães - 1996

Brasil	Grupos de anos de estudo					
	Nenhum	1-3 Anos	4 Anos	5-8 Anos	9-11 anos	12anos ou +
TFdes.	2,7	2,1	2,1	1,8	1,4	1,4
TFobs.	5,0	3,6	3,0	2,4	1,7	1,5

Fonte: Tabela elaborada a partir dos dados da tabela 6.9 do BEMFAM (1996:94).⁵⁷

Os dados mostram que quanto mais elevada é a escolaridade maior é a proximidade entre a fecundidade desejada e a observada. As mulheres sem nenhuma instrução revelam praticamente o dobro da fecundidade que desejavam ter, e entre aquelas com até 3 anos de estudo, observa-se que têm em média um 1,5 filhos a mais do que o número pretendido. Quanto mais se avança no nível de escolaridade, mais as taxas de fecundidade observadas se aproximam daquela deseje.

Gráfico 13 - N° de filhos nascidos vivos segundo o grupo de anos de estudo da mãe - Brasil



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE – Censo Demográfico 2000.

Entre as mulheres com 15 anos ou mais de escolaridade é maior a percentagem daquelas que tiveram 2 filhos e menor a das que tiveram 3 filhos ou mais. No grupo de 1 a 3 anos de estudo, embora seja maior a percentagem das que tiveram apenas 2 filhos, não há

⁵⁷ Foram utilizados dados da PNDS 1996.

grandes diferenças em relação ao percentual das que tiveram 3 filhos, enquanto no grupo das mulheres de até 1 ano de instrução e menos de 1 ano, a proporção das que tiveram 2, 3, 4 ou 5 filhos não revela grandes diferenças. Como o declínio da fecundidade tem se generalizado entre diferentes segmentos populacionais, vem se reduzindo também os diferenciais de fecundidade entre os distintos grupos de anos de estudo. Nota-se que a cúspide da curva se localiza nos dois filhos em praticamente todos os grupos de estudo. Os únicos casos que se configuram exceção são os grupos de 11 a 14 anos de estudo - cujo diferencial entre 1 e 2 filhos é insignificante - e o grupo de até 1 ano de instrução em que a percentagem do número de filhos tidos não variou muito entre as que tiveram 2 ou mais.

Como o nível de analfabetismo tem se reduzido e a média de anos de estudo aumentado principalmente no sexo feminino, o peso das mulheres que virtualmente poderiam ter um maior número de filhos provavelmente será reduzido e não afetará o nível da fecundidade total no sentido de elevá-la. Em 2004 por exemplo, 58,5% das mulheres em idade fecunda (15 a 49 anos) possuíam 8 anos ou mais de estudo⁵⁸. Simão (2005:16) sugere que a adoção de políticas que incentivam as jovens a prosseguirem seus estudos possa funcionar como forças impulsoras para a protelação do início da actividade sexual, do casamento e do nascimento do primeiro filho para idades além da adolescência e da fase de adulta jovem. De acordo com os preceitos das políticas públicas educacionais que tencionam aumentar o nível de escolaridade da população brasileira, coloca se a questão se o progressivo aumento do nível de escolaridade entre as mulheres não poderá favorecer um declínio ainda maior no ISF.

O aumento da participação feminina no mercado de trabalho também tem sido indicado como uma das causas do declínio da fecundidade. Como lembrou Rios-Neto (1996), a experiência empírica em vários países aponta para a conexão negativa entre fecundidade e nível de participação feminina na população economicamente activa, notadamente quando os filhos ainda são novos. Sedlacek e Santos (1991:466) identicamente apontaram que quanto mais novos e em maior número forem os filhos, menor é a probabilidade dos cônjuges femininos participarem do mercado de trabalho.

⁵⁸ Dados do IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004.

Tabela 48 - Proporção de mulheres ocupadas segundo o grupo de idade -2004

Grandes Regiões	Proporção de mulheres ocupadas e grupos de idade (%)				
	10 – 19 Anos	20 – 29 Anos	30 – 39 Anos	40 – 49 Anos	50 Anos ou mais
Brasil	18,3	57,4	65,7	64,0	33,0
Norte	16,9	49,8	65,3	65,7	38,4
Nordeste	18,8	51,4	62,6	64,1	36,1
Sudeste	16,0	59,7	64,9	61,4	28,4
Sul	24,2	66,4	73,2	70,0	39,8
Centro-Oeste	18,7	57,8	66,6	65,2	33,8

Fonte: IBGE; PNAD 2004. Nota: (1) Excluídas as pessoas com idade ignorada

Mais de 50% dos nascimentos no Brasil e nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste no ano de 2000 concentrava-se até os 24 anos de idade, enquanto Sudeste e Sul principalmente apresentavam o menor número de nascimentos nestas idades. As regiões que registaram em 2000 o menor número de nascimentos nestas idades apresentam a maior taxa de actividade no grupo dos 20-29 anos. Ou seja, no grupo daquelas com filhos mais novos constatou-se uma menor taxa de actividade, enquanto aquelas que exibiram uma menor fecundidade até os 24 anos revelaram uma taxa maior.

Nota-se que a taxa de actividade aumentou nos grupos de 30-39 e 40-49 anos, o que poderia estar ocorrendo pelo facto das mulheres a partir destas idades já terem provavelmente filhos também mais velhos, o que ofereceria maiores oportunidades para se ausentarem do lar e ingressarem no mercado de trabalho, corroborando o argumento de Bruschini e Lombardi (1996). Todavia não podemos fazer esta mesma correlação para o grupo etário dos 10-19 anos, pois a menor taxa de actividade neste grupo, em termos regionais, pertence à Região Sudeste onde também se verificou em 2000 a menor proporção de nascimentos para este grupo. Esta menor taxa pode todavia, estar reflectindo maiores dificuldades de empregabilidade para este segmento etário devido sua inexperiência profissional. Contudo, na Região Sul, onde se verificou a 2ª menor taxa de fecundidade neste grupo constatou-se também sua maior taxa de actividade no Brasil, ou seja, quase 1/4 das mulheres entre 10 e 19 anos já se encontravam trabalhando. A relação também se confirma na Região Norte, que apresenta uma das menores taxas de actividade no grupo dos 10-19 anos, que apresentou a mais elevada proporção de nascimentos do Brasil no ano 2000.

O Brasil no alvorecer do século XXI praticamente já concluiu seu processo de transição, uma vez que sua taxa de fecundidade já se encontra abaixo do limiar de reposição das gerações. Em 2008 o país já apresentava um ISF de 1,89 filhos por mulher. Entretanto, os diferenciais de fecundidade entre as regiões e diferentes estratos sociais mostram

algumas situações em que este processo ainda se encontra em franco desenvolvimento. As maiores taxas de fecundidade verificadas nas Regiões Norte e Nordeste e o acentuado declínio que vem ocorrendo aí, bem como nos estratos sociais mais carentes apontam que a fecundidade ainda deve permanecer em sua trajetória declinante, apresentando valores cada vez mais reduzidos. Assim, parece-me lícito inferir que alguns estratos sociais já atingiram de facto o estágio final do processo de transição, enquanto outros ainda não.

IV- Parte - Questões sociais e económicas no processo de envelhecimento

1. Discriminação no mercado de trabalho

Diversos estudos⁵⁹ têm descrito o mercado brasileiro como “mercado por significativas e persistentes desigualdades de género e de raça” que tem penalizado a grande maioria da população (Abramo, 2006:40), apesar da Lei 9.029 de 13 de Abril de 1995, em seu artigo primeiro proibir a adopção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade⁶⁰.

“A caracterização da discriminação se dá quando não é possível justificar, a partir de medidas de produtividade pessoais, os diferentes rendimentos” (Santos e Ribeiro, 2006:6), havendo ainda a discriminação ocupacional, que conforme aponta Cambota e Pontes (2007:332) ocorre quando trabalhadores igualmente produtivos têm possibilidades diferenciadas de ocupar empregos de maiores rendimentos. A discriminação tem feito com que os salários das mulheres e dos negros sejam sistematicamente inferiores aos dos homens brancos, mesmo com níveis similares de escolaridade. Segundo Soares (2000:5) os homens brancos configuram-se como o grupo padrão que estabelece a norma no mercado de trabalho. São eles que auferem os melhores salários em detrimento dos demais grupos – mulheres brancas, homens negros

⁵⁹ - Leme e Wajzman (2000), Abramo (2004), Giuberti e Menezes-Filho (2005), Leone e Baltar (2006; 2008), Matos e Machado (2006), Cambota e Pontes (2007), entre outros.

⁶⁰ Art. 1º Fica proibida a adoção de qualquer prática discriminatória e limitativa para efeito de acesso a relação de emprego, ou sua manutenção, por motivo de sexo, origem, raça, cor, estado civil, situação familiar ou idade, ressalvadas, neste caso, as hipóteses de proteção ao menor previstas no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9029.htm

e mulheres negras - o que faz com que a desigualdade de rendimentos do trabalho no Brasil seja ainda uma questão de sexo e, sobretudo de cor (Matos e Machado, 2006:23).

“O mercado de trabalho absorve de forma diferenciada cada indivíduo, de acordo com o seu sexo e a sua cor” com maior concentração dos negros, especialmente do sexo feminino, em postos de trabalhos mais precários (Matos e Machado, 2006:11), enquanto o “gênero marca, em geral, as oportunidades dos indivíduos no mercado de trabalho, criando restrições às mulheres para ocupar postos de trabalho de maior prestígio social, limitando suas possibilidades de mobilidade e reforçando a disparidade de remunerações entre homens e mulheres” (Leone e Baltar, 2008:236). A segmentação ocupacional evidencia que a proporção de ocupações informais e precárias sobre o emprego feminino é superior à do emprego masculino, sendo ainda mais acentuadas em termos de raça (Abramo, 2006:41), notadamente entre as mulheres negras – duplamente discriminadas – com uma maior proporção destas em ocupações mais precárias e com menores rendimentos (Matos e Machado, 2006:22). Além disso, a taxa de desemprego feminina é sistematicamente superior à dos homens brancos e quando se trata das mulheres negras, ela é quase o dobro (Abramo, 2006:40).

Ao procurar o mercado de trabalho, as mulheres enfrentam inúmeros mecanismos discriminadores, que se expressam num leque mais estreito de oportunidades, desigualdades salariais e barreiras no acesso a cargos de comando (Bruschini e Lombardi, 1996:485). Segundo Santos e Ribeiro (2006) parece haver indícios suficientes de que no Brasil ocorra o chamado *glass ceiling* - espécie de barreira invisível que impede o acesso a postos e ocupações de melhores rendimentos - uma vez que há uma queda abrupta da concentração de mulheres na parte final da distribuição de rendimentos. Assim, apesar de sua ampliação na participação de actividades económicas, as mulheres ainda enfrentam barreiras tanto salariais quanto ocupacionais pois se inserem em actividades situadas na base da pirâmide salarial (Matos e Machado, 2006:9), concentrando-se principalmente nos sectores de serviços, em ocupações de pior remuneração e de menor nível de responsabilidade (Leone e Baltar, 2008:236). O diferencial de rendimentos “é apenas um dos aspectos da desigualdade da distribuição de renda de um país” (Leme e Wajman, 2000:251), já que as dissemelhanças médias como idade, experiência, educação e o sector de trabalho só explicam parcialmente a diferença de rendimentos entre sexo, sendo o restante atribuído a um componente residual associado à discriminação (Giuberti e Menezes-Filho, 2005:370).

Apesar da escolaridade ser uma importante variável na alocação dos indivíduos no mercado de trabalho e na definição salarial, ela não possui capacidade explicativa sobre os diferenciais de rendimentos, pois “se o diferencial de escolaridade da população tornou-se favorável às mulheres a partir das coortes nascidas em meados dos anos 50, entre os indivíduos ocupados, as mulheres sempre tiveram franca superioridade educacional em relação aos homens, desde quando os dados permitem observar” (Leme e Wajzman, 2000:266). Ademais, embora as diferenças de rendimento entre os sexos, ocorram em todos os níveis de escolaridade, elas são maiores na educação superior, em que as mulheres constituem mais da metade dos ocupados com essa escolaridade (Leone e Baltar, 2006:357). Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2002), em 2001 35,4% da população feminina ocupada possuía 11 anos ou mais de estudo e um rendimento mensal médio de R\$ 785,90, enquanto os homens deste mesmo grupo recebiam R\$ 1.376,70, ou seja, quase 43% a mais. Para Abramo (2004) os diferenciais de rendimentos ligam-se mais com as construções sociais e culturais que atribuem lugares e valores diferenciados e hierarquicamente definidos ao trabalho de homens e mulheres, negros e brancos do que com atributos técnicos ou o nível de escolaridade dos indivíduos.

Apesar do aumento da participação feminina no mercado de trabalho nas últimas décadas, ainda há subutilização de sua força de trabalho (Ramos e Soares, 1995) principalmente se considerarmos que são as mulheres que detêm os maiores níveis de escolaridade. “Um maior engajamento feminino no mercado, à medida que implica um maior aproveitamento de recursos produtivos, tende a se constituir num elemento propulsor do crescimento e de prosperidade econômica” (Ramos e Soares, 1995:85). Todavia, para potencializar o aumento de sua participação no crescimento econômico, é necessário estimular a geração de emprego bem como eliminar a discriminação no mercado de trabalho (Paiva e Wajnmam, 2005:317).

A Pesquisa Mensal de Emprego (PME) realizada pelo IBGE em Março de 2004 em algumas regiões metropolitanas do Brasil, revela que o rendimento médio usualmente recebido por hora trabalhada é maior entre os homens brancos que nos demais grupos. Note-se que os rendimentos dos negros (pretos e pardos) são nitidamente inferiores aos dos brancos, cujos rendimentos chegam a ser duas vezes superior ao das mulheres pretas e pardas, onde se registam os menores valores recebidos por hora trabalhada. Na capital da Bahia – Salvador – a desigualdade é ainda mais extrema, pois os brancos (de ambos

os sexos) recebem por hora quase três vezes mais que os pretos e pardos relativamente ao mesmo sexo, e os homens brancos quase quatro vezes mais que as mulheres negras.

Tabela 49 - Rendimento médio habitualmente recebido por hora trabalhada pelas pessoas ocupadas, por Região Metropolitana -2004

Sexo	Cor ou raça	Região Metropolitana						
		Total	Recife	Salvador	Belo Horizonte	Rio de Janeiro	São Paulo	Porto Alegre
Homem	Média	5,65	3,76	4,69	5,10	5,26	6,28	5,54
	Branco	7,16	6,40	11,08	6,94	7,03	7,44	5,84
	Pardo ou preto	3,45	2,81	3,74	3,44	3,45	3,48	3,25
Mulher	Média	4,57	2,85	3,63	3,83	4,26	5,21	4,53
	Branca	5,69	4,22	8,07	5,26	5,53	6,06	4,74
	Parda ou preta	2,78	2,26	2,86	2,54	2,83	2,89	3,09

Fonte: IBGE, Diretoria de pesquisas, Departamento de emprego e Rendimento, Pesquisa Mensal de emprego – Março de 2004. Acedido 09/07/2010

A PME apontou ainda que nas seis regiões metropolitanas investigadas⁶¹, a população ocupada era composta por 58% de brancos e 40,8% de negros como era de se esperar, tendo em vista que a população em idade activa (PIA) apresentava maioria branca, contudo, o mesmo não se observou na população desocupada, composta por 49,2% de brancos contra 50,4% de negros, onde era de se esperar que a proporção destes últimos fosse menor, demonstrando que pretos e pardos apresentavam maiores dificuldades em encontrar trabalho. Além disso, a percentagem de brancos que trabalham com carteira de trabalho assinada (registo) é maior que a de negros em cinco das seis regiões metropolitanas investigadas. A única excepção foi Belo Horizonte.

Tabela 50 - Média de anos de estudo da população ocupada de 10 anos ou mais segundo o sexo e a raça – Brasil - 2000

Faixa Etária	Homens Brancos	Mulheres Brancas	Homens Pretos ou Pardos	Mulheres Pretas ou Pardas
10 – 15 Anos	4,8	5,4	3,3	4,1
16 -17 Anos	6,8	7,8	5,1	6,2
18 -24 Anos	8,0	9,5	6,0	7,7
25 Anos ou mais	7,4	8,6	5,0	6,2

Fonte: Sistema Nacional de Informações de Género

Segundo Soares (2000:23) “se dividirmos o processo que leva um indivíduo a ter um salário alto ou baixo em três etapas – formação, inserção e definição salarial –, verificamos que os perfis de discriminação contra homens negros e mulheres brancas são completamente diferentes. Enquanto as mulheres brancas sofrem na última etapa, os homens negros sofrem nas duas primeiras”. Neste sentido, comparando a etapa da formação (nível de escolaridade) percebemos que de facto a população branca possui

⁶¹ Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo.

maior escolaridade que os negros, o que pode contribuir para o aumento de sua probabilidade de inserção em actividades precárias. Todavia, se os rendimentos fossem estabelecidos somente em razão do nível de escolaridade, as mulheres brancas deveriam receber, em média, mais que todos os demais grupos e as mulheres negras mais que os homens negros. A hierarquia de rendimentos seria: mulheres brancas, homens brancos, mulheres negras e por último os homens negros, o que na realidade não ocorre.

Tabela 51 - Rendimento médio mensal de todos os trabalhos da população ocupada, em reais (R\$), segundo a raça e o sexo - 2003

Brancos		Pretos ou pardos	
Homem	Mulher	Homem	Mulher
1.037,20	681,60	491,00	361,50

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, PNAD de 2003. Acedido 2m 24/06/2010.

Se considerarmos os homens brancos como o grupo padrão, ou grupo de referência encontraremos que as mulheres brancas recebem menos que estes cerca de 35%, os homens negros quase 53% menos e as mulheres pretas e pardas 65% menos. Numa primeira análise poderíamos sugerir que a discriminação entre raças é maior que a diferença entre gênero, pois são os rendimentos das mulheres brancas que mais se aproximam do rendimento do grupo padrão, sendo inclusive superiores ao dos homens negros. As mulheres pretas e pardas, duas vezes discriminadas – primeiro pela raça e segundo pelo sexo – chegam a receber menos de 35% dos valores recebidos pelo grupo padrão. Todavia, se realizarmos o cotejo de rendimentos entre sexos na raça negra veremos que as mulheres auferem 73,63% dos rendimentos dos homens de sua raça, enquanto as brancas recebem 65,72% do vencimento masculino branco.

Tabela 52- Rendimento-hora do trabalho principal em Reais (R\$) das pessoas de 10 anos ou mais de idade, ocupadas na semana de referência, por raça - 2008

Brasil	Total	Grupos de anos de estudo			
		Até 4 anos	5 A 8 anos	9 A 11 anos	12 Anos ou mais
Brancos	8,30	4,40	5,10	6,50	17,30
Pretos e pardos	4,70	3,30	3,70	5,00	11,80

Fonte: IBGE; Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008.

Embora a população preta ou parda possua uma escolaridade inferior a da população branca percebe-se que os salários dos negros são inferiores ao dos brancos mesmo quando a escolaridade é igual. Os negros recebem invariavelmente menos que os brancos, independente do grupo de anos de estudo, sendo que as diferenças se acentuam no grupo de maior escolaridade. As menores proporções de rendimento dos negros em relação aos brancos são verificados no grupo de maior escolaridade (68,21%) e no grupo de 5 a 8 anos de estudo (72,55%) e as maiores proporções nos grupos de 9 a 11

anos (76,9%) e até 4 anos de estudo (75%). Tais valores demonstram que a escolaridade não possui capacidades explicativas sobre o hiato de rendimentos entre negros e brancos. Para Soares (2000:15) “quanto mais bem posicionado está o indivíduo na distribuição de renda dos negros [...] maior o Termo de Discriminação”, o que para o autor é uma evidência de que a sociedade brasileira não aceita que negros ocupem posições favoráveis na estrutura de rendimentos e que quanto mais nela avancem, mais são discriminados. Além disso, o hiato de rendimentos entre homens e mulheres brancas diminui em média 1% ao ano, o das mulheres negras diminui 0,7% ao ano e dos homens negros se mantém constante (Soares, 2000:7).

Tabela 53 - % Taxa de Actividade de pessoas de 10 a 15 anos por sexo e a raça – Brasil - 2000

	Idade	Homens Brancos	Mulheres Brancas	Homens Pretos ou Pardos	Mulheres Pretas ou Pardas
Brasil	10-15 Anos	14,2%	8,7%	17,6%	10,1%

Fonte: Sistema Nacional de Informações de Gênero.

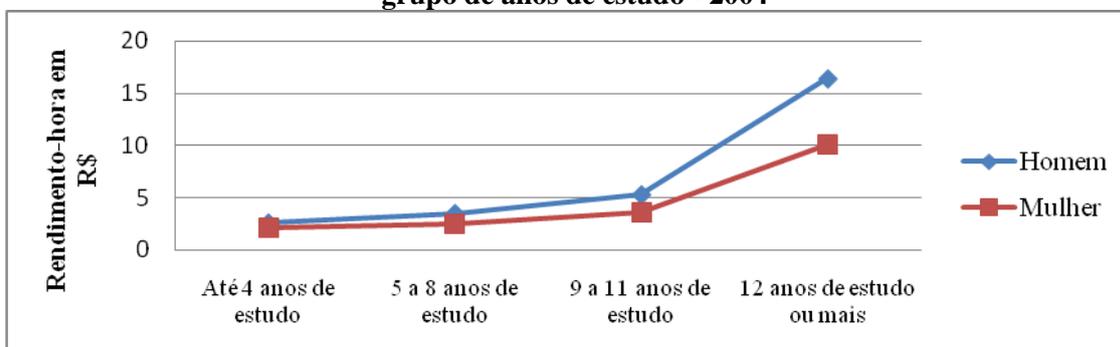
O maior percentual da taxa de actividade entre os indivíduos do sexo masculino entre 10 e 15 anos mostra que estes ingressam no mercado de trabalho mais cedo que as mulheres. O percentual de jovens do sexo masculino pretos e pardos nestas idades que já trabalham é o dobro do apresentado pelas mulheres brancas e superior em mais de 40% ao apresentado pelas mulheres negras. Segundo Hasenbalg e Silva (1990:11), a partir dos 14 anos de idade “seja pela necessidade das famílias, de que suas crianças ingressem no mundo do trabalho, seja pelo acúmulo de repetências que redundam no fracasso escolar, as crianças começam a abandonar a escola”.

Segundo os dados da PNAD 2004, existiam no Brasil neste ano mais de 5 milhões de crianças e jovens com idades entre 10 e 17 anos de idade trabalhando, sendo que entre estes 20,9% começaram a trabalhar antes mesmo dos 9 anos de idade e 55,4% dos 10 aos 14 anos. Destas, 3,8% contribuem com mais de 90% no rendimento médio mensal familiar e 20,3% contribui entre 30% a 90% do orçamento familiar. O maior número de crianças e jovens trabalhadores foi encontrado no Nordeste (1.901.259) e Sudeste (1.353.239) e a menor proporção no Norte com 560.526⁶². Um ingresso mais antecipado no mundo do trabalho pode significar ter de abandonar os estudos mais precocemente, o que por sua vez acarreta disparidades educacionais entre raças e faz com que os negros assumam postos de trabalho mais precários e rendimentos médios inferiores aos dos

⁶² Ver Anexo XI

brancos (Matos e Machado, 2006:11). Nesta perspectiva, o argumento destes autores corroboram o resultado encontrado pela PME de Março de 2004, que constatou que enquanto a PIA branca se concentrava na classe de 11 anos ou mais de estudo, a preta e parda se concentrava mais na classe dos 4 a 7 anos de estudo.

Gráfico 14 - Rendimento-hora da população ocupada em Reais (R\$), segundo o sexo e o grupo de anos de estudo - 2004



Fonte: Elaborada a partir dos dados do IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios 2004

O rendimento médio masculino é superior ao feminino independentemente do grupo de estudos ao qual pertença, todavia quanto maior a escolaridade mais acentuado é o diferencial. O grupo de até 4 anos de estudo é o que apresenta o menor diferencial. Aí as mulheres auferem 80,77% dos rendimentos dos homens, pois enquanto estes recebem R\$2,60 por hora trabalhada, as mulheres recebem R\$2,10. Conforme se aumenta o nível de escolaridade intensifica-se o hiato de rendimento e as mulheres passam a receber cada vez menos em relação aos homens. No grupos de 5 a 8 anos de estudo o grupo feminino recebe 71,43% do rendimento masculino; no grupo de 9 a 11 anos de estudo esta proporção passa a ser de 67,92% e no grupo de 12 anos de estudo ou mais apenas 61,59% do vencimento destes, ou seja, quase 40% a menos que os homens. Assim, apesar da escolaridade aumentar o valor médio dos rendimentos, a ampliação do nível educacional acentua o hiato salarial entre géneros a favor dos homens, o que novamente revela que o nível de escolaridade não explica o diferencial de rendimentos.

Segundo Giuberti e Menezes-Filho (2005: 383), as características das mulheres por si só determinariam um diferencial de rendimentos a seu favor. O facto de possuírem uma maior idade média - fazendo com que sua experiência seja um pouco maior que a dos homens - e de existir um diferencial de produtividade pesando em favor das mulheres (Cambota e Pontes, 2007:335), associado ao seu maior nível de escolaridade deveriam se caracterizar como uma mais-valia a ser contabilizada no cálculo de seus vencimentos

e fazer com que o diferencial de salários se convertessem em seu benefício. Assim, o diferencial de rendimentos “que ainda se mantém a favor dos homens se deve somente a factores associados à discriminação por sexo”, já que não pode ser explicado pelos atributos dos indivíduos (Matos e Machado, 2006:22).

Tabela 54 - % Pessoas de 10 anos ou mais de idade por grupos de ano de estudo, segundo o sexo e a classe de rendimento mensal em salários mínimos (SM) - 2000

Grupos de anos de estudo	Sexo	Classe de rendimento Mensal em salário mínimo (SM)				
		Mais de 5 a 10 SM	Mais de 10 a 15 SM	Mais de 15 a 20 SM	Mais de 20 a 30 SM	Mais de 30 SM
11 - 14 Anos	Total	2,49	0,66	0,37	0,21	0,21
	Homens	1,55	0,45	0,27	0,15	0,16
	Mulheres	0,95	0,21	0,10	0,05	0,05
15 Anos ou mais	Total	1,16	0,57	0,46	0,39	0,54
	Homens	0,46	0,28	0,28	0,26	0,42
	Mulheres	0,70	0,29	0,19	0,13	0,12

Fonte: IBGE _ Censo Demográfico 2000. Acesso em 30/07/2010. Nota: Dados da Amostra.

Os dados confirmam, que há uma queda abrupta da concentração de mulheres na parte final da distribuição de rendimentos, conforme havia indicado Santos e Ribeiro (2006). Nas classes de rendimentos mais elevados há uma menor proporção de mulheres, e quanto mais se avança na classe de rendimento menor é a proporção destas. Entre os indivíduos com 15 anos ou mais de estudo da penúltima classe (20 a 30 SM) a proporção de mulheres é metade da apresentada pelos homens e na última classe (mais de 30 SM) representam pouco mais de 1/4. Desta forma, parece visível que a discriminação é latente na sociedade brasileira, necessitando de políticas mais eficientes e concertadas para extirpá-la.

Tabela 55 - Mulher sem cônjuge com filhos (%) – Brasil - 1992/2006

Ano	1992	1995	1998	2001	2003	2006
(%)	15,1	15,8	16,7	17,8	18,1	18,1

Fonte: IBGE, PNAD 1992/2007. Dados extraídos da publicação Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Acedido em 25/08/2010.

Tabela 56 - Composição dos rendimentos domiciliares – Brasil – 1981/2002

Estatística	Ano				
	1981	1990	1996	1999	2002
% Domicílios com rendimento de trabalho de mulher	35,0	42,9	43,8	44,1	46,9
% Domicílios com rendimento de trabalho de homem	82,2	79,9	74,8	73,2	72,3

Fonte: extraída de Hoffmann e Leone (2004:42)⁶³.

Apesar da ampliação da participação feminina nas actividades económicas, do aumento de sua escolaridade e de sua maior experiência e produtividade, as brasileiras ainda

⁶³ Elaborado pelos autores com dados das PNADs do IBGE.

continuam a receber rendimentos inferiores aos dos homens, ao mesmo tempo em que tem cada vez mais se tornado responsável pelos domicílios, tendo inclusive aumentado a proporção daquelas com filhos e sem cônjuges. Em pouco mais de uma década houve um aumento de quase 12 pontos percentuais nos domicílios com rendimento do trabalho feminino. A contrapartida deste aumento foi uma diminuição de cerca de 10 pontos percentuais nos domicílios com rendimentos do trabalho do homem. Desta forma, o “teto de vidro” ou “*glass ceiling*” pode estar contribuindo para dificultar a redução da pobreza, pois embora os homens ainda permaneçam como maioria no sustento do lar, os rendimentos femininos têm cada vez mais peso, tendo ainda ampliado o número de mulheres responsáveis por domicílios.

“A continuidade das obrigações e responsabilidades das mulheres na família, não se alterando substancialmente a repartição entre sexos dos afazeres domésticos e sem o apoio necessário de serviços públicos especializados, não impediu a consolidação da participação das mulheres na atividade econômica, mas levou a estratégias individuais de adaptação que não evitaram as repercussões negativas sobre a família” (Leone Baltar 2006:355). Sua crescente participação no mercado de trabalho, o desejo de conquistarem melhores salários e o aumento do seu nível de escolaridade contribuíram para uma maior autonomia feminina, elevando o custo do desejo de se ter filhos, e ainda transformando-as em “recursos escassos para as tarefas domésticas de cuidado” (Goldani, 2004:239). Dessa forma, como bem questionou a autora “por quanto tempo as mulheres brasileiras poderão ou quererão continuar no papel de principais cuidadoras dos dependentes da família?”. Ao que tudo indica, dificilmente elas estariam dispostas a abdicar dos direitos conquistados (Goldani, 2004:238). Partindo desta consideração podemos considerar que esse “recurso invisível”, será também cada vez mais escasso no cuidado com os idosos, colocando mais um desafio ao processo de envelhecimento pois tem sido elas “no âmbito privado e familiar, que garantem, na medida das suas possibilidades, e com custo próximo de zero para o Estado, cuidados e atenção, onde amor e afeto substituem serviços e atendimento para-médico profissionalizado” no cuidado com os idosos (Lavinias e Garçon, 2003:150).

2. Desigualdade na Educação

Até a década de 1930, a educação no Brasil caracterizou-se por um baixo grau de investimento educacional. A sociedade brasileira grandemente estratificada e patriarcal,

desde o período colonial, dedicou pouca atenção ao ensino formal para homens e nenhuma atenção para o ensino entre as mulheres. Após as imigrações internacionais e a diversificação da economia brasileira é que se aumentou a demanda pela educação, que passa a ser encarada como um instrumento de ascensão social pelas camadas intermediárias. É a partir de então, que pela primeira vez, os dirigentes do país começam a manifestar alguma preocupação com a educação feminina, sem entretanto ter alcançado significativa percentagem entre estas (Beltrão e Alves, 2009). “Na primeira metade do século XIX, começaram a aparecer as primeiras instituições destinadas a educar as mulheres, embora em um quadro de ensino dual, com claras especializações de gênero. Ao sexo feminino cabia, em geral, a educação primária, com forte conteúdo moral e social, dirigido ao fortalecimento do papel da mulher como mãe e esposa. [...] As mulheres continuaram excluídas dos graus mais elevados de instrução durante o século XIX” (Beltrão e Alves, 2009:128).

Para os autores o hiato de gênero e o deficit educacional feminino fizeram parte da realidade brasileira até meados do século XX, sendo revertido a partir de então a favor das mulheres. Só a partir de 1945 é que se intensifica o crescimento e a democratização da escolarização feminina, pois interessava aos partidos políticos conquistar mais eleitores e só podiam votar pessoas alfabetizadas, o que as mulheres souberam aproveitar, revertendo inclusive o hiato de gênero - sua maior conquista no século XX (Beltrão e Alves, 2009:126). Além da pouca importância dada à educação feminina, vivia-se em uma sociedade preponderantemente rural, com elevadas taxas de mortalidade infantil e de fecundidade, que fazia com que as mulheres ficassem presas aos trabalhos domésticos e nos cuidados com o lar. Nos anos de 1960, com os avanços científicos e médicos as mulheres “começaram a ter acesso a meios contraceptivos eficientes. A regulação da fecundidade permitiu que limitassem o número de filhos e espaçassem os nascimentos ou encerrassem a parturição. Com isso, podiam planejar o tamanho da família, assim como a permanência na escola e a entrada no mercado de trabalho” (Beltrão e Alves, 2009: 133).

Actualmente, a educação configura-se como a “chave para o desenvolvimento do capital humano, indispensável para explorar todas as janelas de oportunidades” que surgem no

processo de transição demográfica (Hakkert, 2007)⁶⁴. Educação para todas as idades, já que a aprendizagem se caracteriza como um processo contínuo e ininterrupto que ocorre ao longo de todas as etapas da vida, possibilitando ao sujeito uma maior autonomia. O volume de capital escolar é uma importante variável que interfere nas diversas esferas da vida humana e nas suas oportunidades sociais e de subsistência, pois “num mundo em permanentes e aceleradas mudanças, é preciso que se ofereça as condições, o necessário conhecimento, para que o indivíduo de qualquer idade possa sobreviver no seu universo cultural; que possa atuar e dele participar como sujeito capaz de transformá-lo” (Alencar, 2002:68-69).

Conforme apontou (Hakkert, 2007)⁶⁵, um bônus demográfico só pode ser realizado se, como aconteceu na Ásia Oriental, forem feitos investimentos de capital humano na área da saúde e da educação dos que estão entrando na força de trabalho, e empregos forem criados para atender à demanda. Somente em seguida, a juventude pode realizar o seu potencial como membros saudáveis e produtivos da sociedade e impulsionar o desenvolvimento económico de seus países. Investimentos na juventude devem ser feitos com suficiente antecedência para criar as condições para o bônus ocorrer. Caso contrário, uma larga força de trabalho ignorante, insalubre, não qualificada, e subempregada cria um fardo para a sociedade e ameaça a sua estabilidade, podendo na melhor das hipóteses desperdiçar a oportunidade de assegurar um elevado crescimento económico e na pior das hipóteses ter de enfrentar aumento do desemprego e das taxas de criminalidade e talvez, instabilidade política (Hakkert, 2007)⁶⁶ pois a baixa escolaridade aumenta a vulnerabilidade das pessoas face ao mundo do trabalho.

⁶⁴ “Education is clearly the key to the development of the human capital essential to exploiting any windows of opportunity” (Hakkert, 2007:3).

⁶⁵ “A demographic bonus can only be realized if, as was true in East Asia, human capital investments have been made in the health and education of those entering the labor force, and jobs have been created to meet the demand. Only then can youth realize their potential as healthy and productive members of society and boost their countries’ economic and development status. Investment in youth must be made early enough to create the conditions for this bonus to occur. Otherwise, a large, uneducated, unhealthy, unskilled, and underemployed workforce creates a burden to society and threatens its stability.” (World Bank, 2004 e Mason, 2003 cit. by Hakkert, 2007:13).

⁶⁶ “Without the right policy environment, countries will be too slow to adapt to their changing age structure and, at best, will miss an opportunity to secure high growth. At worst, where an increase in the working-age population is not matched by increased job opportunities, they will face costly penalties, such as rising unemployment and perhaps also higher crime rates and political instability” (Bloom et al. 2007:4 cit. by Hakkert, 2007:14)

O país vem aumentando gradativamente a média de anos de estudo de sua população, principalmente no grupo feminino, “embora o nível e a qualidade da educação brasileira ainda estejam muito atrás da de outros países com o mesmo grau de desenvolvimento socioeconômico” (Beltrão e Alves, 2009:125). Apesar da ausência de políticas públicas mais concertadas e dos constrangimentos orçamentais que limitam a capacidade do governo em melhorar a qualidade do ensino, a educação pública já revela algumas melhorias como aumento dos níveis de alfabetização, como resultado das menores taxas de fecundidade (Turra e Queiroz, 2005b)⁶⁷. Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2006), a população com 12 anos ou mais de estudo praticamente dobrou entre 1995 e 2005, tendo quase triplicado a frequência ao ensino superior, particularmente entre as mulheres. Contudo, o “rendimento familiar *per capita* é um divisor explícito” no ingresso ao ensino superior onde “o acesso dos 70% mais pobres a esse serviço é praticamente inexistente” (Barros e Foguel, 2000:735). O acesso a este nível de ensino na rede pública é mais um dos contundentes exemplos da perpetuação da desigualdade social brasileira (IETS, 2001:18), pois só ingressam nas universidades gratuitas jovens que tiveram acesso ao ensino privado, pago e de melhor qualidade (IBGE - Síntese de Indicadores Sociais, 2006:188).

Não somente as gerações mais novas têm buscado aumentar seu nível de ensino, mas os idosos também. Assiste-se a multiplicação de “programas voltados para os idosos, como as «escolas abertas», as «universidades para a terceira idade» e os «grupos de convivência de idosos» ” (Debert, 1997:15). De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (2006:217) entre 1995 e 2005 houve um expressivo aumento da proporção de idosos com mais de 9 anos de estudo, inclusive no Nordeste brasileiro. No Brasil, o primeiro espaço destinado a prática de atividades culturais e educacionais para os idosos foi aberto pelo Serviço Social do Comércio (SESC) São Paulo em 1963 e a primeira a primeira Universidade para a Terceira Idade fundada em 1977 também pelos técnicos do SESC São Paulo, após regressarem do intercâmbio da *Université du Troisième Âge*, tendo a partir daí se difundido e sido criadas outras universidades nas

⁶⁷ “Despite the lack of appropriate economic policies, however, some improvements in public education have been made as a result of lower fertility rates. Literacy levels and measures of enrolment and educational attainment have significantly improved in the last decades (Saboia, 1998). Literacy rates jumped from 60 per cent in 1960 to 87 per cent in 2000 (Pinto and others, 2000) and in the last five years almost all children aged 7-14 have been enrolled in school (Schwartzman, 2003)” (Turra e Queiroz, 2005b:104).

diversas regiões do Brasil, dentre elas a UnATI – UERJ, cujas actividades se iniciaram em 1993. Segundo o MEC, em 2002, havia no Brasil, 85 instituições de nível superior que realizavam actividades para idosos, das quais 52 eram públicas e 33 privadas, sendo maioria localizadas na Região Sudeste (Camarano e Pasinato, 2006:281).

Todavia, o aumento do nível educacional brasileiro não decorre de modo homogêneo. Importantes diferenciais são apontados quando se analisa a pertença a um determinado estrato social ou raça. Segundo Ribeiro (2006), os indivíduos pertencentes aos estratos sociais mais baixos, independentemente da cor da pele encontrariam dificuldades semelhantes para ascender socialmente. Contudo, entre aqueles com origens nos estratos sociais mais elevados as capacidades de mobilidade e imobilidade descendente são distintas: os brancos possuem maiores hipóteses de imobilidade no cimo da hierarquia de classe que pretos e pardos, que por sua vez possuem mais hipóteses de mobilidade descendente, o que levou o autor a sugerir que a discriminação racial está presente principalmente no topo da hierarquia de classes - quando posições sociais valorizadas estão em jogo – e não na base - marcada pela discriminação de classe.

Barcelos (1993:19) ressalta que a evasão escolar entre pretos e pardos é maior que a dos brancos, sendo que contudo a maior distância entre estes diz respeito ao desempenho, pois os resultados para os brancos representam quase o dobro dos observados entre pretos e pardos. Soares e Alves (2003) acrescentam que mesmo retirando o efeito do nível socioeconómico, a proficiência dos brancos continua sendo maior. Barcelos (1993) chama ainda atenção para a precocidade com que pretos e pardos abandonam seus estudos, enfatizando que o resultado prático não poderia ser outro senão o baixo nível educacional e uma notável desvantagem em relação à educação formal, que se constitui um dos principais meios de mobilidade social ascendente.

Embora o país demonstre aumento do nível de escolaridade de sua população, especialmente entre as mulheres, ainda persistem relevantes diferenciais entre a população urbana⁶⁸ – mais instruída – e a população rural – menos instruída -, além dos diferenciais entre regiões, como o Norte e principalmente o Nordeste apresentando níveis inferiores à média nacional. Também são verificados diferenciais entre raças, com os pretos e pardos revelando menor nível de escolaridade. As mulheres possuem uma escolaridade média superior à dos homens, tanto no meio rural quanto no urbano,

⁶⁸ Dados mostrados no Anexo XII, para os anos de 1991 e 2000.

sendo que os maiores valores são encontrados nas mulheres brancas. Os homens pretos e pardos são os que apresentam a menor proporção de anos estudados. Parafraseando Barcelos (1993:16), “a pesquisa sociológica no Brasil [...] tem apontado a raça como variável importante na alocação dos indivíduos ao longo da escala social. As desigualdades raciais na educação são parte desse processo.”

Tabela 57 - Taxa de frequência escolar de crianças de 0 a 6 anos de idade, por grupos de idade (%) – Brasil - 2004

Idade	Classes de rendimento médio mensal familiar <i>per capita</i> em salário mínimo (SM)				
	Até 1/2	Mais de 1/2 a 1	Mais de 1 a 2	Mais de 2 a 3	Mais de 3
0-3 Anos	09,0	13,6	19,5	25,7	39,0
4-6 Anos	63,2	72,6	79,3	88,7	94,2

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE, PNAD 2004

Se averigua que entre as crianças entre 0 e 6 anos de idade o rendimento familiar é determinante no acesso a escola. Quanto maior o rendimento familiar *per capita* mais elevada é a taxa de frequência escolar. A taxa de frequência escolar em crianças de 0-3 anos situados na última classe de rendimento é quase 4, 5 vezes superior a taxa das crianças desta mesma idade mas pertencentes a primeira classe de rendimento (até 1/2 SM). Entre as crianças de 4-6 anos, embora o diferencial relativamente aos quintos de rendimento seja menor, ele ainda persiste, e quanto maior a classe de rendimento, maior é a frequência a escola.

Tabela 58 - Taxa de frequência escolar segundo grupos etários seleccionados, por quintos de rendimento mensal familiar *per capita* (%) – Brasil - 2004

Idade	Taxa de frequência escolar por quintos de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> (%)				
	1º Quinto	2º Quinto	3º Quinto	4º Quinto	5º Quinto
7-14 Anos	95,0	96,4	96,8	97,9	99,3
15-17 Anos	72,1	77,2	81,0	85,6	93,1
18-24 Anos	25,4	28,3	26,9	29,6	49,4

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004

Apesar da taxa de frequência escolar das crianças e jovens com idades entre 7 e 14 anos cobrir praticamente todos os estudantes, não revelando grandes diferenciais, ela é mais elevada quando a conjuntura socioeconómica familiar é maior, pois no último quinto de renda a taxa de frequência é 99,3% enquanto no 1º quinto é de 95%, assim, quanto maior o quinto de rendimento *per capita* maior é o acesso à escola. Todavia, é nos grupos etários mais velhos que o rendimento assume importância fulcral no acesso à escola. Entre os jovens de 15 a 17 anos a percentagem da taxa de frequência dos alunos do 1º quinto - os mais pobres - é bem inferior a dos alunos mais ricos situados no último quinto de rendimento. Entre os alunos de 18 a 24 anos estas diferenças se acentuam

ainda mais, onde a proporção dos mais ricos (49,4%) é quase o dobro da cotejada entre os mais pobres (25,4%). Quanto mais se avança a idade, menores são as proporções de estudantes, em todos os quintos de rendimento. Entre os indivíduos com renda mais elevada verifica-se que entre os 18-24 anos sua proporção é pouco mais da metade da constatada entre aqueles que com idades entre 7-14 anos. No primeiro quinto de rendimento as diferenças são ainda mais salientes, pois enquanto a taxa de frequência entre 7-14 anos é de 95% entre 18-24 anos ela se reduz a praticamente 1/4.

Tabela 59 - Distribuição dos estudantes do ensino médio (secundário) e superior na rede pública, segundo os quintos de rendimento mensal familiar *per capita* (%) – Brasil - 2004

Nível de ensino	Taxa de frequência escolar por quintos de rendimento mensal familiar <i>per capita</i> (%)				
	1º Quinto	2º Quinto	3º Quinto	4º Quinto	5º Quinto
Médio	14,9	22,2	25,4	25,2	12,3
Superior	2,3	4,8	10,3	24,9	57,7

Fonte: Elaboração própria com dados do IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004

Pode causar certa estranheza observar que a percentagem de estudantes do ensino médio do 4º quinto de rendimento seja menor que a dos situados no 3º quinto e que o percentual daqueles localizados no último quinto de rendimento seja ainda menor que o dos situados no 1º quinto de rendimento. Todavia a explicação é simples, a grande maioria dos estudantes dos últimos quintos de rendimento que ainda se encontram no ensino médio frequentam a rede de ensino particular⁶⁹, que lhes oferece maiores possibilidades de acesso ao ensino superior gratuito. Mais de 80% das vagas no ensino superior são preenchidas pelos mais ricos, ou seja pelos pertencentes ao 4º quinto (29,7%) e ao 5º quinto (52,2%) de rendimentos. O ingresso neste grau de ensino parece ser regalia dos estratos sociais mais endinheirados, tanto na rede pública quanto na rede particular, onde respectivamente 82,6% e 90,1% dos estudantes pertencem aos últimos quintos de rendimento. Como declarou o IETS (2001:18), o acesso a este nível de ensino na rede pública e gratuita é mais um dos contundentes exemplos da perpetuação da desigualdade social brasileira.

Tabela 60 - Média de anos de estudo das pessoas de 25 anos ou mais de idade segundo os quintos de rendimento mensal familiar *per capita* – Brasil - 2008

Brasil	Total	1º Quinto	2º Quinto	3º Quinto	4º Quinto	5º Quinto
		7,0	4,3	5,4	5,7	7,3

Fonte: IBGE, PNAD de 2008. Nota: Excluídas as pessoas em famílias sem rendimentos, sem declaração de rendimentos, pensionistas, empregados domésticos e parentes do empregado doméstico.

Como a desigualdade socioeconómica representa um dos mais importantes factores de diferenciação social, a média de escolaridade aumenta consoante o quinto de

⁶⁹ Dados sobre o ano de 2004 mostrados no Anexo XVIII.

rendimento *per capita*. Os indivíduos situados no 5º quinto de rendimento possuem em média 6 anos a mais de escolaridade que os do 1º quinto. Quanto maior o número de anos estudados mais bem posicionado está o indivíduo no quinto de rendimento, e quanto mais bem posicionado o indivíduo maior sua possibilidade de aumentar o nível de escolaridade.

Tabela 61 - Distribuição dos estudantes de 18 a 24 anos de idade, segundo a raça e o nível de ensino frequentado - 2008

Grandes Regiões	Distribuição percentual segundo o nível de ensino frequentado e a raça					
	Fundamental		Médio (ou secundário)		Superior (1)	
	Branca	Preta ou parda	Branca	Preta ou parda	Branca	Preta ou parda
Brasil	6,4	18,7	29,7	49,9	60,3	28,7

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE, PNAD 2008. Nota: (1) Inclusive graduação, mestrado ou doutorado (doutoramento).

Teoricamente, aos 18 anos de idade os alunos já deveriam estar ingressando no ensino superior, considerando que ingressaram em torno dos 7 anos de idade na primeira série do ensino fundamental⁷⁰. Todavia, devido às retenções, abandono escolar e ingresso tardio no sistema de ensino, verifica-se que uma notável parte dos estudantes deste grupo etário ainda se encontra frequentando o ensino médio (secundário) e fundamental. Há uma considerável defasagem nomeadamente entre os alunos da raça preta ou parda. No ensino fundamental por exemplo, sua proporção é quase três vezes superior a dos brancos. Nota-se que enquanto 60,3% dos alunos brancos encontram-se no ensino superior, entre os negros esta proporção não chega à 30%. A Síntese de Indicadores Sociais (2002) revelou que entre os estudantes brancos com idades entre 20 e 24 anos, 53,6% frequentavam a graduação, enquanto entre os pretos e pardos esta proporção era de apenas 15,8%. Entre os estudantes brancos com 18 e 19 anos, 21,5% já cursavam este nível de ensino enquanto entre os negros esta percentagem era de apenas 4,4%. Além disso, conforme já discutido anteriormente, o retorno da escolaridade adquirida em termos de salários recebidos, são distintas entre raças e gêneros, apontando que os negros, mesmo com escolaridade equivalente à dos brancos recebem sistematicamente menos que estes.

⁷⁰ O ensino fundamental ou básico que até 2006 era de 8 anos passou a ter a duração de 9 anos a partir da Lei nº 11.274, de 6 de Fevereiro de 2006. A idade para ingresso na 1ª série do ensino fundamental ocorria geralmente aos 7 anos de idade, sendo que a partir da Lei nº 11.274 a idade para o ingresso passou a ser de 6 anos para o 1º ano.

Tabela 62 - Pessoas de 15 anos ou mais por raça, sexo e anos de estudo - Brasil – 2000

Sexo	Anos de estudo	Total	Branca	Preta ou parda
Homens	8 A 10 anos	8,40	4,97	3,31
	11 A 14 anos	7,78	5,26	2,39
	15 Anos ou mais	2,34	1,94	0,33
Mulheres	8 A 10 anos	8,99	5,42	3,45
	11 A 14 anos	9,75	6,59	3,00
	15 Anos ou mais	2,61	2,15	0,39

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do IBGE: Censo Demográfico 2000 - Características gerais da população – dados da amostra. Acesso em 19/07/2010.

As mulheres possuem maior escolaridade que os homens de sua mesma raça. As mulheres brancas são as mais escolarizadas, seguida pelos homens brancos, mulheres negras e por último homens negros. Quanto mais se avança no nível de escolaridade, maior é o diferencial entre raças. É notório como a proporção de pretos e pardos diminui conforme se avança no grupo de anos de estudo. No grupo de 8 a 10 anos de estudo, pretos e pardos representam pouco menos de 40%, enquanto no grupo de 15 anos ou mais esta proporção cai para menos de 15%. No grupo feminino enquanto as brancas representam 1,5 vezes a proporção de pretas e pardas no grupo de 8 a 10 anos de estudo, no grupo com 15 anos ou mais elas são 5,5 vezes maior. O mesmo ocorre no grupo masculino, com o maior diferencial entre raças se situando no grupo de 15 anos de estudo ou mais, onde os brancos representam quase 6 vezes a proporção de negros.

Considerando a importância da educação no processo de mobilidade social e na redução da pobreza, pois “aqueles com menor nível educacional tendem a ser mais pobres do que os de maior escolaridade” (Barros et al, 1999:21) podemos inferir que os negros ao possuírem menores níveis de escolaridade em relação aos brancos encontrariam maiores dificuldades de ascender socialmente. Ainda que ambos enfrentem dificuldades semelhantes quando pertencentes aos estratos sociais mais baixos como apontou Ribeiro (2006), o facto de haver uma maior concentração da população negra nos estratos de renda mais desfavorecidos e por conseguinte uma menor escolaridade entre estes, certamente influenciará de forma negativa nas suas possibilidades de ascensão social.

3. Desigualdade de renda, Segurança Social e transferência de renda

3.1 Desigualdade de renda

O Coeficiente de Gini, que mede a desigualdade da distribuição de renda, onde zero (0) corresponde a completa igualdade e um (1) a completa desigualdade revela que embora a desigualdade social no Brasil tenha diminuído ela ainda permanece elevada. De

acordo com Queiroz et al (2006)⁷¹, este coeficiente para o Brasil é maior que o coeficiente médio da América Latina. O IETS (2001:11) aponta que a consequência final da naturalização e da estabilidade da desigualdade social é a tragédia humana representada pelas dezenas de milhões de brasileiros que vivem, desnecessariamente, na pobreza e na miséria, sobretudo crianças e negros. De facto, a percentagem de crianças e negros que vivem na pobreza é superior ao da população de forma geral. Se compararmos o percentual de pobreza entre brancos e negros encontraremos para os segundos o dobro do valor apresentado pelos primeiros, inclusive entre as crianças.

Tabela 63 - % Total de pobres e crianças pobres segundo a raça - Brasil – 1991/2000

Ano	% Pobres					
	Total	Branco	Negro	Crianças		
				Total	Branca	Negra
1991	40,08	27,21	54,17	51,30	36,62	65,97
2000	32,75	22,18	45,47	45,99	20,25	43,10

Fonte: Elaborada a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Tabela 64 - Índice de Gini da distribuição do rendimento médio mensal real das pessoas de 10 anos ou mais de idade com rendimento – Brasil – 1981/2007

Ano	1981	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1992	1993
Índice de Gini	0.583	0.600	0.599	0.609	0.602	0.611	0.629	0.647	0.620	0.575	0.603

Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2006	2007
Índice de Gini	0.592	0.590	0.588	0.584	0.576	0.572	0.573	0.566	0.559	0.552	0.548	0.543

Fonte: IBGE, PNAD. Acedido em 11/10/2010.

Averigua-se que na década de 1980, a desigualdade no rendimento médio mensal revela uma trajectória ascendente, cujo pico situou-se no ano de 1989 tendo posteriormente iniciado um percurso descendente, embora com nova elevação em 1993. Barros, Henriques e Mendonça (2001:17) apontam que em 1989, os 10% mais ricos recebiam uma renda média cerca de 30 vezes superior à recebida pelos 40% mais pobres. Em 1995 essa relação era 23,3 vezes superior e em 2005 19 vezes (IBGE - Síntese de Indicadores Sociais, 2006:153). A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2009:93) aponta que o diferencial de renda auferido pelos 20% mais ricos e a recebida pelos 20% mais pobres revelam trajectória descendente: em 2001, o primeiro grupo recebia cerca de 24,5 vezes o valor obtido pelo segundo grupo, sendo que em 2008 esta diferença caiu para 18 vezes. Ainda que a partir de 1994 se venha diminuindo a desigualdade na distribuição de rendimentos, seus valores ainda são bastante elevados, e o índice de Gini, apesar de algumas flutuações não conseguiu atingir um patamar inferior a 0,50.

⁷¹ “Brazil has a much higher Gini coefficient (0.6) than the average coefficient for Latin America (0.4)” (Queiroz et al, 2006:3).

A análise de Barros e Foguel (2000:722) também indica que o grau de pobreza tem declinado, passando dos 45% em 1993 para 37% em 1995. Todavia, apesar da redução de 39% em 1977 para 33% em 1998, o número de pobres no país aumentou em quase 10 milhões de pessoas, saltando de 40 para 50 milhões de indivíduos, em decorrência do processo de crescimento populacional (Barros, Henriques e Mendonça, 2000:124). Segundo os autores, embora a magnitude da pobreza revele tendência de manutenção de um novo patamar inferior ao observado no início do período, seu padrão ainda permanece alto e moralmente inaceitável.

De acordo com os dados por apresentados por Barros Henriques e Mendonça (2001)⁷² confirma-se que a desigualdade no Brasil tem atravessado décadas e os mais variados regimes políticos e económicos. A percentagem da renda apropriada pelos 20% mais pobres praticamente não se alterou ao final de duas décadas (1977 a 1999), e a renda apropriada pelos 20% mais ricos em 1999 permanece quase 28 vezes acima do valor da renda obtida pelos 20% mais pobres. Enquanto os 10% mais ricos apoderam-se de 50% do total dos rendimentos das famílias, metade da população apropria-se de pouco mais de 10%. Tais números colocam o Brasil no incómodo e vergonhoso *ranking* dos países de maior desigualdade mundial. Todavia, não é preciso que o rendimento familiar *per capita* mensal atinja aproximadamente 4 salários mínimos⁷³ para que se esteja entre os 10% mais ricos da população brasileira (IETS, 2001:5).

A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2005:112) ressalta que ao se comparar a distância que separa os rendimentos entre sexo, dos mais pobres e dos mais ricos, em 2004 o rendimento médio dos 10% mais ricos era 16,2 vezes o rendimento dos 40% mais pobres, sendo o maior índice de desigualdade entre estes dois grupos apresentado pelo Nordeste, que como aponta Hoffmann (2002:224) destaca-se como a região de maior desigualdade do país, onde o rendimento médio dos 10% mais ricos é 25,2 vezes maior que o rendimento dos 40% mais pobres, enquanto o Estado de São Paulo e a Região Sul são os locais de menores desigualdades, onde essa relação fica abaixo dos 18%. O Nordeste é também a região que possui a maior proporção de famílias com rendimento mensal domiciliar *per capita* de apenas 1 salário mínimo – cerca de 2/3 dos

⁷² Ver Anexo XV - Evolução Temporal da Desigualdade de Renda 1977/1999

⁷³ O salário mínimo brasileiro em 2001 era fixado no valor de R\$180,00 e segundo o IETS (2001:15) não era preciso que o rendimento familiar *per capita* mensal atingisse os R\$700,00 para que se estar entre os 10% mais ricos da população brasileira.

domicílios urbanos estão aí inseridos -, sendo que no Sudeste esta proporção chega a 36,9% e no Sul a 1/3 dos domicílios (IBGE - Síntese de Indicadores Sociais, 2005:156).

Tabela 65 - Estados com as 5 menores Renda *per capita* (Negros e Brancos) - 2000

Raça	Maranhão	Alagoas	Piauí	Paraíba	Ceará
Brancos	167,87	216,50	207,72	202,23	227,13
Negros	89,39	99,68	100,17	111,26	113,54

Fonte: Elaboração própria com os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Segundo os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil enquanto renda *per capita* dos negros em 2000 era em média de R\$ 162,75, a dos brancos era de R\$ 406,54, ou seja, quase duas vezes e meia a mais. Mesmo nos Estados que os negros apresentavam uma maior renda *per capita*, a dos brancos ainda permanecia bastante superior. No Distrito Federal por exemplo, onde os negros possuíam a maior renda *per capita* do país (R\$ 370,16), a dos brancos era mais que o dobro (R\$ 838,71). Nos estados com menores renda *per capita* - os da Região Nordeste - ainda continuava a diferença, com os negros se apropriando de metade da renda obtida pelos brancos. A Síntese de Indicadores Sociais (2006:247) revela ainda que à medida que se aumentam os décimos de rendimentos verifica-se uma diminuição sistemática da percentagem de pretos e pardos. No último décimo encontram-se apenas pouco mais de 5% de pretos e pardos contra quase 15% de brancos, enquanto no primeiro décimo - onde estão os mais pobres - estes valores são de aproximadamente 15% (negros) e 5% (brancos).

Tabela 66 - Indicadores de pobreza segundo a raça - Brasil - 2000

Brancos	Negros	% Pobres e indigentes em 2000					
		Indigentes	Indigentes (Brancos)	Indigentes (Negros)	Pobres	Pobres (Brancos)	Pobres (Negros)
53,74	44,66	16,32	10,01	23,80	32,75	22,18	45,47

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema Nacional de Informações de Gênero e do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

A proporção de negros pobres e indigentes é surpreendentemente o dobro da verificada na população branca. Ao considerar a composição racial da pobreza constata-se a grande sobre-representação da população negra, que em 2000 representava 44,66% da população brasileira, 70% da população indigente e 67% da população pobre, enquanto os brancos correspondiam a 53,74% da população total mas representavam menos de 30% da população indigente e cerca de 33% da população pobre. “Nascer negro no Brasil implica maior probabilidade de crescer pobre. A pobreza no Brasil tem cor. A pobreza no Brasil é negra” (IETS, 2001:14).

A análise de Hoffmann (2002:234) conclui que “em decorrência da extraordinária desigualdade da distribuição da renda, o Brasil continua com níveis de pobreza absoluta muito elevados para seu nível de renda *per capita*.” Sua visão é também compartilhada por Ferreira (2003), pelo IETS (2001), por Barros, Henriques e Mendonça (2000 e 2001) e Barros e Foguel (2000) que constataram que o grau de pobreza brasileiro, é significativamente superior à média dos países com renda *per capita* similar a do Brasil, onde a população pobre representa menos de 10% do total de suas populações. O “diagnóstico básico referente à estrutura da pobreza entende que o Brasil, no limiar do século XXI, não é um país pobre, mas um país extremamente injusto e desigual”, já que sua renda *per capita* coloca-o entre o terço mais rico do mundo, indicando a má distribuição dos recursos como principal determinante para explicar a intensidade da pobreza no país (Barros, Henriques e Mendonça: 2001:28). Os autores apontaram que a renda familiar *per capita* e o PIB *per capita* brasileiros representavam em 2001, valores três a quatro vezes superiores à linha da pobreza no país e que uma distribuição mais equitativa dos recursos seria mais que suficiente para erradicar toda a pobreza do país, que no limiar do século XXI ainda constringia cerca de 40% de sua população.

Estas constatações reforçam a urgência de implementação e execução de políticas públicas de cunho redistributivo, pois tais valores tanto em termos relativos quanto absolutos – cerca de 50 milhões de pobres – são inconciliáveis com o grau de desenvolvimento económico e com o rendimento *per capita* do país. Barros, Henriques e Mendonça (2001:5) alegam que os elevados níveis de pobreza no Brasil não se deve a escassez de recursos, mas sim a desumana desigualdade na distribuição de renda e nas oportunidades de inclusão social e económica, já que a comparação internacional relativamente ao rendimento *per capita* coloca o país entre o terço mais rico dos países do mundo, e relativamente aos países em desenvolvimento situa-se entre os que apresentam as melhores condições de enfrentar a pobreza de sua população.

3.2 – Segurança social e transferências de renda

Segundo Camarano e Pasinato (2006)⁷⁴, as origens do sistema de protecção social no Brasil remontam ao período colonial e constitui-se como um dos alicerces do Estado de

⁷⁴ “The origins of the social protection system in Brazil date back to the colonial period [...]. In the 1930s, Brazil already had a social welfare policy that included social insurance, health, education and housing for those who worked in the formal sector. [...] During the 1970s, another action of the federal government in favor of the poor elderly Brazilians was the creation of two types of non-contributory

bem-estar social, devendo contribuir para reduzir diversos riscos, dos quais a pobreza e a exclusão social. No caso dos idosos, um passo importante na ampliação de sua protecção, foi a criação, na década de 1970, do benefício de pensão e reforma para os trabalhadores rurais e os benefícios da Renda Mensal Vitalícia para idosos pobres, tanto do meio urbano quanto rural, cujo valor na época foi fixado em 50% do salário mínimo.

De acordo com Brumer (2002), até a década de 1950 praticamente todos os trabalhadores urbanos e maioria dos trabalhadores autónomos já eram abrangidos pelo sistema de segurança social, enquanto os trabalhadores rurais, embora formassem a maioria da população, ainda não o eram – devido o “conformismo rural” que vigorou até meados de 1950 -, sendo que as primeiras iniciativas para abrangê-los datam de 1963 com a criação do Estatuto do Trabalhador Rural e a instituição do Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural, que em 1969 passaria a ser designado FUNRURAL. Entretanto, na “prática, a cobertura previdenciária aos trabalhadores rurais não se concretizou, pois os recursos (financeiros e administrativos) necessários à sua efetivação não foram previstos na legislação” (Brumer, 2002:55). Ligado ao FUNRURAL, foi criado em 1971 o PRORURAL prevendo a aposentadoria por velhice e invalidez para trabalhadores rurais com idade superior a 70 anos. Todavia, as mulheres só seriam beneficiadas directamente se fossem ou chefes de família ou assalariadas rurais, permanecendo assim, semi-excluídas deste regime.

A constituição de 1988, elaborada após 21 anos de regime militar, introduziria importantes modificações, com uma noção mais ampla de cidadania, fazendo com que o sistema de segurança social brasileiro se transformasse naquele com a mais ampla cobertura entre os países da América Latina (Suárez y Pescetto, 2005)⁷⁵. Entre as modificações estão a universalização e equivalência de benefícios urbanos e rurais, o direito das mulheres em requerer os benefícios da previdência independentemente de sua colocação no grupo familiar, e elevação do valor médio do benefício rural de meio para um salário mínimo. As trabalhadoras rurais também “passaram a ter direito a

benefits: retirement pensions for rural workers and the Lifetime Monthly Income Benefits [Renda Mensal Vitalícia (RMV)] for the urban and rural poor elderly ones. Their values were set at 50% of the minimum wage” (Camarano e Pasinato, 2006:260).

⁷⁵ “La proporción de personas mayores de 65 años de edad que declaran recibir algún tipo de pensión o jubilación difiere considerablemente de un país a otro. En el extremo inferior se encuentra Nicaragua, con una cobertura de 6,3%, mientras que en el límite superior está Brasil con una cobertura de 85,4%.” (Suárez y Pescetto, 2005:424)

aposentadoria por idade a partir dos 55 anos, independentemente de o cônjuge já ser beneficiário ou não, ou receberem pensão por falecimento do cônjuge. Os homens também tiveram uma extensão de benefícios, com a redução da idade, para concessão de aposentadoria por velhice, de 65 anos para 60 anos, e passaram a ter direito à pensão em caso de morte da esposa segurada” (Brumer, 2002:58). Estas modificações todavia, causaram um expressivo aumento do número de beneficiários, fazendo “ com que a despesa com benefícios pagos pela previdência mais do que duplicasse, passando de 2,6% do PIB em 1988 para 6,1% em 2000” (Ferreira, 2003:45).

Apesar da inclusão dos trabalhadores rurais ter sido tardia, o impacto de benefícios como pensões e aposentadorias no meio rural vêm desempenhado importante função na redução da pobreza e alterando o papel tradicional do idoso no seio familiar, que de dependente tem se transformado cada vez mais em provedor como aponta Beltrão et al (2005:1), sendo as mulheres as maiores beneficiárias. Em 2002, 87,4% dos rendimentos das mulheres idosas residentes no meio rural eram provenientes da previdência social (Pinheiro, 2002, cit. por Ferreira 2003:35).

Tabela 67 - Domicílios particulares rurais, com pelo menos um morador de 60 anos ou mais, por situação no domicílio - 2007

Grandes Regiões	Total (por %) domicílios)	Distribuição %, por classe de contribuição de rendimento do morador de 60 anos ou mais de idade no rendimento mensal domiciliar rural (%)				
		Até 10%	10% A 30%	30% A 50%	50% A 90%	Mais de 90%
Brasil	1600	2,9	8,3	21,5	35,8	31,5
Norte	127	6,3	5,9	21,5	29,9	36,5
Nordeste	811	2,6	5,1	19,1	38,3	35,0
Sudeste	332	2,7	12,3	21,9	38,2	24,8
Sul	258	2,4	14,1	27,4	29,2	26,8
C.-Oeste	72	3,5	9,5	25,9	30,6	30,5

Fonte: IBGE, PNAD de 2007. Nota: (1) Excluídos os domicílios unipessoais e de casais sem filhos. Acedido em 23 /06/2010.

No Brasil, 67,3% dos idosos residentes no meio rural contribuem com mais de 50% no rendimento familiar. No Nordeste, a região mais carenciada do país, esta taxa chega aos 73,3%, sendo que destes, 35% é responsável por mais de 90% no rendimento mensal familiar. No Norte, esta proporção também é elevada: 66,4%. O Sul apresenta a menor percentagem, embora os idosos sejam responsáveis por contribuir com mais de 50% no rendimento familiar em 56% dos domicílios. Quanto mais carente é a região, mais significativo é o contributo dos idosos no orçamento da família. Como defende Delgado e Cardoso Júnior (1999:1) as aposentadorias e pensões no meio rural têm transformado o idoso no “centro de um processo de revitalização da economia familiar rural”.

Tabela 68 - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e distribuição percentual dos aposentados e/ou pensionistas, por sexo, segundo as Grandes Regiões - 2008

Grandes Regiões	Pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo							
	Total (1 000 pessoas)		Distribuição percentual dos aposentados e/ou pensionistas (%)					
			Aposentados		Pensionistas		Aposentados e pensionistas (1)	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Brasil	9 215	11 825	75,4	44,9	1,4	18,9	2,4	11,8

Fonte: Elaborada a partir dos dados da PNAD 2008. (1) Pessoas que acumulam aposentadoria e pensão.

Entre os aposentados há uma maior proporção de homens enquanto entre os pensionistas há uma maior percentagem de mulheres. Também é no grupo feminino que se verifica a maior taxa das pessoas que acumulam benefícios, quase cinco vezes mais que no grupo masculino. O maior número de beneficiários entre as mulheres revela que são elas as maiores favorecidas do Sistema de Segurança Social brasileiro. Como “a renda do idoso depende, principalmente, dos benefícios previdenciários” (Camarano, 2002a: 21), a universalização da aposentadoria tem sido um instrumento privilegiado na redução da pobreza. Hoffmann (2006:79), também aponta que entre 2003 e 2004 se não fosse a expansão das transferências de renda do governo, a pobreza ao invés de diminuir teria aumentado. Camarano (2002b)⁷⁶ aponta para a importância destes benefícios no Brasil como um todo e nas áreas rurais em especial. Em 1999, 82,75 dos idosos rurais receberam algum tipo de benefício social, favorecendo 33,9% do total de famílias residentes nestas áreas. Nas zonas urbanas, estes valores foram respectivamente 76,4% e 28,1%, servindo para reduzir a potencial associação entre idade e vulnerabilidade económica (Camarano, 2002a:6), nomeadamente entre as mulheres.

Tabela 69 - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, responsáveis pelo domicílio, por sexo, segundo as Grandes Regiões -1991 e 2000

Grandes Regiões	Total		Homens				Mulheres			
	Ano		Ano				Ano			
	1991	2000	1991		2000		1991		2000	
			Absoluto	Relativo (%)						
Brasil	6 396 502	8 964 850	4 357 281	68,1	5 594 347	62,4	2 039 221	31,9	3 370 503	37,6
Norte	274 474	433 397	200 282	73,0	291 281	67,2	74 192	27,0	142 116	32,8
Nordeste	1 929 782	2 552 933	1 314 49	68,1	1 584 275	62,1	615 533	31,9	968 658	37,9
Sudeste	2 918 654	4 109 003	1 952 588	66,9	2 515 157	61,2	966 066	33,1	1 593 846	38,8
Sul	977 822	1 387 258	678 950	69,4	886 067	63,9	298 872	30,6	501 191	36,1
C.-Oeste	295 770	482 259	211 212	71,4	317 567	65,8	84 558	28,6	164 982	34,2

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE - Censo demográfico 1991: resultados do universo e Censo Demográfico 2000. Nota: domicílios particulares permanentes.

⁷⁶ “In 1999, 82.7% of the elderly living in rural areas received some kind of social benefit, which benefited 33.9% of the total number of rural families. The comparable proportions for urban areas are 76.4% and 28.1%, respectively. This policy has served to reduce the potential association between old age and economic vulnerability” (Camarano, 2002:6).

Observa-se significativo acréscimo do número de idosos responsáveis por domicílios, principalmente entre as mulheres, embora os homens ainda sejam a grande maioria. A menor proporção de mulheres chefes de domicílio é encontrada no Norte e a maior no Sudeste. O aumento do percentual das mulheres na responsabilidade pelo domicílio, em uma década foi de 5,7 pontos no Brasil e 6,0 pontos percentuais no Nordeste, onde se verificou o maior aumento. Segundo o Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000 (IBGE, 2002:16), em 1991, entre os idosos responsáveis por domicílios 31,9% pertenciam ao sexo feminino, tendo aumentado para 37,6% esta proporção em 2000.

Tabela 70 - População residente de 60 anos ou mais de idade, por condição no domicílio, segundo as Grandes Regiões - 2000

Grandes Regiões	Total	Condição no domicílio (%)			
		Idosos que são responsáveis	Idosos que são cônjuges	Idosos que são outro parente (1)	Idosos que são outra condição (2)
Brasil	14 377 562	62,4	22,0	15,1	0,6
Norte	699 830	61,9	21,0	16,1	0,9
Nordeste	3 994 363	63,9	21,9	13,6	0,6
Sudeste	6 648 788	61,8	21,9	15,7	0,6
Sul	2 277 253	60,9	23,2	15,3	0,5
Centro-Oeste	757 328	63,7	20,5	15,2	0,6

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000. Nota: Domicílios particulares permanentes. (1) Outro parente inclui as pessoas que são relacionadas com o responsável pelo domicílio nas seguintes condições: filho (a), enteado (a), pai, mãe, sogro (a), neto (a), bisneto (a), irmão, irmã. (2) Outra condição inclui as pessoas que são relacionadas com o responsável pelo domicílio nas seguintes condições: agregado (a), pensionista, empregado (a) doméstico (a) e parente do (a) empregado (a) doméstico (a).

Os dados revelam que a maioria dos idosos tem sobre si a grande responsabilidade do sustento do lar no exercício diário da sobrevivência. Em 2000, 62,4% dos idosos ainda eram os responsáveis pelos domicílios em que residiam, sendo esta percentagem ainda maior na Região Nordeste - 63,9%. Apenas cerca de 1/4 dos idosos se encaixam na categoria de outro parente ou condição, sendo que a maior proporção destes é encontrada no na Região Norte e a menor proporção na Região Nordeste. O Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil (IBGE, 2002:16) indica que cerca de 18,4% em 1991 e 20% em 2000 dos domicílios brasileiros eram chefiados por idosos.

Camarano (2003) aponta que o número de mulheres pobres, vivendo em domicílios com rendimento mensal *per capita* inferior a 1/2 SM, entre 1980 a 2000 teve uma redução superior a 50% - caiu de 38,1% para 16,8% e que a proporção de mulheres idosas sem rendimentos foi reduzida de 42,2% para 18,4% e a de indigentes de 14,5 % para 4,1% - uma redução superior aos 70% -, sendo que a proporção de mulheres sem rendimentos é

significativamente menor entre as viúvas, que por sua vez apresentam a maior proporção de beneficiárias da Segurança Social. A autora aponta ainda que as condições de vida das famílias chefiadas por mulheres idosas são melhores se comparadas com as famílias chefiadas por mulheres que não o são. Estes números mostram a importância dos benefícios pagos pela Segurança Social aos idosos. “De modo geral, a incidência e a magnitude da pobreza tendem a declinar com a idade (...) e os idosos demonstram sofrer menos os efeitos da pobreza que os não-idosos” (Barros et al, 1999:12).

Tabela 71 - Domicílios com contribuição de rendimento dos idosos de mais de 50% do rendimento familiar – 1997, 2002 e 2007

Ano	1997	2002	2007
Brasil	47,2	52,0	53,0
Norte	45,4	47,7	52,3
Nordeste	59,8	62,4	63,5
Sudeste	40,2	46,2	46,9
Sul	44,5	51,3	52,2
Centro-Oeste	43,2	46,1	47,5

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1997/2007.

(1) Excluída a população rural de Rondônia, Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Amapá.

No Brasil, em 2007, a contribuição dos idosos com mais de 50% no rendimento familiar representou 53% sendo ainda mais expressiva no Nordeste - 63,5% dos domicílios. Os dados enunciam o aumento da importância do contributo do rendimento dos idosos no orçamento familiar, sendo que quase 60% da sua renda são oriundas de aposentadoria (Barros et al, 1999:25), sobretudo nas idades mais avançadas onde declina a importância dos rendimentos do trabalho, o que confirma a função fulcral da Segurança Social, e a preocupação em permitir que este sistema possa continuar a funcionar, pois sua falência teria efeitos desastrosos para a estabilidade social brasileira, atingindo não só os idosos, mas também aqueles domicílios que têm se ‘beneficiado’ de sua presença, pois “o setor público é o principal garantidor do consumo dos idosos” (Turra e Queiroz, 2005a:193).

Embora os programas de redução da pobreza tenham beneficiado prioritariamente os idosos, por outro eles parecem incidir, ainda que indirectamente, sobre os demais grupos etários, uma vez que os idosos vêm aumentando sua participação no provimento dos domicílios. Camarano (2002b)⁷⁷ aponta que o aumento do nível de pobreza entre a população de 25 a 59 anos teve como resultado um maior alargamento do período em

⁷⁷ “[...] the effects of the continuous economic crisis experienced by the Brazilian economy. (...) Poverty increased among the non-elderly urban population aged 25 to 59. As a result, there has been an increase in the time adult children spend as dependents of their parents” (Camarano, 2002).

que os filhos adultos permanecem na condição de dependentes de seus pais. A redução das oportunidades económicas para os jovens foi traduzida em altas taxas de desemprego e este facto, aliado ao aumento do número de gravidezes na adolescência e divórcios entre a população jovem, exigiu apoio adicional dos pais, provavelmente idosos (Camarano, 2002b)⁷⁸. A proporção de domicílios chefiados por idosos, com a presença de pelo menos 1 filho maior de 21 anos saltou de 19% em 1981 para 44% em 1999⁷⁹, tendo também aumentado o número de idosos que co-residem com seus netos.

Desta forma, tem havido canalização dos benefícios pagos aos idosos aos demais membros familiares, o que insinua que qualquer alteração efectuada pelas políticas públicas relativamente aos benefícios afectaria não somente os idosos, mas uma parcela considerável das famílias que se beneficiam destes proventos, que cada vez mais, têm integrado os rendimentos das famílias. Em 1999, os ganhos de 53,4% das famílias urbanas que vivem junto com membros idosos foram exclusivamente geradas pelos benefícios da segurança social, sendo que esta proporção no meio rural foi de 39,8% (Camarano, 2002)⁸⁰. Assim, pode-se depreender que os benefícios pagos por este sistema tem se transformado em um importante mecanismo de redistribuição de renda, beneficiando ainda que indirectamente outros grupos etários.

Ao analisar os arranjos domiciliares com idosos Camarano (2003) verificou que em 76% das famílias de idosos descobrem-se filhos residindo, sendo 0,8 filho por adulto e 0,5 neto, o que permite “a inferência de que a co-residência é um arranjo familiar generalizado entre a população idosa brasileira e, nesse caso, parece refletir mais as necessidades da população jovem e adulta do que a idosa” (Camarano, 2003:55) sobre a qual não é possível depreender se tais arranjos reflectem sua preferência ou se são o resultado de pressões económicas, sociais e de saúde (Camarano, 2003:59). Segundo Goldani (2004) a ocorrência de domicílios multigeracionais no Brasil se deve, em grande parte, às dificuldades económicas, em que pais idosos e filhos adultos buscam se

⁷⁸ “On the other hand, economic opportunities for the young have been reduced in Brazil over the last 20 years. This has been translated into high unemployment rates. For instance, the unemployment rate for the population aged 15-24 increased from 6.2% in 1981 to 19.1% in 1999 [...]. Furthermore, teenage pregnancy is increasing as well as divorces and separations among the young population [...]. This has demanded additional support from parents, probably elderly ones” (Camarano, 2002b:17).

⁷⁹ Table 8 (Camarano, 2002b:24).

⁸⁰ “In 1999, earnings of 53.4 % of urban Brazilian families living together with elderly members were uniquely originated from social security benefits. The comparable proportion for rural areas was 39.8%” (Camarano, 2002b:17).

ajudar mutuamente no processo de sobrevivência, fortalecendo assim os laços de obrigação e lealdade. Entretanto, diante da possibilidade de viverem separadamente, tanto os filhos adultos quanto os idosos optariam por viver separadamente como sugere a crescente proporção de domicílios unipessoais (Goldani, 2004:234).

Tabela 72 - Distribuição (%) das unidades unipessoais, segundo os grupos de idade da pessoa de referência - 2004

Brasil	Distribuição % das unidades unipessoais, por grupos de idade da pessoa de referência (%)							
	Até 19 anos	20 - 29 Anos	30 - 39 Anos	40 - 49 Anos	50 A 59 Anos	60 Anos e mais		
						Total	Sexo	
						Homens	Mulheres	
(%)	1,3	11,4	14,4	15,5	16,4	41,0	9,9	15,5

Fonte: Elaborada a partir dos dados do IBGE, PNAD de 2004. Acedido em 10/06/2010.

O número de domicílios unipessoais cujos responsáveis são pessoas de 60 anos ou mais de idade representa mais de 40% destes, tendo maior sua proporção entre as mulheres, o que pode estar reflectindo uma menor dependência em relação aos parentes. Os benefícios da aposentadoria pensões, os progressos tecnológicos e a melhoria das condições de saúde parecem ter contribuído para sua maior autonomia. Entretanto, as trocas intergeracionais ocorridas no seio familiar permanecem como uma inexaurível fonte de apoio tanto de bens quanto de ajuda e afecto entre avós, filhos e netos. A presença de idosos os domicílios sugere um menor grau de pobreza nestes, numa importante forma de permuta e apoio intergeracional. A dependência dos idosos em relação à família tende a aumentar consoante o aumento da idade devido a maior probabilidade de adquirirem incapacidades funcionais. Neste sentido, as mulheres idosas urbanas, por terem uma maior longevidade pode ter também uma maior dependência, pois o facto de viverem mais que os homens faz com que estejam mais sujeitas a deficiências físicas e mentais do que estes (Camarano, 2002 e 2003).

Tabela 73 - % Pessoas com 65 anos ou mais morando sozinhas – 1991 e 2000

Ano	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.-Oeste
1991	9,40%	7,63%	9,80%	10,75%	10,30%	9,60%
2000	12,05%	10,28%	10,92%	14,35%	14,55%	13,54%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Perez et al. (2007)⁸¹ destaca que nos domicílios multigeracionais a presença dos idosos pode significar canalização das transferências do governo - via recebimento de

⁸¹ “The result of this large interaction can imply that the aged individuals are channeling government transfers towards other family members, especially those in the most need, such as the youngest age

benefícios - para outros membros da família, como o resultado de uma estratégia desenvolvida como uma resposta à precariedade económica. Assim, num contexto em que permanecem elevadas as taxas de desemprego e injustiças salariais e sociais, a responsabilidade dos idosos pela provisão económica dos filhos adultos e netos têm aumentado. As transmissões financeiras estariam assim ocorrendo principalmente no sentido descendente, ou seja de pais para filhos e de avós para netos. Como a renda média dos idosos é em geral mais elevada que a renda *per capita* dos domicílios aos quais pertencem, sua presença acaba por contribuir para a elevação da renda *per capita* familiar e redução do grau de pobreza (Barros et al, 1999 e Pinheiro 2002 cit. por Ferreira 2003:35). Barros et al (1999) por exemplo, concluiu que os domicílios com idosos seriam mais pobres, caso estes constituíssem lares separados, pois no geral seu rendimento médio é superior ao rendimento *per capita* dos domicílios onde residem. Infere-se assim, que o sistema de segurança social tem sido um instrumento privilegiado na diminuição da pobreza nos domicílios com idosos. Que se pese o facto da política social brasileira não ter sido capaz de corrigir a profunda desigualdade de renda, fazendo com que o país permaneça ainda na lista dos 10% mais desiguais do mundo, ela entretanto tem conseguido alguns avanços na redução da pobreza. Segundo os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, a percentagem de pobres declinou de 40,08% em 1991 para 32,75% em 2000.

Tabela 74 - Proporção das pessoas de 60, 65 e 70 anos ou mais de idade aposentadas e ocupadas, segundo o sexo em 2008 - Brasil

Proporção das pessoas de 60, 65 e 70 anos ou mais de idade aposentadas e ocupadas na semana de referência, por sexo (%)								
60 Anos ou mais			65 Anos ou mais			70 Anos ou mais		
Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
18,5	27,5	11,5	17,6	27,8	10,0	14,3	23,1	7,8

Fonte: IBGE; Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios 2008

Na prática, estar aposentado não significa necessariamente parar de exercer actividades remuneradas, como mostra Camarano (2002a:6), ao revelar que apesar do grande aumento da proporção de aposentados entre 1981 a 1998, a taxa de actividades entre idosos não sofreu grandes alterações, permanecendo em torno de 27%. A Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2006) também constatou que em 2005, os idosos aposentados e ocupados eram cerca de 19%, com maior representatividade no grupo masculino dos 60 a 69 anos, pois a taxa de actividade tende a declinar nas idades mais

groups. [...] Two generations coexisting in the same household can be the result of a strategy developed as an answer to precarious economic situations” (Perez, Turra e Queiroz, 2007:39).

avançadas devido as maiores dificuldade de inserção no mercado de trabalho, e conforme declinam os rendimentos do trabalho, cresce a importância os rendimentos dos benefícios sociais, nomeadamente os da aposentadoria. Mesmo quando se avança na idade, os idosos não deixam de participar no rendimento familiar, o que se verifica é uma alteração na composição dos rendimentos.

3.2.1 – A discussão do viés intergeracional

Barros e Carvalho (2003) apontam que na ausência das transferências governamentais, a pobreza poderia superar os 65% para grupos com mais de 65 anos, enquanto entre as crianças ficaria entre 50% e 60%, entretanto, devido às transferências, a pobreza entre as crianças tornou-se três vezes superior a verificada entre os idosos - que passaram inclusive a apresentar um grau de pobreza inferior ao do grupo etário entre 25 e 65 anos. A “atual política de transferência de renda, ao fixar o valor do benefício do Bolsa-Escola⁸² em R\$ 15,00 mensais por criança e o valor do benefício de prestação continuada ou previdência rural em um salário mínimo⁸³ mensal por beneficiário, introduz um importante e discutível viés intergeracional na política social brasileira, levando a que ela passe a beneficiar prioritariamente a população idosa em detrimento da população infantil” (Barros e Carvalho, 2003:9). O IETS (2001:13), também argumenta que “dado o nível muito maior de pobreza entre as crianças do que entre os idosos, até que ponto os primeiros não mereceriam também uma complementação de renda, custeada pelo contribuinte, que permita a esta faixa etária mais jovem reduzir drasticamente o número de pobres.”

Rios-Neto (2005:402) acrescenta ainda que “os gastos de transferências previdenciárias e com saúde precederam as despesas com educação. Neste sentido, a gênese da política social universal brasileira não apresenta quadro compatível com a hipótese da eficiência em gastos com capital humano”, pois como apontam Turra e Queiroz (2005a: 193) embora a população jovem seja maioria no Brasil, “o volume de recursos *per capita* transferido pelo setor público para idosos é cerca de 7 vezes superior ao transferido para crianças”. Em 2004, o sistema público de pensões transferiu cerca de 12% do PIB a partir do trabalho da população em idade activa para os idosos no Brasil, uma

⁸² Programa compensatório que procura amenizar os efeitos da pobreza e da desigualdade, que condiciona as transferências de renda à permanência das crianças no sistema escolar.

⁸³ O salário mínimo brasileiro em 2003 era R\$240,00 com vigência a partir de 03/04/2003.

quantidade significativa para um país onde apenas 6% da população tem 65 anos ou mais (Turra e Queiroz, 2005b)⁸⁴.

Como aponta Perez et al (2007)⁸⁵, os programas de transferência de renda aos idosos são importantes, necessários e desejáveis, entretanto deixa sérias dúvidas se ao se inclinar a seu favor não estaria causando certa desatenção às necessidades de outros grupos da população, pois se os gastos sociais destinados aos idosos passam a concorrer com os destinados a outros sectores, pode afectar o bem-estar social, principalmente das crianças.

O IETS (2001: 12) indica que a pesquisa realizada no Canadá mostrou que cada dólar investido em crianças de até três anos de idade poupa o Estado de investir 7 dólares em programas de suporte e subsídios a adultos sem condições de, por si mesmos construir um padrão digno de vida, mas que ainda assim, no campo da protecção social, o Brasil fez claramente uma opção preferencial pelos idosos. Ao destinar a maior parte dos recursos para a aposentadoria e uma pequena fracção à saúde pública “o Brasil, certamente, difere da maioria dos países desenvolvidos neste aspecto ” (Wong e Carvalho, 2006:14). Ao examinar os gastos sociais por área de alocação, Barros e Foguel (2000:723), apontaram que a área que mais consome é a Previdência Social - 35mil milhões - enquanto a educação consome 28 mil milhões e a saúde 22 mil milhões.

Segundo Lavinias e Garson (2003:146) o viés do Primeiro Orçamento Social da União, publicado em 2000, “reside justamente em ignorar que a mazela brasileira no campo da protecção social é garantir, em matéria de transferências directas de renda, quase nada além de aposentadorias e pensões”, uma vez que 90% de todas as transferências directas de renda asseguradas pelo Estado reportam a gastos previdenciários. Assim, a crítica ao documento deve assentar-se na sua distribuição focalizada e na sua redução a uma política de socorro aos mais necessitados. Para os autores, a primazia do gasto previdenciário reflecte a imensa debilidade do sistema de protecção social no Brasil,

⁸⁴ “In 2004, the public pension systems transferred about 12 per cent of the GDP from the working age population to the elderly in Brazil, a significant amount for a country where only 6 per cent of the population is aged 65 years or over” (Turra e Queiroz, 2005b:116).

⁸⁵ “The public transference programs for aged people are important, necessary and desirable. Nonetheless, at the same time, there are serious doubts on the fact that if these policies are leant to favor aged population, this will not cause certain inattention to other population group’s needs. [...] If social expense directed to elderly people competes with other programs destined to other population sectors, the former can affect society’s wellbeing, especially children’s welfare” (Perez, Turra e Queiroz, 2007:39).

que ainda carece de uma política para a família que ofereça cobertura a todos os brasileiros. “Somados, salário-família e salário-maternidade representam, tão-somente 1,17% das transferências diretas de renda e 0,9% do gasto social do governo federal em 2002. [...] O que o documento do gasto do governo federal revela cruamente é que neste país política universal ainda está por ser feita” (Lavinias e Garson, 2003:148).

A soma de gastos do INSS com aposentadorias em 2002 correspondeu a 9% do PIB brasileiro, enquanto a média dos países ricos é de 7,4%, sendo que possuem um índice de envelhecimento e um número de aposentados superior ao do Brasil (Ferreira, 2003). O autor argumenta ainda que embora o gasto brasileiro com a previdência social seja elevado, isto entretanto não significa que o país pague valores dignos suficientes para que a maioria dos aposentados possam viver exclusivamente dos rendimentos das aposentadorias e pensões. O problema é que a maior parte dos gastos sociais destina-se a grupos sociais privilegiados, com significativas “distorções no valor das aposentadorias e pensões, privilegiando minorias que recebem a maior parte da renda dos benefícios, em detrimento de uma grande maioria” (Ferreira, 2003:3). Acrescente-se ainda que a fonte desse dinheiro origina-se numa das mais elevadas cargas tributárias entre os países em desenvolvimento, ultrapassando um terço do PIB e superando inclusive a das mais ricas nações do mundo, como EUA e Japão (IETS, 2001:11).

3.2.2 - Redução da pobreza e gastos públicos

Barros e Carvalho (2003:3) defendem que se o país adoptasse uma forma de distribuição de renda similar a realizada pelo Uruguai, que entre os países da América Latina é o que apresenta o menor grau de desigualdade, mesmo sem alterar o volume total dos recursos disponíveis no país, a pobreza no Brasil seria reduzida de 35% para aproximadamente 12%. Suas análises indicam que a pobreza responde mais sensivelmente aos esforços de ampliação da equidade do que aos esforços de aumento do crescimento económico, embora este seja um importante meio de combate a pobreza, todavia lento. Para reduzir a extrema pobreza de 15% para 5% bastaria diminuir o grau de desigualdade em 10 pontos percentuais, enquanto para alcançar este mesmo valor seriam necessários 28 anos de crescimento contínuo na renda *per capita* de 3% ao ano.

O IETS (2001:6) também aponta que para se reduzir 60% da pobreza no país seria preciso crescer de forma sustentada a taxas bem maiores que as observadas nos últimos

anos, enquanto pela via da redistribuição de renda ou simples melhoria na alocação de recursos sociais já disponíveis no orçamento, a redução seria mais expressiva e mais rápida. Como ressaltam Barros e Foguel, apesar do elevado grau de pobreza brasileiro, o volume total necessário para erradicá-la é relativamente pequeno quando comparado com a renda nacional, pois “seriam necessários apenas 4% da renda nacional, ou aproximadamente 25% dos recursos públicos destinados à área social” (Barros e Foguel, 2000:719). Em um exercício de construção de uma sociedade hipoteticamente igualitária no que se refere ao rendimento, Barros, Henriques e Mendonça (2001:9), calcularam que seriam necessários 7% da renda das famílias para retirar da pobreza toda a população excluída, demonstrando que o rendimento familiar *per capita* brasileiro é mais que suficiente para erradicar a pobreza do cenário nacional.

Um outro problema apontado nos gastos públicos reporta-se à sua má focalização que falha em atingir os mais necessitados. Através da relação entre a distribuição de recursos e as carências dos estados brasileiros no programa de atenção a crianças de 0 a 6 anos, Barros e Carvalho (2003:7) encontraram que alguns estados recebem mais recursos do que sua participação no total de carências, enquanto outros recebem menos recursos relativamente ao total de carências. Além disso, existe muito pouca articulação entre as políticas sociais das esferas federal, estadual e municipal, o que faz com que haja áreas e famílias duplamente acolhidas enquanto outras não são atendidas.

Desenhar uma política social flexível que possa ser ajustada às especificidades de cada local, que permita explorar suas sinergias e superar suas carências assume fundamental importância. A criação de um registro único para os favorecidos nos vários programas sociais permitiria minimizar os riscos da sobreposição de benefícios, e ao mesmo tempo cooperaria para sua melhor focalização. Neste campo de ação, os formuladores de políticas públicas, unificaram no programa Bolsa-Família os antigos programas Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Cartão-alimentação e Auxílio-Gás. As famílias que usufruíam de um ou mais destes benefícios tiveram seus cadastros transferidos para o Cadastro Único, que de acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e Combate à fome, é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias em situação de pobreza, ou seja, com renda familiar *per capita* inferior ou igual a meio salário mínimo. Segundo o MDS, o programa está bem focalizado e tem chegado àqueles que dele necessitam, contribuindo para a redução da extrema pobreza.

Se considerarmos a projecção da população para 2010 feita pelo IBGE, que prevê a cifra de 193.005.325 pessoas, podemos dizer que o programa Bolsa Família atingia em Junho de 2010 cerca de 6,24% do total populacional brasileiro, com maior parte das famílias atendidas residindo no Nordeste, a região mais carenciada do país. Se analisarmos isoladamente o total populacional de cada uma das Grandes Regiões e o percentual de famílias beneficiárias do programa, 11,36% do total populacional da Região Nordeste usufrui do benefício⁸⁶.

“A construção de um projeto de desenvolvimento para o Brasil, tendo como eixo a justiça social e a qualidade de vida, pressupõe que a pobreza é nosso problema mais urgente, mas a desigualdade é nossa maior doença” (IETS, 2001:4). A literatura brasileira recente tem sido unânime em ressaltar que o problema da endémica pobreza brasileira, cujas raízes são históricas, não se relaciona com a ausência de recursos, pois eles existem inclusive em valores bem superiores aos necessários para erradicar a pobreza, o problema é que são mal focalizados, e muitas vezes, onde deviam funcionar para reduzir a desigualdade, acabam por reproduzi-la, como é o caso do seguro-desemprego (mal focalizado tanto no acesso quanto no gasto) e das aposentadorias e pensões (mal focalizada no gasto), onde os perfis dos gastos são regressivos, já que os mais ricos recebem benefícios bastante superiores (Barros e Foguel, 2000).

Do total dos recursos distribuídos pelo programa do seguro-desemprego, 23% são destinados aos pobres e os outros 77% para os não-pobres. O benefício médio para os primeiros é de aproximadamente 62% do valor pago aos segundos (IETS, 2001:23). O IETS assinala ainda que este programa é financiado em última instância, por todos os contribuintes, sendo assim, surpreendente, “que os trabalhadores com maior salário mereçam receber benefícios maiores, oriundos de recursos públicos, apenas porque desfrutam de um padrão de vida mais alto, que exige mais dinheiro para ser mantido. Este é um exemplo contundente que mostra como a sociedade e as instituições brasileiras legitimam e cristalizam a desigualdade” (IETS, 2001:24).

No programa de transferência de verbas direccionadas ao seguro-desemprego e às pensões, observa-se a existência de concentração de benefícios nos quintos superiores, indicando que a incidência dos benefícios é regressiva, ou seja, beneficia os mais ricos.

⁸⁶ Ver Anexo XVI

Nos gastos sociais, de forma geral, apenas 13% estariam atingindo os pobres (Amsberg e al., 2000; cit. por Ferreira 2003:20). O valor médio do benefício rural é de um salário mínimo mensal, o do benefício urbano é de 2,1 salários e para muitos dos beneficiários dos poderes legislativo e executivo, é possível alcançar o valor médio de 36,2 salários mínimos mensais. Desta forma, os gastos públicos “contribuem para a perpetuação da má distribuição de renda. Especificamente no caso das aposentadorias e pensões, o rendimento concentra-se nos estratos superiores, onde estão os relativamente mais ricos, evidenciando como tais benefícios são mal distribuídos e contribuem para aumentar a desigualdade de renda” (Ferreira, 2003:25).

3.2.3 Desequilíbrios no sistema previdenciário

Além destas distorções, “o debate corrente [...] chama a atenção para as dificuldades de financiamento das aposentadorias rurais em bases universais e para os desequilíbrios do sistema previdenciário de forma geral” (Goldani, 2004:219). As mudanças introduzidas pela Constituição de 1988, como a universalização e equivalência de benefícios urbanos e rurais e o direito das mulheres em requerer os benefícios da previdência independentemente de sua colocação no grupo familiar, e elevação do valor médio do benefício rural de meio para um salário mínimo “em princípio [...] eram bem-vindas e tinham o objetivo de reduzir a pobreza e melhorar a distribuição da renda. Mas com o aumento de benefícios sem a mesma proporção de receita, a insustentabilidade do sistema previdenciário ficou patente” (Ferreira, 2003: 17). O rápido envelhecimento da população brasileira e o futuro estreitamento da população economicamente activa, tenderá a agravar cada vez mais esta situação, comprometendo inclusive sua sustentabilidade caso não sejam realizados os ajustes necessários e adequados para manterem em harmonia receitas e despesas. A longevidade deve também ser ponderada na realização destes ajustes, pois uma maior esperança de vida implica também o alargamento do período médio da duração das aposentadorias.

“A Previdência Social no Brasil, como na maior parte dos países da América Latina, é baseada no sistema de repartição simples, que funcionou de forma satisfatória em populações relativamente jovens, quase-estáveis. Atualmente, enfrentam crises estruturais, não-demográficas, crônicas” (Wong e Carvalho, 2006:20). De acordo com o actual modelo de repartição, são as contribuições da população activa que financiam os benefícios pagos à população que perdeu sua capacidade de laborar. Para ser

economicamente sustentável, este modelo necessita de uma pirâmide etária com uma base alargada e uma ampla população contribuinte para financiar o topo. Isto demandaria a presença de altas taxas de crescimento populacional, o que não é o caso. Pelo contrário, teremos um crescimento populacional cada vez mais diminuto e uma longevidade cada vez maior, o que faz com que um menor número de contribuintes tenha de suportar um maior número de beneficiários, além do facto de grande parte da população activa brasileira se encontrar no sector informal, não contribuindo portanto para o financiamento do sistema. Actualmente, a situação demográfica é “favorável, temos um número de contribuintes potenciais, em 2010, quase 10 vezes maior do que os idosos” enquanto em 2050 eles serão 3,4 vezes maior (Brito, 2007:16). Um dos grandes problemas é que grande parte da população ocupada não contribui para a Previdência Social, sendo a proporção das mulheres superior à dos homens não contribuintes.

Tabela 75 - Proporção da população ocupada (%) contribuinte e não contribuinte para a Previdência Social - 2004

Brasil	Contribui			Não-contribui		
	Total (1)	Homens	Mulheres	Total (1)	Homens	Mulheres
	46,4	47,0	45,5	53,3	52,6	54,3

Fonte: IBGE; PND de 2004. Nota: (1) Inclusive trabalhadores na produção para o próprio consumo, trabalhadores na construção para próprio uso e sem declaração.

Ferreira (2003) chama a atenção para a presença cada vez menor do número de empregados com carteira assinada – principal fonte de arrecadação da Previdência Social brasileira – em detrimento da crescente informalidade do mercado de trabalho, diminuindo ainda mais a base da contribuição da Previdência Social e comprometendo a arrecadação do sistema. Devido a grande quantidade de pessoas que se encontram na informalidade e portanto não contribui, a base de arrecadação tem se situado abaixo de seu potencial, sendo este um dos principais motivos que prejudica a solvência do regime. Dada a importância que este sistema tem revelado na melhoria das condições de vida dos idosos e daqueles que devido a constante instabilidade económica se encontram deles dependentes e o facto de o país possuir imenso contingente de população em idade activa, é de fundamental importância e urgência que se equacione sua sustentabilidade.

Camurano (2003:60) destaca ainda que “reconhece-se a sobreposição de benefícios, o que pode levar à criação de subgrupos superprotegidos. Tomando como exemplo duas mulheres que tenham participado pelo mesmo período de tempo do mercado de trabalho e apenas uma delas tenha se casado, se a que se casou ficar viúva e se aposentar, contará

com dois benefícios: o seu e o de seu marido. Nesta situação encontravam-se, em 2000, 10,3% das idosas brasileiras. Além disso, a mulher se aposenta cinco anos antes do que os homens, apesar de viver quase nove anos a mais, como um mecanismo de compensação pelo custo de oportunidade que tem de arcar em seu período reprodutivo. No entanto, nem todas as mulheres têm filhos e muito menos o mesmo número de filhos”. Como as mulheres se aposentam mais cedo e possuem uma maior esperança de vida em relação aos homens, isto significa um alargamento do uso do período das aposentadorias, o que faz com que o deficit actuarial nas aposentadorias das mulheres seja superior ao dos homens.

Todavia, ainda mais gritante é a desigualdade entre os benefícios médios dos aposentados, apontados por Suárez e Pescetto (2005)⁸⁷ em que um juiz federal tinha um benefício mensal médio de cerca de US\$ 5.000,00 e na outra extremidade, o benefício médio de um aposentado do sistema de Segurança Social era de aproximadamente US\$157,00, ou seja dezenas de vezes inferior. Assim, “constata-se que a renda das aposentadorias e pensões no Brasil é distribuída de forma desigual entre aposentados pobres e não-pobres. Isso propicia a redistribuição invertida de renda, na qual aqueles que ganham menos estão financiando os que aposentam mais cedo e ganham mais” (Ferreira, 2003:19). Ademais, o modelo de repartição simples adoptado no Brasil, ao utilizar como base de cálculo para o valor dos benefícios as remunerações dos últimos anos da vida profissional penaliza os mais pobres, isto porque os que ganham os melhores salários atingiram, em regra, esta posição ao final de seu período laboral, enquanto os que ganham menos, e em geral realizam tarefas que empregam mais a força física, têm, conseqüentemente, um declínio nos seus rendimentos quando chegam aos anos finais de sua etapa laboral (Ferreira, 2003:28).

Como se vê, o processo de transição demográfica pode conduzir a resultados sociais diversos, tanto numa perspectiva de atenuar ou extenuar a pobreza e as desigualdades sociais no Brasil. As conseqüências dependerão das políticas adoptadas no sentido de se aproveitar as oportunidades demográficas existentes e realizar os devidos investimentos e ajustes antes que as conjunturas favoráveis sejam perdidas. No caso do sistema de

⁸⁷ “En el año 2002 en un extremo se encontraban los jueces federales, con pensiones de alrededor de US\$5.000, 00 mensuales en promedio [...]. Mientras, la pensión mensual promedio de los empleados del sector privado fue solamente de US\$ 310,00 y la de los empleados privados del sistema de seguridad social, de aproximadamente US\$ 157,00” (Suárez e Pescetto, 2005:425).

Segurança Social, deve-se sublinhar, que apesar das implicações deste processo “serem observáveis, elas ainda estão distantes de expressar uma das principais causas da sua crise, ao contrário da situação actual dos países desenvolvidos” (Brito, 2008:14). As consequências do processo de envelhecimento populacional só serão notórias daqui a alguns anos, pois o país ainda está a usufruir de um bônus demográfico propiciado pela grande população em idade activa e decrescente RDJ. Contudo, se analisarmos as receitas e despesas do INSS que constam no Anuário Estatístico da Previdência Social em 2008, tudo indica que seus tradicionais modos de financiamento serão insuficientes para gerir o rápido aumento do número de idosos, uma vez que país ainda conta com uma população relativamente jovem, sendo esperado um aumento substancial do número de idosos e portanto das despesas, ao mesmo tempo em que se reduzirá a população em idade activa, e logo as receitas.

Tabela 76 - Receitas e despesas do INSS nos anos de 2006, 2007 e 2008

Relativamente ao ano			
2006		2007	2008
Valor das Receitas do INSS (R\$ mil)	173.595.860	204.491.673	219.130.801
Valor das Despesas do INSS (R\$ mil)	181.856.778	200.509.402	221.279.993
DESPESAS	2006	2007	2008
Aposentadorias e Reformas	105.133.136	115.278.487	129.374.442
Pensões	38.844.670	43.153.942	48.337.062
Benefício ao Idoso	4.561.975	5.555.609	6.666.500
Renda Mensal Vitalícia ao Idoso	582.738	577.344	527.987
TOTAL	149.122.519	164.565.382	184.905.981

Fonte: Anuário Estatístico da Previdência social (2008:695).

Nota: Em pensões estão incluídas as despesas com pensões previdenciárias, pensões acidentárias e outras.

Verifica-se que nos anos de 2006 e 2008 as receitas ficaram aquém das despesas. Também é possível perceber o peso e a importância que as despesas com os idosos possuem sobre o sistema. No ano de 2008, por exemplo, estas despesas representaram mais de 80% do valor da despesa total do Instituto Nacional de Segurança Social (INSS), sendo que só as despesas gastas no pagamento de aposentadorias e reformas representaram quase 60% do valor total da despesa do INSS.

Para Camarano e Pasinato (2006:272)⁸⁸, a análise do debate sobre a crise no sistema de segurança social e as medidas dela resultantes, têm sido baseadas em uma visão

⁸⁸ “The analysis of the debate about the crisis in the social security system and the measures resulting from it, has been based, and not just in Brazil, on an exclusively accountancy vision of crisis, with the sole motivation being actual or imminent insolvency. The two reforms that took place during the 1990s did not take into account transformations in the labor market, such as the increase in unemployment rates, the generalized informality and precarious working conditions. Nowadays, changes in the situation of being employed to unemployed and vice versa are ever more frequent, making it impossible for

exclusivamente contabilística com enfoque em sua eminente insolvência, pois as reformas ocorridas na década de 1990 não levaram em conta as transformações que se processam no mercado de trabalho, como aumento da taxa de desemprego, as precárias condições de trabalho e a generalizada informalidade do mercado de trabalho, onde as mudanças na situação de empregado para desempregado são frequentes, o que torna aos indivíduos praticamente impossível honrar suas obrigações de pagamento ao sistema de Segurança Social. Neste quadro, as obtenções sociais dos idosos, notadamente os do meio rural, foram acusadas de ‘ameaçar à democracia’ e ‘prejudicar as finanças públicas’ (Nogueira, 2000 cit. por Camarano, 2002:15b)⁸⁹. A resposta do Estado brasileiro a estas inquietações e a previsível inviabilidade da previdência tem sido a redução dos benefícios, com a aprovação em 1998 das reformas no Sistema de Segurança Social, onde a fórmula de cálculo para a concessão do benefício passou a depender do tempo de contribuição (e não do tempo de serviço) e da idade no momento da aposentadoria, sendo a idade mínima de 60 anos para os homens e 55 para as mulheres (Camarano, 2002b)⁹⁰.

Equacionar o sistema de Segurança Social parece não ser tarefa fácil, pois como bem sublinhou Paiva e Wajnman (2005: 318), há algumas dificuldades em passar do conhecimento à implementação de políticas por diversas razões: 1ª - os governos em geral dão prioridade as acções cujos resultados apareçam em curto prazo e nas questões demográficas é preciso considerar um espaço temporal bem mais amplo; 2ª - é preciso fazer uma opção nada trivial: escolher entre gastar com as populações presentes ou com as populações futuras; 3ª - as decisões públicas são muitas vezes decorrentes de pressões sociais, o que dificilmente ocorrerá em temas cujos impactos só aparecerão na próxima geração; 4ª - ainda que se concorde relativamente ao assunto, as opiniões sobre como operar as mudanças são divergentes Além das dificuldades apontadas pelos autores acrescenta-se ainda que a reforma do sistema de previdência é um tema de cunho excessivamente impopular, e que portanto encontra muitas resistências.

individuals to honor their obligations in general—including those regard to social security payments” (Camarano e Pasinato, 2006:272).

⁸⁹ “The social achievements of the new Constitution were accused of ‘threatening the democracy’, ‘damaging public finances’ (Camarano, 2002b:15).

⁹⁰ “The response from the Brazilian State to this has been a reduction in benefits. Studies for “reforming” the social security system started in 1993, but changes were approved only in 1998. The calculus formula was changed and it depends on the contribution time and of the age at the time of retirement” (Camarano, 2002b:16).

É preciso se equacionar ainda como as gerações futuras conseguirão financiar as demandas de cunho social, num quadro de declinante população activa, pois o declínio do ISF, associado à uma maior esperança de vida, aponta para o facto de que se reduzirá a população activa e aumentará a taxa de dependência, acentuando ainda mais o risco dos benefícios sociais como pensões, aposentadorias e assistência médico e hospitalar, tornarem-se insuficientes para atender a crescente demanda da população idosa. O aumento da longevidade pode significar por exemplo, um aumento nos gastos relativos à saúde, com tratamentos longos e onerosos. Na verdade, o impacto do envelhecimento populacional diz respeito muito mais as gerações actuais, que as gerações futuras, pois é a imensa geração jovem presente que constituirá os idosos de amanhã.

“As constantes mudanças demográficas, sociais e econômicas requerem o ajuste dos sistemas de previdência social, de saúde e de assistência a longo prazo, a fim de sustentar o crescimento econômico e o desenvolvimento e garantir a manutenção adequada e eficaz das rendas e da prestação de serviços” (Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002). Um dos grandes desafios a que serão constringidas as sociedades, principalmente as dos países em desenvolvimento, será o de erradicar a pobreza, de melhorar e capacitar as pessoas para que possam chegar à velhice desfrutando de saúde, bem-estar físico, mental e social. Negligenciar estas questões no presente pode elevar os custos tanto humanos quanto financeiros no futuro.

V Parte – Considerações finais

A taxa de crescimento populacional brasileiro vem decrescendo ao longo dos últimos anos em virtude da drástica redução do ISF, acentuando o índice de envelhecimento brasileiro que nas três últimas décadas praticamente triplicou. Por outro lado, a redução da fecundidade tem propiciado ao país alguns bônus demográficos, como por exemplo a redução da RDJ, que pode ter implicações positivas sobre as políticas educacionais e materno-infantis, bem como favorecer a melhoria da renda *per capita* familiar e do país. Outro bônus refere-se ao aumento da idade mediana da população, que potencialmente significa uma população com maior capital cultural e experiências acumulados, e maior produtividade. Todavia para que ocorra aumento do capital cultural é necessário que se invista na área da educação e se corrija as profundas desigualdades em termos de acesso aos níveis mais elevados de ensino.

Embora o país apresente elevação da escolaridade média, importantes diferenciais são apontados quando se analisa a pertença a determinados estratos sociais, pois mais de 80% das vagas no ensino superior são preenchidas por indivíduos pertencentes ao 4º e 5º quinto de rendimento. Para se potencializar o crescimento económico e aproveitar o bónus demográfico produzido pela gigantesca PIA é preciso gerar empregos e remover a intensa discriminação no mercado de trabalho, tanto em termos salariais quanto em termos de acesso a ocupações de melhores rendimentos, que têm sido desfavoráveis às mulheres e aos negros.

Ao longo do processo de transição demográfica, o Brasil auferiu importantes ganhos sobre a mortalidade geral e principalmente sobre a mortalidade infantil. Contudo, esta redução tem sido um processo artificial conseguido através da introdução de tecnologias médicas e de medidas de saneamento, sem implicar melhorias das condições socioeconómicas da população, revelando importantes diferenciais quando se analisa a pertença a determinados segmentos sociais e regionais. O mesmo ocorre com a fecundidade, que embora seja um processo generalizado em todo o território nacional, tem ocorrido de maneira diferenciada. Enquanto as regiões mais desenvolvidas e os estratos sociais menos vulneráveis e mais escolarizados praticamente já concluíram o processo de transição da fecundidade, nos segmentos sociais mais vulneráveis este processo ainda se encontra em franco desenvolvimento. As regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, por exemplo, já apresentam uma fecundidade inferior ao limite de reposição das gerações. O mesmo ocorre entre os indivíduos da raça branca e entre os estratos sociais médios.

A principal variável geradora dos diferenciais de fecundidade parece ser a renda. O facto de os negros (pretos e pardos) possuírem uma maior fecundidade sugere ter relação directa com sua maior vulnerabilidade económica, pois são os segmentos mais pobres que apresentam as mais elevadas taxas de fecundidade e os negros em 2000 representavam quase 70% da população pobre e indigente no Brasil (Tabela 66). Em 2004, 62,9% dos negros se concentravam nos cinco primeiros décimos de rendimento familiar *per capita* enquanto entre os brancos esta proporção era de 38,2% (dados da Síntese de Indicadores Sociais, 2005), assim não é de se estranhar que sua fecundidade seja também maior.

A raça negra demonstra no geral maior vulnerabilidade social e económica relativamente à população branca, como maior mortalidade infantil, menor esperança de vida à nascença, maiores taxas de analfabetismo e menores níveis de escolaridade, menores rendimentos, postos de trabalho mais precários, maior incidência de indigência e pobreza, etc. Através destas diferenças é possível perceber a imensa desigualdade social brasileira e a segregação da população negra ao longo dos anos, revelando que a “democracia racial” no Brasil nunca foi mais que um mito, utilizado para camuflar durante dezenas de décadas mais uma forma de exclusão social. Como apontou o IETS (2001) se pobreza é nosso problema mais urgente, a desigualdade é nossa maior doença. Corrigir estas desigualdades deveria ser uma prioridade na agenda dos políticos brasileiros, já que a pobreza não se deve a falta de recursos mas sim a “inaceitável estabilidade da desigualdade de renda” (Barros, Henrique e Mendonça, 2000:137).

O envelhecimento no Brasil tem se caracterizado como um processo dinâmico com substanciais modificações nos papéis sociais, na saúde e na economia. Entretanto, a relação que se faz entre velhice e declínio no *status* económico, notadamente entre as mulheres, não tem encontrado suporte entre os dados apresentados. Pelo contrário, vários estudos têm demonstrado que os rendimentos dos idosos aposentados vêm adquirindo crescente importância no orçamento familiar, nomeadamente nas famílias mais pobres. Como maior parte dos rendimentos da população idosa são oriundos da Previdência Social, pode-se dizer que este sistema tem sido um importante instrumento da redução da pobreza entre idosos, introduzindo porém um discutível “viés orçamentário intergeracional” pois o volume de recursos transferidos para os idosos é várias vezes superior ao destinado às crianças e jovens, embora estes últimos sejam a maioria da população. Contudo, parece estar havendo uma canalização de transferências de recursos governamentais via população idosa para os demais membros da família, com elevação de sua renda familiar e redução do grau de pobreza. Todavia, o Sistema de Segurança Social deixa sérias dúvidas sobre sua sustentabilidade futura, já que as despesas propenderão a elevar-se ainda mais devido o rápido aumento do processo de envelhecimento, ao mesmo tempo em que a população economicamente activa demonstrará tendência à redução a partir de 2025.

VI Parte - Bibliografia

- _ ABRAMO, Laís. **Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro.** *Ciência e Cultura*, 2006, vol. 58, nº4, p.40-41. Acedido em 29/04/2010.
- _ ABRAMO, Laís. **Desigualdades e discriminação de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro e suas implicações para a formulação de uma política de emprego.** In: Seminário Nacional: Política Geral de Emprego. Necessidades, Opções, Prioridades. Brasília, OIT, 9 e 10/12 de 2004. Acedido em 29/04/2010.
http://www.oitbrasil.org.br/htsites/hst_pgemp/downloads/lais_abramo_desigualdades_de_genero_e_raca_no_mercado_de_trabalho_brasileiro.pdf
- _ ALENCAR, Raimunda Silva. **Ensinar a Viver, Ensinar a Envelhecer: desafios para a educação e idosos.** Porto Alegre, v.4, 2002, p. 61-83. Acedido em 02/02/2010.
<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/4719/2645>
- _ ALMEIDA, Ana Nunes de; ANDRÉ, Isabel Margarida & LALANDA, Piedade. «**Novos Padrões e Outros Cenários para a Fecundidade em Portugal**». *Análise Social*. Nº Especial «famílias», vol. XXXVII, nº 163, 2002, p. 371-409. Acedido em 21/06/2010.
<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218732699N2uHX4tb3Mz73TK7.pdf>
- _ ALVES, José Eustáquio Diniz. **Questões Demográficas: Fecundidade e Gênero.** Rio de Janeiro, 2004, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, nº9, 43p. Acedido em 19/02/2010.
http://www.ence.edu.br/publicacoes/textos_para_discussao/textos/texto_9.pdf
- _ ALVES, José Eustáquio Diniz. **Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil.** Tese de Doutorado apresentada ao Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, B. Horizonte, 1994. Acedido em 28/03/2010 <http://hdl.handle.net/1843/MCCR-7UWH66>
- _ ALVES, José Eustáquio Diniz e BRUNO, Miguel. **População e Crescimento Econômico de Longo Prazo no Brasil: como aproveitar a janela de oportunidade demográfica?** Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu- MG, Brasil: ABEP, 2006. Acedido em 26/01/2010.
<http://www.emanuelfernandes.com.br/arquivo/editor/file/text.pdf>
- _ AMORIM, Melania Maria Ramos et al. **Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle.** *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.8, pp. 404-410. Acedido em 14/09/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a06.pdf>
- _ ANUÁRIO ESTATÍSTICO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Brasília, 2008, vol. 17, p.1-868. Publicação elaborada pela Coordenação Geral de Estatística e Atuária da Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS e pela divisão de Informações Estratégicas – DIIE/DATAPREV. Acedido em 26/11/2009. http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_091028-191015-957.pdf
- _ **ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL 2000.** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – Brasil. Constituído a partir do trabalho conjunto do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), do Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo de Minas Gerais e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- _ **ATLAS RACIAL BRASILEIRO 2004.** Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Brasil. Disponível em http://www.pnud.org.br/publicacoes/atlas_racial/textos_analiticos.php
- _ BANDEIRA, Mário Leston. **Teorias da população e modernidade: o caso português.** *Revista Análise Social*, 1996, vol. 135, nº1, p. 7-43. Acedido em 05/05/2010.
<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223389966U6oIN8wu5Rt70DI3.pdf>
- _ BARCELOS, Luiz Claudio. **Educação e Desigualdades Raciais no Brasil.** *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, 1993, nº86, p. 15-24. Acedido em 14/04/2010.
<http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/938.pdf>
- _ BARROS, Ricardo Paes e CARVALHO, Mirela. **Desafios para a política social brasileira.** *Texto para Discussão* Nº 985. Rio de Janeiro, Instituto de pesquisa Econômica Aplicada, 2003. Acedido em 27/04/2010. http://desafios.ipea.gov.br/pub/td/2003/td_0985.pdf

- _ BARROS, Ricardo Paes de, FOGUEL, Miguel Nathan. **Focalização dos gastos públicos sociais e erradicação da pobreza no Brasil**. In: HENRIQUES, Ricardo (org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000, p.719-739.
- _ BARROS, Ricardo Paes de, HENRIQUES, Ricardo e MENDONÇA, Rosane. **A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil**. *Texto para discussão* 800. Rio de Janeiro, IPEA, 2001, 24p. Acedido em 16/04/2010.
http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/outros/desigualdade%20e%20pobreza%20ipea800.pdf
- _ BARROS, Ricardo Paes, HENRIQUES, Ricardo e MENDONÇA, Rosane. **Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável**. *Rev. Brasileira de Ciências Sociais* [online]. 2000, vol.15, nº42, p. 123-142. Acedido em 20/04/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n42/1741.pdf>
- _ BARROS, Ricardo Paes de, MENDONÇA, Rosane & SANTOS, Daniel. **Incidência e Natureza da Pobreza entre Idosos no Brasil**. *Texto para Discussão* 686. Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999. Acedido em 10/03/2010. http://www.ipea.gov.br/pub/td/1999/td_0686.pdf
- _ BELTRÃO, Kaizô Iwakami e ALVES, José Eustáquio Diniz. **A reversão do hiato de gênero na educação brasileira no século XX**. *Cadernos de Pesquisa*, 2009, v. 39, n. 136, p.125-156. Acedido em 31/03/2010. <http://www.scielo.br/pdf/cp/v39n136/a0739136.pdf>
- _ BELTRÃO, Kaizô Iwakami; CARAMANO, Ana Amélia, MELO, Juliana Leitão. **Mudanças nas condições de vida dos idosos rurais brasileiros: resultados não-esperados dos avanços da Seguridade Rural**. Rio de Janeiro: Ipea, 2005 (*Texto para discussão* nº 1.066). Acedido em 23/11/2009. http://www.ipea.gov.br/pub/td/2005/td_1066.pdf
- _ BEMFAM. **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996, 182p. Acedido em 28/07/2010. http://www.bemfam.org.br/info_publicacoes.php
- _ BERCOVICH, Alicia. **Considerações sobre a Fecundidade da População Negra no Brasil**. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, 1989, vol. 6, nº 1, p.61-87. Acedido em 12/04/2010. http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol6_n1_1989/vol6_n1_1989_4artigo_61_87.pdf
- _ BERQUÓ, Elza e CAVENAGHI, Suzana. **Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil**. *Novos Estudos - CEBRAP* [online]. 2006, n.74, p. 11-15. Acedido em 11/12/2009. <http://www.scielo.br/pdf/nec/n74/29636.pdf>
- _ BERQUÓ, Elza e CAVENAGHI, Suzana. **Mapeamento socio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, Caxambu, MG, 2004. Anais. ABEP, 2004. Acedido em 18/03/2010. http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_abep/PDF/ABEP2004_471.pdf
- _ BLOOM, David E, CANNING, David e GRAHAM, Bryan. **Longevity and Life-cycle Savings**. *Scandinavian Journal of Economics*, 2003, Vol. 105, nº 3, p.319-338. Acedido em 02/03/2010. http://www.econ.berkeley.edu/~bgraham/Published/ScandinavianJournalOfEconomics_v105n3_03/BSG_ScandinavianJournalOfEconomics_v105n3_Sep03.pdf
- BRANDÃO, Elaine Reis. **Desafios da contracepção juvenil: interseções entre gênero, sexualidade e saúde**. *Ciência & saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.4, pp. 1063-1071. <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n4/a08v14n4.pdf>
- _ BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Acedido em 23/03/2010. <http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/56264.pdf>
- _ BRÊTAS, Ana Cristina Passarella e OLIVEIRA, Eleonora Meniccci. **Interseções entre as áreas de conhecimento da Gerontologia da saúde e do trabalho: questões para reflexão**. *Saúde e Sociedade* 1999, vol.8, nº2, p.59-82. Acedido em 05/03/2010. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n2/04.pdf>
- _ BRITO, Fausto. **Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil**. *Revista Brasileira de estudos populacionais*. [online]. 2008, vol.25, n.1, p. 5-26. Acedido em 24/10/2009. http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol25_n1_2008/vol25_n1_2008_3artigo_p5a26.pdf
- _ BRITO, Fausto. **A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007. (*Texto para discussão* nº 318). Acedido em 03/11/2009. <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20318.pdf>

- _BRUMER, Anita. **Previdência social rural e gênero**. *Sociologias*. Porto Alegre, 2002, vol. 4, n° 7, p.50-81. Acedido em 01/02/2010. <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a03n7.pdf>
- _ BRUSCHINI, Cristina e LOMBARDI, Maria Rosa. **O trabalho da mulher brasileira nos primeiros anos da década de noventa**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais. Vol 1, n. 10, p. 483-516, Belo Horizonte, ABEP, 1996. Acedido em 31/03/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1996/T96V1A24.pdf>
- _CAMARANO, Ana Amélia. **Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança?** *Estudos Avançados* [online]. 2003, vol.17, n.49, p. 35-63. Acedido em 07/03/2010. <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18396.pdf>
- _CAMARANO, Ana Amélia. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. *Texto Para Discussão N° 858*. IPEA, Rio de Janeiro, 2002a. Acedido em 01/10/2009. http://desafios2.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf
- _ CAMARANO, Ana Amélia. **Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2002b (*Texto para Discussão*, 878). Acedido em 10/03/2010. http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0878.pdf
- _ CAMARANO, Ana Amélia e PASINATO, Maria Tereza. **'Population Ageing in the Public Policy Agenda'**, in Camarano, Ana Amélia (ed.) *Sixty Plus: The Elderly Brazilians and their New Social Roles*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006, p. 251 – 290. Acedido em 22/02/2010. http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/livros/sixty_plus/Arq_16_Cap_08.pdf
- _CAMBOTA, Jacqueline Nogueira e PONTES, Paulo Araújo. **Desigualdade de rendimentos por Gênero Intra-ocupações no Brasil, em 2004**. *Revista de economia contemporânea* [online], 2007, vol.11, n°2, p. 331-350. Acedido em 22/04/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rec/v11n2/a06v11n2.pdf>
- _ CARDOSO, Sónia. **Demografia africana: o caso da fecundidade em Moçambique**. *Análise Social*, vol. XLII (183), 2007, p.485-514. Acedido em 19/07/2010. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n183/n183a06.pdf>
- _CARNIEL, Emília de Faria; ZANOLLI, Maria de Lurdes and MORCILLO, André Moreno. **Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP)**. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [online]. 2007, vol.29, n.1, pp. 34-40. Acedido em 11/08/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n1/a06v29n1.pdf>
- _CARVALHO, José Alberto Magno e GARCIA, Ricardo Alexandrino. **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. *Cadernos de Saúde Pública* [online] Rio de Janeiro, 2003, vol.19, n°3, p.725-733. Acedido em 26/01/2010. <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15876.pdf>
- _CARVALHO, José Alberto Magno e WONG, Laura L. Rodriguez. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**. *Caderno de Saúde Pública.*, Rio de Janeiro, 2008, vol. 24, n. 3, p. 587-605. Acedido em 07/12/2009. http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/download/bibliografia/CARVALHO_2008.pdf
- _COPPOLA, Lucia. **Education and Union Formation as Simultaneous Process in Italy and Spain**. Max Planck Institute for Demographic Research. Working Paper WP 2003-026. Acedido em 20/08/2010. <http://www.demogr.mpg.de/papers/working/wp-2003-026.pdf>
- _COSTA, Maria Conceição O. et al. **Indicadores Materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos**. *Jornal de Pediatria (Rio Janeiro)* [online]. 2001, vol.77, n.3, pp. 235-242. Acedido em 14/06/2010. <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n3/v77n3a15.pdf>
- _COSTA, Rosalina. **Filhos do Adeus. (Des) sincronização familiar e fecundidade depois dos 40 anos no Portugal contemporâneo**. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Área de Especialização: Família e População. Évora: Universidade de Évora, 2003.
- _DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999.
- _DEBERT, Guita Grin. **Envelhecimento e curso da vida**. *Rev.Est. Feministas*, 1997, vol. 5, n°1 p.120-8. Acedido 04/03/2010. <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/12112009-093723debert.pdf>
- _DEBERT, Guita Grin. **O discurso Gerontológico e as Novas Imagens do Envelhecimento**. São Paulo em Perspectiva, 1993, vol. 7, n°4, p. 121-128.

- _DELGADO, Guilherme; CARDOSO JÚNIOR, José Celso. **O idoso e a previdência rural no Brasil: a experiência recente de universalização**. Rio de Janeiro, IPEA, 1999 (*texto para discussão* nº 688). Acedido em 26/01/2010. http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_17_Cap_09.pdf
- _DIAS, Marcos Augusto Bastos et al. **Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro**. *Ciência & saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1521-1534. Acedido em 11/09/2010 <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13n5/17.pdf>
- _DUARTE, Graciana Alves; ALVARENGA, Augusta Thereza; OSIS, Maria José Duarte; FAÚNDES, Aníbal; SOUSA, Maria Helena. **Participação masculina no uso de métodos contraceptivos**. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.1, p. 207-216. Acedido em 09/02/2010. <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n1/14921.pdf>
- _FERNANDES, Ana Alexandre. **Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida**. In *Sociologia, Problemas e Práticas*, Set. 2001, nº.36, p.39-52. Acedido em 26/01/2010. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n36/n36a02.pdf>
- _FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; RAIZER, Milena Veiga e BRETAS, Ana Cristina Passarella. **Old, poor and out on the streets: on the road to exclusion**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.spe, p. 755-761. Acedido em 03/03/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/06.pdf>
- _FERREIRA, Carlos Roberto. **Participação das aposentadorias e pensões na desigualdade da distribuição da renda no Brasil no período de 1981 a 2001**. Piracicaba, 2003. 136p. Tese (Doutorado) – Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo. Acedido em 15/04/2010. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/11/11132/tde-17092003-135019/pt-br.php>
- _FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. **Cesarianas desnecessárias: causas, consequências e estratégias para sua redução**. Rio de Janeiro, Abril de 2007. Acedido em 14/09/2010. http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/FIOCRUZ_Ces%C3%A1reas.pdf
- _GIUBERTI, Ana Carolina e MENEZES-FILHO, Naércio. **Discriminação de rendimentos por gênero: uma comparação entre o Brasil e os Estados Unidos**. *Economia Aplicada*, 2005, vol. 9, nº 3, p. 369-383. Acedido em 14/04/2010. <http://www.scielo.br/pdf/eoa/v9n3/v9n3a02.pdf>
- _GOLDANI, Ana Maria. **Relações Intergeracionais e Reconstrução do Estado de Bem-estar. Por Que se Deve Repensar Essa Relação Para o Brasil?** In: CAMARANO, Ana Amélia. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA/IBGE, 2004. Acedido em 07/03/2010. Disponível em http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_14_Cap_07.pdf
- _HAKKERT, Ralph. In ALVES, José Eustáquio Diniz. **The demographic bonus and population in active ages**. Research paper 7 in Project RLA5P201. Brasília: IPEA/UNFPA, Outubro de 2007. Acedido em 26/01/2010. <http://www.unfpa.org.br/lacodm/arquivos/rp7.pdf>
- _HASENBALG, Carlos Alfredo e SILVA, Nelson do valle. **Raça e Oportunidades educacionais no Brasil** *Cadernos de pesquisa*, São Paulo, 1990, nº 73, p. 5-12. Acedido em 14/04/2010. <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/cp/arquivos/854.pdf>
- _HEILBORN, Maria Luiza. **“Gênero, Sexualidade e Saúde”**. In: Saúde, Sexualidade e Reprodução - compartilhando responsabilidades. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1997, p. 101-110. Acedido em 21/02/2010. <http://sistema.clam.org.br/biblioteca/files/G%C3%AAnero,%20Sexualidade%20e%20Sa%C3%BAde.pdf>
- _HEREDIA, Olga Collinet. **Características demográficas da terceira idade na América Latina e no Brasil**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre (RS) 1999, vol.2, p.7-21. Acedido em 26/01/2010. <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/5471/3107>
- _HOFFMANN, Rodolfo. **Transferências de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004**. *Econômica*, Rio de Janeiro, 2006, vol. 8, nº 1, p. 55-81. Acedido em 15/04/2010. <http://www.uff.br/revistaeconomica/V8N1/RODOLFO.PDF>
- _HOFFMANN, Rodolfo e LEONE, Eugênia Troncoso. **Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002**. *Nova Economia*, B. Horizonte, 2004, v.14, n.2, p.35-58. Acedido em 14/04/2010. <http://www.face.ufmg.br/novaeconomia/sumarios/v14n2/140202.pdf>

_HOFFMANN, Rodolfo. **A distribuição da renda no Brasil no período 1992-2001.** *Economia e Sociedade*, Campinas, 2002, v. 11, n. 2, p. 213-235. Acedido em 15/04/2010.
<http://www.eco.unicamp.br/docdownload/publicacoes/instituto/revistas/economia-e-sociedade/V11-F2-S19/02-Hoffmann.pdf>

_IBGE. **Anuário estatístico do Brasil 2003.** Rio de Janeiro: IBGE, v. 63, 2004. 409p. Acedido em 23/08/2010. Disponível em <http://memoria.nemesis.org.br/index.php?o=t>

_ IBGE. **Características da População em Idade Ativa segundo a cor ou raça nas Seis Regiões Metropolitanas investigadas pela Pesquisa Mensal de Emprego – Março de 2004.** Acedido em 14/04/2010. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/estudos.pdf

_IBGE. **Censo Demográfico 2000. Nupcialidade e fecundidade. Resultados da Amostra.** Rio de Janeiro, pag.1-208, 2000. Acedido em 07/04/2010.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/censo2000_fecundidade.pdf

_ IBGE. **Comunicação Social**, 03 de dezembro de 2007. Acedido em 22/07/2010.
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1043

_ IBGE. **Comunicação Social**, 01 de dezembro de 2005. Acedido em 22/07/2010.
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=494

_IBGE. **Estatísticas do Registro Civil 2007.** Vol. 34, R. de Janeiro, 200, p.1-178. Acedido em 31/08/2010. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/registrocivil/2007/registrocivil_2007.pdf

_IBGE. **Estatísticas do século XX /** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Centro de Documentação e disseminação de Informações. Rio de Janeiro, 2006. Acedido em 18/11/2010. <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/seculoxx.pdf>

_IBGE. **Evolução e perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil.** Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica número 2. Rio de Janeiro 1999, 45p. Acedido em 25/09/2010.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf

_IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009.** Diretoria de Pesquisas e Informação Demográfica e Socioeconômica número 25, Rio de Janeiro 2009. Acedido em 07/04/2010.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf

_IBGE. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Diretoria de Pesquisas/departamento de População e Indicadores Sociais. Estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 9. Rio de Janeiro, 2002, 97p. Acedido em 17/08/2010.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>

_IBGE. **Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos do período reprodutivo (Primeira versão).** Diretoria de Pesquisas – DPE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2005. Acedido em 24/07/2010.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfil_maes/Maes_jovens_e_maduras.pdf

_ IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, v.29, 2008. Acedido em 18/09/2010.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>

_IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade – 1980-2050 – Revisão 2008.** Diretoria de Pesquisas/Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 24. Rio de Janeiro, 2008. Acedido em 09/08/2010.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf

_IBGE. **Série Relatórios Metodológicos.** Vol. 25, Rio de Janeiro, 2003. Acedido em 18/09/2010.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/metodologia/metodologiacenso2000.pdf>

_IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2009.** Diretoria de pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores sociais. Estudos & Pesquisas/Informação Demográfica e socioeconômica número 26. Rio de Janeiro, Brasil, 2009, 252p. Acedido em 14/11/2009.
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/indic_sociais2009.pdf

_IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2006**. Diretoria de pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores sociais. Estudos & Pesquisas/Informação Demográfica e socioeconômica número 19. Rio de Janeiro, 2006, 317p. Acesso em 05/01/2010.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicis2006/indic_sociais2006.pdf

_IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2005**. Diretoria de pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores sociais. Estudos & Pesquisas/Informação Demográfica e socioeconômica número 17. Rio de Janeiro, 2006, 330p. Acedido em 05/01/2010.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicis2005/indic_sociais2005.pdf

_IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2003**. Diretoria de pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores sociais. Estudos & Pesquisas/Informação Demográfica e socioeconômica número 12. Rio de Janeiro, Brasil, 2004, 398 p. Acedido em 05/01/2010.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicis2003/indic_sociais2003.pdf

_IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais 2002**. Diretoria de pesquisas/ Coordenação de População e Indicadores sociais. Estudos & Pesquisas/Informação Demográfica e socioeconômica número 11. Rio de Janeiro, Brasil, 2003, 383 p. Acedido em 05/01/2010.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/indic_sociais2002.pdf

_IBGE - **Tendências Demográficas: Uma Análise da População com Base nos Resultados dos Censos Demográficos 1940 e 2000**. Rio de Janeiro, 2007, nº 20, 115p. Acedido em 14/11/2009.

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tendencias_demograficas/tendencias.pdf

_INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Sinopse Estatística da Educação Básica: Censo Escolar 2005**. Brasília-DF, dezembro de 2006, 365p. Acedido em 24/04/2010. Disponível em <http://www.inep.gov.br/publicacoes>

_IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Desigualdades raciais, racismo e políticas públicas: 120 anos após a abolição**. Comunicado da Presidência nº 4, 2008. Acedido em 31/03/2010.

<http://www.cebes.org.br/anexos/Ipea%20-%20Pesquisa%20-%20Desigualdades%20Raciais.pdf>

_IETS - Instituto de Estudos do Trabalho e Sociedade. **Desenvolvimento com justiça social: esboço de uma agenda integrada para o Brasil**. Rio de Janeiro, 2001, 58p. Acedido em 23/04/2010.

http://www.iets.org.br/biblioteca/Desenvolvimento_com_justica_social_esboco_de_uma_agenda_integrada_para_o_Brasil.PDF

_KALACHE, Alexandre. **Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1987, vol.3, n.3, p. 217-220. Acedido em 28/10/2009.

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n3/v3n3a01.pdf>

_KALACHE, Alexandre; VERAS, Renato Peixoto e RAMOS, Luiz Roberto. **O envelhecimento da população mundial: um desafio novo**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1987, vol.21, n.3, p. 200-210. Acedido em 28/10/2009.

<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>

_LAPA, Tiago. **Atitudes e normas sociais dos Europeus sobre a transição para a vida adulta**. VI Congresso Português de Sociologia. *Mundos Sociais: saberes e práticas*. Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. 25 A 28 de Jun. 2008. Acedido em 05/05/2010.

<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/20.pdf>

_LAVINAS, Lena e GARSON, Sol. **Gasto social no Brasil: transparência, sim, parti-pris, não!** *Econômica*, 2003, vol. 5, nº 1, p. 145-162. Acedido em 12/03/2010.

<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/LavinasGarson.PDF>

_LEME, Maria Carolina da Silva e WAJNMAN, Simone. **Tendências de coorte nos diferenciais de rendimentos por sexo**. In: HENRIQUES, R. (Org.). **Desigualdade e pobreza no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 2000, p.251-270.

_LEONE, Eugenia Troncoso e BALTAR, Paulo. **A mulher na recuperação recente do mercado de trabalho brasileiro**. *Revista Brasileira de Estudos de População* [online]. 2008, vol.25, nº2, p. 233-249. Acedido em 28/04/2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a03.pdf>

- _LEONE, Eugenia Troncoso e BALTAR, Paulo. **Diferenças de rendimento do trabalho de homens e mulheres com educação superior nas metrópoles.** *Revista Brasileira de Estudos de População*, Abep, 2006, vol.23, n° 2, p. 355-367. Acedido em 13/04/2010.
http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol23_n2_2006/vol23_n2_2006_11artigo_p355a367.pdf
- _LORDELO, Eulina Rocha et al. **Investimento parental e desenvolvimento da criança.** *Estudos de Psicologia*. (Natal) [online]. 2006, vol.11, n.3, p. 257-264. Acedido em 28/07/2010.
<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/02.pdf>
- _MATOS, Raquel Silvério e MACHADO, Ana Flávia. **Diferencial de rendimentos por cor e sexo no Brasil (1987-2001).** *Econômica*, Rio de Janeiro, 2006, vol. 8, n°1, p.5-27. Acedido em 22/04/2010.
<http://www.uff.br/revistaeconomica/V8N1/RAQUEL.PDF>
- _MEDEIROS, Marcelo e OSÓRIO, Rafael G. **Mudanças na composição dos arranjos domiciliares no Brasil -1978 a 1998.** *Rev. Brasileira de Estudos da População* (ABEP), 2000, vol.17, n° 1/2, p. 67-85. Acedido em 07/01/2010
http://www.igualdade.org.br/medeiros/2000_mudancas_arranjos_domiciliares_rbp_vol17_n1e2.pdf
- _MEDICI, André Cezar & BELTRÃO, Kaizô Iwakami. **Transição Demográfica no Brasil: uma agenda para pesquisa.** *Revista Planejamento e Políticas Públicas*. 1995, n.12, Jun./Dez. Acedido em 02/11/2009. <http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/146/149>
- _MENDES, Maria Filomena. **Algumas questões teóricas e metodológicas sobre o custo económico da criança.** *Análise Social*, 1987 -2°, vol. XXIII, n°96, 311-332. Acedido em 05/07/2010.
<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223486383Y0uFH5my3Yq36PX3.pdf>
- _MENDES, Maria Filomena e REGO, Conceição. **Baixa fecundidade nos países do Sul da Europa: a importância das desigualdades na educação e na participação no mercado de trabalho, ao nível regional.** 2006. Estudo em elaboração no âmbito do projecto POCTI/DEM/59445/ 2004. Acedido em 19/05/2010.http://www.cidehus.uevora.pt/textos/artigos/baixa_fecundidade.pdf
- _MENDES, Maria Filomena; REGO, Conceição e CALEIRO, António. **Educação e Fecundidade em Portugal: As diferenças nos níveis de educação influenciam as taxas de fecundidade?** Documento de Trabalho n° 2006/10. Universidade de Évora, Departamento de Economia. Acedido em 05/05/2010.
http://www.cidehus.uevora.pt/textos/artigos/educ_fecundidade.pdf
- _MYRRHA, Luana Junqueira Dias. **Estrutura etária brasileira: decomposição segundo variações na fecundidade e na mortalidade.** Belo Horizonte, MG, UFMG/Cedeplar 2009. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Demografia do Cedeplar da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Demografia. Acedido em 23/11/2009. http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2009/Luana_Myrrha.pdf
- _MONTARDO, Jorge. **Gravidez em adolescentes.** *Contexto e Educação*, Gênero e Educação – um diálogo necessário, Ijuí, n.71/72, 2004, p. 93-109. Acedido em 12/09/2010.
http://educacaosexual.pbworks.com/f/Gravidez_em_adolescentes.pdf
- _MONTEIRO, Mário Francisco Gianí. **Desigualdades nos riscos de mortalidade na infância e de gravidez na adolescência em populações vulneráveis nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.** Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino-Americana de População (ALAP), realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 - 20 de Setembro de 2004.
http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_374.PDF
- _MOREIRA, Morgan de Mello. **O envelhecimento da população brasileira: intensidade, feminização e dependência.** *Revista Brasileira de Estudos de População*, Brasília: Abep, 1998, n. 1, p. 79-94. Acedido em 23/11/2009.
http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol15_n1_1998/vol15_n1_1998_5artigo_79_94.pdf
- _Nota Técnica DEA 03/09. **Premissas sociodemográficas de longo prazo.** Rio de Janeiro, 2009. Série Parâmetros Econômicos. Acedido em 03/11/2009.
http://www.epe.gov.br/mercado/Documents/S%C3%A9rie%20Estudos%20de%20Energia/20090430_1.pdf
- _NUNES, Alzira Tereza Garcia Lobato. **Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos.** *Textos sobre Envelhecimento* UnATI / UERJ, 2001, vol.3, n° 5, p.41-66. Acedido em 02/02/2010.
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRAS1004.pdf>

_OLIVEIRA, Isabel Tiago. **Fecundidade e Educação**. *Revista de Estudos Demográficos*, nº 40, 2007, Lisboa, INE, p. 5-19.

_OLIVEIRA, Sonia Maria M.C. **Mortalidade infantil e saneamento básico – ainda uma velha questão**. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu - MG – Brasil, 2008. Acedido em 05/01/2010.

http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_959.pdf

_ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**/Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em direitos humanos; v. 1). Acedido em 27/09/2009.

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/5.pdf>

_OSÓRIO, Rafael Guerreiro. **O sistema classificatório de cor ou raça do IBGE**. Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2003 (*Texto para discussão* nº 996). Acedido em 07/01/2010.

http://www.ifcs.ufrj.br/~observa/bibliografia/artigos_periodicos/RafaelGuerreiroOsorio.pdf

_PAIVA, Paulo de Tarso Almeida e WAJNMAN, Simone. **Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil**. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* [online], 2005, v. 22, nº 2, p. 303-322. Acedido em 05/05/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a07.pdf>

_PARAHYBA, Maria Isabel. **Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil**. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu - MG, 2006. Acedido em 18/02/2010

http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/BRASIL015_Desigualdadesgenero.pdf

_PEREIRA, Renata S; CURIONI, Cintia Chaves; VERAS, Renato. **Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002**. *Textos Envelhecimento* v.6 n.1 Rio de Janeiro 2003. Acedido em 21/10/2009.

http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=iso

_PEREZ, Elisenda Rentería; TURRA, Cássio Maldonado e QUEIROZ, Bernardo Lanza. **Grandparents and grandchildren living together, a better life for the youngest? The cases of Brazil and Peru**. *Papeles de Población*, 2007, vol.52, p.47-75.

_PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. **Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva**. *Jornal da Rede Saúde*, 2000, nº 22 p. 67-77. Acedido em 18/01/2010.

Disponívem em http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2000/Todos/rept14_2.pdf

_Pesquisa da Criança e da Mulher – **PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acedido em 26/11/2009.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf

_QUEIROZ, Bernardo Lanza; TURRA, Cássio Maldonado e PEREZ, Elisenda Rentería. **The opportunities we cannot forget: economic consequences of population changes in Brazil**. In: Anais, Caxambú: Abep, 2006. Acedido em 25/01/2010.

http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_449.pdf

_RAMOS, Lauro e SOARES, Ana Lúcia. **Participação da mulher na força de trabalho e pobreza no Brasil**. *Revista de Economia Política*, 1995, vol.15, nº 3 (59), p. 84-96. Acedido em 04/05/2010.

<http://www.rep.org.br/pdf/59-6.pdf>

_RAMOS, Luiz Roberto; VERAS, Renato Peixoto e KALCHE, Alexandre. **Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira**. *Revista de Saúde Pública* [online] São Paulo, 1987, vol.21, nº 3, p.211-24. Acedido em 16/04/2010 <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v21n3/06.pdf>

_Rede Interagencial de Informação para a Saúde: Indicadores básicos para a saúde no Brasil: **conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde** - Ripsa. – 2ª Edição – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, p.349. Acedido em 08/01/2010.

<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>

_Relatório CEPAL/PNUD/OIT. **Emprego, Desenvolvimento Humano e Trabalho Decente: A Experiência brasileira Recente**. Brasília, 2008, 176p. Acedido em 20/05/2010.

<http://www.pnud.org.br/publicacoes/emprego/>

- _RIBEIRO, Carlos Antonio Costa. **Classe, raça e mobilidade social no Brasil.** *Dados* [online]. 2006, vol.49, n.4, pp. 833-873. Acedido em 15/06/2010 em <http://www.scielo.br/pdf/dados/v49n4/06.pdf>
- _RIOS-NETO, Eduardo Luiz Gonçalves. **Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro.** *Rev. Brasileira de Estudos de População* [online]. 2005, vol.22, n.2, p. 371-408. Acedido em 17/03/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v22n2/v22n2a11.pdf>
- _RIOS-NETO, Eduardo Luiz Gonçalves. **O impacto das crianças sobre a participação feminina na PEA: o caso das mulheres casadas urbanas.** X Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais... Belo Horizonte, ABEP, 1996, V.1, p. 517-534. Acedido em 13/04/2010 <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1996/T96V1A25.pdf>
- _RODRIGUES, Minéia Carvalho. **As novas imagens do idoso veiculadas pela mídia: transformando o envelhecimento em um novo mercado de consumo.** *Revista da UFG*, vol. 5, Nº 2, 2003 [online]. Acedido em 02/02/2010. <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/48.pdf>
- _SANTOS, Renato Vale e RIBEIRO, Eduardo Pontual. **Diferenciais de rendimento entre homens e mulheres no Brasil revisitado: explorando o "Teto de Vidro".** Rio de Janeiro, 2006, UFRJ. (*Texto para Discussão*). Acedido em 13/04/2010. http://www.ie.ufrj.br/eventos/seminarios/pesquisa/texto06_05_02.pdf
- _SEDLACEK, Guilherme Luis e SANTOS, Eleonora Cruz. **A mulher cônjuge no mercado de trabalho como estratégia de geração de renda familiar.** *Pesquisa e Planejamento Econômico*, 1991, vol.21, nº3, p.449-470. Acedido em 15/04/2010 <http://ppe.ipea.gov.br/index.php/ppe/article/viewFile/864/801>
- _SIQUEIRA, Renata Lopes; BOTELHO Maria Izabel Vieira e COELHO France Maria Gontijo. **A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002, vol.7, nº4, p. 899-906. Acedido em 02/02/2010 em <http://www.scielo.br/pdf/esc/v7n4/14613.pdf>
- _SIMÃO, Andréa Branco. **A primeira relação sexual, o primeiro casamento e o nascimento do primeiro filho: um estudo quantitativo e qualitativo de duas coortes de mulheres em Belo Horizonte.** Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Acedido em 28/07/2010 http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/2005/Andrea_Branco_Simao.pdf
- _Sistema Nacional de Informações de Gênero (SNIG). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), em parceria com o Departamento de Desenvolvimento das nações Unidas para a Mulher (UNIFEM), Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivos_est/
- _SOARES, José Francisco e ALVES, Maria Teresa Gonzaga. **Desigualdades raciais no sistema brasileiro de educação básica.** *Educação e Pesquisa*. São Paulo, 2003, v.29, n. 1, p. 147-165. Acedido em 15/06/2010. <http://www.scielo.br/pdf/ep/v29n1/a11v29n1.pdf>
- _SOARES, Sergei Suarez Dillon. **O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras.** IPEA: Brasília, 2000. *Texto para Discussão* nº 769. Acedido em 15/04/2010. http://desafios.ipea.gov.br/pub/td/2000/td_0769.pdf
- _SOBOTKA, Tomáš. **The diverse faces of the Second Demographic Transition in Europe.** *Demographic Research*, 01 July 2008, vol. 19, Article 8, p.171-224. Acedido em 23/07/2009. <http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol19/8/19-8.pdf>
- _SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho. **A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social.** Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu, 1998, v.1, p. 1095-1117. Acedido em 26/01/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/PDF/1998/a167.pdf>
- _SUÁREZ, Rubén Y PESSETTO, Claudia. **Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005, vol.17, nº5/6. Acedido em 15/04/2010. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26279.pdf>
- _TELINI, Dulce Maria Toledo Zanardi. **Cesáreas e partos Normais em Gestantes com Baixo Risco Obstétrico: Características Maternas e Repercussões Neonatais.** Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Pediatria. Campinas, 2000. Acedido em 11/09/2010. <http://cutter.unicamp.br/document/?code=000202474&fd=y>

- _THEODORO, Mário (Org.) JACCOUD, Luciana; OSÓRIO, Rafael Guerreiro e SOARES, Sergei. **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil 120 anos após a abolição**. Ipea, Brasília, 2008.
- _TURRA, Cássio Maldonado e QUEIROZ, Bernardo Lanza. **Transferências internacionais: uma análise internacional**. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, 2005a, v.22, nº1, p.191-194. Acedido em 19/03/2010. http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol22_n1_2005/vol22_n1_2005_12notasdepesquisa_p191a194.pdf
- _TURRA, Cássio Maldonado e QUEIROZ, Bernardo Lanza. **Before it's too late: Demographic Transition, Labor Supply, and Social Security problems in Brazil**. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures. Population Division Department of Economic and Social Affairs. Mexico City, Mexico, 31 August – 2 September 2005b. Acedido em 19/03/2010. <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/TurraQueirozJaneiro2006.pdf>
- _VASCONCELOS, Daniel de Santana; ALVES, José Eustáquio Diniz; SILVEIRA FILHO, Getúlio Borges. **Crescimento econômico, estrutura etária e dividendo demográfico: avaliando a interação com dados em painel**. Anais do XVI Encontro Nac. Estudos Populacionais, Caxambu (MG), 2008. Acedido a 26/01/2010. http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1447.pdf
- _VAZ, Ester; SILVA, Berta e SOUSA, Isilda. **Configurações de Vida na Velhice**. Porto, Universidade Fernando Pessoa, *Antropológicas*, Nº 7, 2003.
- _VERAS, Renato Peixoto. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 548-554. Epub 17-Abr-2009. Acedido em 19/12/2009. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>
- _VERAS, Renato Peixoto. **Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.10, p. 2463-2466. Acedido em 05/01/2010. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/20.pdf>
- _VERAS, Renato Peixoto. **Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges**. *Rev. Saúde Púb.* [online] São Paulo, 1991, vol.25, nº6, p. 476-488. Acedido em 05/01/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n6/10.pdf>
- _VERAS, Renato Peixoto e PARAHYBA Maria Isabel. **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado**. *Cad. Saude Pub.* [online]. 2007; vol.23, nº10, p.2479-89. Acedido em 16/04/2010 em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>
- _VERMELHO, Letícia Legay e MONTEIRO, Mário Francisco Giani. **Transição demográfica e epidemiológica**. In: MEDRONHO, Roberto A (org.). *Epidemiologia*. Rio de Janeiro, v.1, 2002, p.91-103.
- _VIEIRA, Leila Maria; SAES Sandra Oliveira; DÓRIA, Adriana Aparecida Bini e GOLDBERG, Tamara Beres Lederer. **Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil**. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2006; vol.6 nº1, p.135-40. Acedido em 08/02/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a16v6n1.pdf>
- _VIEIRA, Maria de Lourdes F; BICALHO, Gladys Gripp; SILVA, João Luiz de C. P. e BARROS FILHO, Antonio de Azevedo. **Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida**. *Revista Paulista de pediatria* [online]. 2007, vol.25, n.4, pp. 343-348. Acedido em 19/11/2010. <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n4/v25n4a08.pdf>
- _WONG, Laura L. Rodríguez e CARVALHO, José Alberto Magno. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas**. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* [online], São Paulo, 2006, vol.23, n.1, p. 5-26. Acedido em 10/08/2010. http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol23_n1_2006/vol23_n1_2006_3artigo_p5a26.pdf

Índice de anexos

Anexo I - RDT, RDJ e RDI – Brasil -1950/2050 (períodos quinquenais)	147
Anexo II - Mortalidade até 1 ano de idade, segundo a raça – Brasil e UFs – 1991/2000	147
Anexo III - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-renda, mortalidade até 1 ano de idade e mortalidade até 5 anos de idade, segundo as UFs - 2000	148
Anexo IV - Esperança de vida ao nascer (população mundial) por sexo – 1950/2050	148
Anexo V - Esperança de vida ao nascer, segundo as UFs e a raça – 1991/2000	149
Anexo VI - TFT segundo o domicílio – Brasil e Grandes Regiões – 1970/2000	149
Anexo VII – Anos perdidos por causas violentas em 2005	150
Anexo VIII - TFT segundo as UFs e a raça – 1991/2000	150
Anexo IX - % Casamentos por grupos de idade e sexo – Brasil – 1984/2008	151
Anexo X - TFT das mulheres com até 3 anos de estudo e com 8 anos de estudo ou mais, segundo as UFs – 2005	151
Anexo XI - % Crianças e adolescentes de 10-17 anos de idade, ocupados por classe de contribuição no rendimento médio mensal familiar e grupos de idade em que começaram a trabalhar – 2004	152
Anexo XII - Média de anos de estudo da população de 15 anos ou mais de idade, segundo o local de domicílio, o sexo, a raça e grupos etários seleccionados – 1991/2000	152
Anexo XIII - Taxa de analfabetismo (%), segundo a raça e o grupo etário – Brasil e UFs – 1991/2000	153
Anexo XIV - % Pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os grupos de anos de estudo – Brasil e Grandes Regiões – 2004	153
Anexo XV - Evolução Temporal da Desigualdade de Renda - Brasil – 1977/1999	154
Anexo XVI - População projectada para 1º de Junho de 2010 e % população atendida pelo Programa Bolsa Família relativamente ao total populacional das Grandes Regiões – 2010	154
Anexo XVII - Distribuição dos beneficiários do Programa Bolsa Família em Junho de 2010, segundo as Grandes Regiões	154
Anexo XVIII - Distribuição dos estudantes do ensino médio e superior, segundo o tipo de instituição frequentada e quintos de rendimento familiar <i>per capita</i> – Brasil - 2004	154
Anexo XIX - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, por raça – Brasil – 1991/2000	155
Anexo XX - População rural, segundo a raça e as UFs – 1991/2000	155
Anexo XXI - Índice de conceitos do IBGE	156

Anexos

Anexo I – RDT, RDJ e RDI – Brasil – 1950/2050 (períodos quinquenais)

Ano	Razão de Dependência Total	Razão de Dependência Jovens	Razão de Dependência Idosos (1)
1950	80	75	5
1955	82	77	6
1960	87	81	6
1965	89	83	7
1970	85	79	7
1975	79	72	7
1980	73	66	7
1985	70	63	7
1990	66	59	7
1995	60	52	8
2000	54	46	8
2005	51	42	9
2010	48	38	10
2015	44	33	12
2020	42	29	14
2025	42	26	16
2030	44	25	20
2035	46	23	23
2040	49	23	26
2045	54	23	31
2050	59	23	36

Fonte: World Population Prospects - 2008 Revision | United Nations Population Division. Acedido em 01/03/2010. No cálculo da Razão de Dependência Idosa as Nações Unidas considerou-se os indivíduos com 65 anos ou mais, e em Idade Activa as pessoas com idades entre 15 e 64 anos

Anexo II - Mortalidade até 1 ano de idade, segundo a raça - Brasil e UFs – 1991/2000

Brasil e Grandes Regiões	Estado	Mortalidade até 1 (um) ano de idade					
		1991	(Branco) 1991	(Negro) 1991	2000	(Branco) 2000	(Negro) 2000
Norte	Acre	41,85	37,51	43,35	30,36	25,88	31,89
	Amapá	43,72	38,50	44,75	31,62	30,15	32,02
	Amazonas	50,36	48,38	51,32	37,95	36,67	38,85
	Pará	52,55	47,10	53,80	33,05	29,82	34,11
	Rondônia	42,41	35,63	46,07	30,38	24,68	34,60
	Roraima	49,25	37,74	53,03	33,79	30,79	34,44
	Tocantins	63,65	54,32	67,48	44,17	38,93	46,43
Nordeste	Alagoas	74,50	59,64	80,12	48,96	37,58	54,05
	Bahia	70,87	59,20	73,60	46,49	40,38	48,50
	Ceará	63,13	49,87	68,14	41,43	34,82	44,92
	Maranhão	81,97	69,58	85,22	55,38	45,93	58,84
	Paraíba	74,47	58,87	83,04	51,49	41,69	57,75
	Pernambuco	62,55	50,03	67,92	47,31	41,95	50,15
	Piauí	64,73	58,69	66,44	47,27	39,36	49,58
	Rio G. do Norte	67,93	55,67	74,20	43,27	34,48	49,22
	Sergipe	65,76	53,28	69,91	48,52	39,72	52,17
Sudeste	Espírito Santo	42,06	30,23	51,49	29,17	18,42	36,98
	Minas Gerais	35,39	27,38	43,17	27,75	20,70	34,59
	Rio de Janeiro	29,94	25,20	34,78	21,21	18,73	23,38
	São Paulo	27,31	24,69	34,19	17,48	16,18	20,10
Sul	Paraná	38,69	33,42	54,61	20,30	17,55	24,78
	Rio G. do Sul	22,53	20,77	27,19	17,00	16,30	20,52
	Santa Catarina	24,84	23,49	36,01	16,79	16,14	21,46
Centro-Oeste	Distrito Federal	27,35	22,20	31,40	22,67	19,07	25,86
	Goiás	29,53	25,16	33,08	22,45	19,88	24,39
	Mato Grosso	33,64	29,25	36,52	27,53	24,13	29,77
	Mato Grosso do Sul	34,73	30,60	39,41	25,53	20,91	29,30

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil

Anexo III- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Renda, Mortalidade até 1 ano de idade e mortalidade até 5 anos de idade, segundo as UFs - 2000

Região	Unidade da federação	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Renda	Mortalidade até 1 ano de idade	Mortalidade até 5 anos de idade
Norte	Acre	0,64	30,36	34,08
	Amapá	0,67	31,62	36,35
	Amazonas	0,63	37,95	51,31
	Pará	0,63	33,05	35,60
	Rondônia	0,68	30,38	36,35
	Roraima	0,68	33,79	39,18
	Tocantins	0,63	44,17	67,02
Nordeste	Alagoas	0,60	48,96	62,05
	Bahia	0,62	46,49	70,19
	Ceará	0,62	41,43	64,97
	Maranhão	0,56	55,38	85,70
	Paraíba	0,61	51,49	77,72
	Pernambuco	0,64	47,31	54,60
	Piauí	0,58	47,27	73,53
	Rio Grande do Norte	0,64	43,27	67,71
Sudeste	Sergipe	0,62	48,52	72,66
	Espírito Santo	0,72	29,17	33,71
	Minas Gerais	0,71	27,75	30,37
	Rio de Janeiro	0,78	21,21	23,07
Sul	São Paulo	0,79	17,48	20,01
	Paraná	0,74	20,30	23,53
	Santa Catarina	0,75	16,79	16,80
Centro-Oeste	Rio Grande Sul	0,75	17,00	17,27
	Distrito Federal	0,84	22,67	24,00
	Mato Grosso	0,72	27,53	30,55
	Goiás	0,72	22,45	24,55
	Mato Grosso do Sul	0,72	25,53	26,57

Fonte: Elaborada com os dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Anexo IV - Esperança de vida ao nascer (população mundial) por sexo – 1950/2050

Período	Ambos os sexos	Homem	Mulher
1950-1955	46.6	45.2	48.0
1955-1960	49.5	48.1	50.9
1960-1965	52.4	51.0	53.7
1965-1970	56.1	54.6	57.6
1970-1975	58.2	56.6	59.8
1975-1980	60.2	58.3	62.0
1980-1985	61.7	59.7	63.7
1985-1990	63.2	61.2	65.2
1990-1995	64.0	61.9	66.2
1995-2000	65.2	63.0	67.4
2000-2005	66.4	64.2	68.6
2005-2010	67.6	65.4	69.8
2010-2015	68.9	66.7	71.1
2015-2020	70.1	67.9	72.3
2020-2025	71.1	68.9	73.4
2025-2030	72.1	69.9	74.4
2030-2035	73.1	70.8	75.4
2035-2040	73.9	71.7	76.3
2040-2045	74.8	72.5	77.1
2045-2050	75.5	73.3	77.9

Fonte: World Population Prospects: The 2008 Revision Database| United Nations Population Division. Disponível em <http://esa.un.org/unpp> Acesso em 09/02/2010.

Anexo V - Esperança de vida ao nascer, segundo as UFs e a raça - 1991/2000

Esperança de vida ao nascer					
Regiões	UF	1991	2000	(Branços) 2000	(Negros) 2000
Norte	Acre	63,72	66,66	68,96	65,95
	Amapá	65,05	67,68	68,35	67,51
	Amazonas	63,67	66,51	66,98	66,19
	Pará	63,42	68,49	69,91	68,05
	Rondônia	63,11	66,27	69,28	64,32
	Roraima	62,66	66,48	67,80	66,20
	Tocantins	60,32	65,24	66,92	64,55
	Média	63,14	66,76	68,31	66,11
Nordeste	Alagoas	58,10	63,79	67,25	62,38
	Bahia	59,94	64,53	66,08	64,03
	Ceará	61,76	67,77	69,62	66,84
	Maranhão	58,04	61,74	63,90	60,99
	Paraíba	58,88	63,16	65,42	61,80
	Pernambuco	62,04	67,32	68,79	66,58
	Piauí	60,71	64,15	65,93	63,66
	Rio G. Norte	60,48	66,98	69,51	65,38
	Sergipe	59,83	64,06	66,15	63,24
	Média	59,98	64,83	66,96	63,88
Centro-Oeste	Distrito Federal	68,87	70,37	72,74	68,54
	Goiás	65,10	69,68	71,44	68,46
	Mato Grosso	64,24	69,38	71,21	68,26
	Mato G. do Sul	68,82	70,09	72,84	68,13
	Média	66,76	69,88	72,06	68,35
Sudeste	Espírito Santo	64,17	68,24	71,81	66,01
	Minas Gerais	66,36	70,55	72,95	68,47
	Rio de Janeiro	66,42	69,42	71,26	67,97
	São Paulo	68,22	71,20	72,30	69,19
	Média	66,29	69,85	72,08	67,91
Sul	Paraná	65,71	69,83	70,60	67,60
	Rio G. do Sul	68,76	72,13	72,74	69,40
	Santa Catarina	70,16	73,69	74,24	70,16
	Média	68,21	71,88	72,53	69,05
Brasil	Média	63,60	67,61	69,44	66,29

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Anexo VI - TFT segundo o domicílio – Brasil e Grandes Regiões – 1970/2000

Ano	Brasil		Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	Urb.	Rural	Urb.	Rural	Urb.	Rural	Urb.	Rural	Urb.	Rural	Urb.	Rural
1970	4,6	7,7	6,8	9,6	6,6	8,5	3,9	3,9	4,1	6,8	5,3	7,6
1980	3,6	6,4	5,2	8,0	4,9	7,7	3,2	3,2	3,2	4,6	4,0	6,0
1991	2,5	4,4	3,4	5,5	2,9	5,3	2,2	2,2	2,4	3,1	2,5	3,6
2000	2,2	3,5	2,7	4,6	2,3	3,8	2,0	2,0	2,1	2,8	2,2	2,9

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados de Tendências demográficas: uma análise dos resultados do Censo 2000. Rio de Janeiro, IBGE; 2004.

http://www.ibge.gov.br/series_estatisticas/subtema.php?idsubtema=109

Anexo VII - Anos perdidos por causas violentas em 2005

Região	Unidade da federação	Homens	Mulheres
Norte (Excepto Acre, Amapá e Roraima, em que não consta dados)	Amazonas	2,87	0,56
	Pará	3,05	0,57
	Rondônia	4,80	1,10
	Tocantins	3,57	0,85
Nordeste	Alagoas	3,99	0,72
	Bahia	3,03	0,58
	Ceará	3,76	0,64
	Maranhão	3,07	0,74
	Paraíba	3,48	0,65
	Pernambuco	4,54	0,84
	Piauí	2,72	0,56
	Rio G. do Norte	3,47	0,63
Sudeste	Sergipe	3,50	0,64
	Espírito Santo	3,95	0,87
	Minas Gerais	2,48	0,57
	Rio de Janeiro	3,54	0,55
Sul	São Paulo	3,14	0,53
	Paraná	2,99	0,68
	Santa Catarina	2,58	0,69
	Rio G. Sul	2,48	0,51
Centro-Oeste	Distrito Federal	3,05	0,59
	Mato Grosso	4,19	0,92
	Goiás	3,60	0,83
	Mato Grosso do Sul	3,42	0,87

Fonte: Elaboração própria a partir do IBGE, Indicadores Sociodemográficos e de Saúde 2009. Acesso em 08/04/2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/index.php>

Anexo VIII - TFT segundo as UFs e a raça – 1991/2000

Região	UF	Taxa de fecundidade total						
		(Branco),		(Negro),		(Branco)		(Negro)
		1991	1991	1991	2000	2000	2000	2000
Norte	Acre	4,86	4,14	5,10	3,42	3,02	3,55	
	Amapá	4,72	4,07	4,91	3,63	3,15	3,80	
	Amazonas	4,50	3,52	4,68	3,45	2,52	3,70	
	Pará	4,24	3,43	4,50	3,15	2,70	3,33	
	Rondônia	3,55	3,15	3,84	2,75	2,60	2,85	
	Roraima	4,04	3,70	4,09	3,22	2,44	3,35	
	Tocantins	3,96	2,98	4,37	2,95	2,47	3,15	
Nordeste	Alagoas	4,12	3,40	4,48	3,14	2,68	3,40	
	Bahia	3,66	3,16	3,81	2,50	2,10	2,64	
	Ceará	3,72	3,10	4,02	2,84	2,48	3,07	
	Maranhão	4,74	4,13	4,92	3,20	2,75	3,38	
	Paraíba	3,78	3,27	4,12	2,54	2,27	2,76	
	Pernambuco	3,31	2,90	3,54	2,48	2,17	2,71	
	Piauí	3,83	3,13	4,06	2,67	2,35	2,79	
	Rio G. Norte	3,41	2,92	3,73	2,54	2,17	2,83	
	Sergipe	3,64	3,13	3,85	2,74	2,43	2,9	
Centro-Oeste	Distrito Federal	2,33	2,13	2,52	1,96	1,81	2,18	
	Goiás	2,58	2,38	2,78	2,23	2,01	2,46	
	Mato Grosso	3,14	2,85	3,32	2,50	2,33	2,61	
	Mato G. do Sul	2,95	2,64	3,23	2,42	2,13	2,65	
Sudeste	Espírito Santo	2,78	2,42	3,14	2,16	1,90	2,42	
	Minas Gerais	2,69	2,38	3,07	2,23	1,97	2,54	
	Rio de Janeiro	2,10	1,92	2,37	2,06	1,83	2,35	
	São Paulo	2,28	2,16	2,65	2,05	1,87	2,52	
Sul	Paraná	2,62	2,50	3,06	2,30	2,17	2,80	
	Rio G.do Sul	2,38	2,29	2,75	2,16	2,01	2,75	
	Santa Catarina	2,58	2,49	3,56	2,23	2,13	3,22	

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Anexo IX - % Casamentos por grupos de idade e sexo – Brasil - 1984/2008

Grupo de Idade (anos)	1984		1985		1990		1995		2000		2005		2008	
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Menos de 15	0,01	0,77	0,00	0,72	0,01	0,67	0,00	0,43	0,00	0,23	0,00	0,07	0,00	0,05
15 - 19	7,40	32,59	7,53	33,04	7,81	33,27	6,89	30,43	5,27	24,79	4,08	17,82	3,30	14,32
20 - 24	41,21	35,86	42,16	36,57	42,52	36,97	37,74	35,25	33,19	33,59	27,80	31,53	23,37	27,98
25 - 29	27,91	15,84	28,09	15,72	29,94	17,69	29,86	18,55	29,08	20,51	29,40	23,72	29,63	25,79
30 - 34	10,71	6,74	10,27	6,31	10,50	5,83	13,28	7,78	15,05	9,71	16,38	11,75	17,80	13,72
35 - 39	4,63	3,33	4,31	3,14	3,73	2,46	5,04	3,27	7,19	4,86	8,54	6,15	9,52	7,20
40 - 44	2,70	1,93	2,43	1,74	1,75	1,22	2,37	1,65	3,54	2,53	4,79	3,55	5,70	4,38
45 - 49	1,86	1,27	1,72	1,20	1,03	0,74	1,35	1,00	2,02	1,50	2,83	2,16	3,54	2,74
50 - 54	1,24	0,78	1,18	0,72	0,80	0,50	0,93	0,64	1,35	0,95	1,85	1,35	2,36	1,71
55 - 59	0,93	0,45	0,89	0,43	0,62	0,28	0,76	0,45	0,98	0,59	1,32	0,81	1,63	0,94
60 - 64	0,60	0,22	0,59	0,21	0,47	0,17	0,59	0,25	0,80	0,36	0,94	0,44	1,09	0,52
65 Ou mais	0,80	0,22	0,82	0,21	0,82	0,20	1,18	0,30	1,51	0,38	1,90	0,47	1,94	0,52

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE - Estatísticas do Registro Civil.

Nota: H (homem) e M (mulher).

Anexo X – TFT das mulheres com até 3 anos de estudo e com 8 anos de estudo ou mais, segundo as UFs - 2005

Região	Unidade da federação	Até 3 anos de estudo	8 Anos ou mais de estudo	Diferencial do nº de filhos entre ambas
Norte	Acre	4,36	1,96	2,40
	Amapá	4,52	1,78	2,73
	Amazonas	3,33	1,37	1,96
	Pará	3,80	1,53	2,26
	Rondônia	2,77	1,56	1,21
	Roraima	4,40	2,08	2,32
	Tocantins	3,63	1,68	1,94
Nordeste	Alagoas	2,67	1,38	2,32
	Bahia	2,96	1,31	1,65
	Ceará	3,33	1,39	1,94
	Maranhão	3,58	1,50	2,08
	Paraíba	3,02	1,52	1,49
	Pernambuco	3,34	1,41	1,93
	Piauí	3,04	1,34	1,70
	Rio G. do Norte	3,22	1,42	1,80
	Sergipe	3,10	1,34	1,76
Sudeste	Espírito Santo	2,73	1,35	1,38
	Minas Gerais	2,87	1,41	1,46
	Rio de Janeiro	2,48	1,36	1,11
	São Paulo	2,45	1,52	0,93
Sul	Paraná	2,67	1,42	1,25
	Santa Catarina	2,52	1,30	1,22
	Rio G. Sul	2,67	1,30	1,37
Centro-Oeste	Distrito Federal	2,81	1,57	1,24
	Goiás	2,78	1,53	1,25
	Mato Grosso	2,79	1,42	1,37
	Mato Grosso do Sul	2,96	2,44	1,52

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE, Indicadores Sociodemográficos e de Saúde 2009. Acedido em 09/04/2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/index.php>

Anexo XI - (%) Crianças e adolescentes de 10-17 anos de idade ocupados, por classe de contribuição no rendimento médio mensal familiar e grupos de idade em que começaram a trabalhar - 2004

Grandes Regiões	Distribuição percentual de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos ocupados, por classes de contribuição no rendimento médio mensal familiar (%)				
	Até 10%	Mais de 10% a 30%	Mais de 30% a 50%	Mais de 50% a 90%	Mais de 90%
Brasil	24,2	51,7	16,6	3,7	3,8
Norte	22,2	48,7	17,7	5,3	6,2
Nordeste	28,5	48,4	14,0	4,3	4,8
Sudeste	23,7	53,3	16,4	3,3	3,3
Sul	22,6	54,0	19,2	2,5	1,7
Centro-Oeste	18,7	52,5	18,8	5,1	4,9

Regiões	Total (1)	Grupos de idade em que começaram a trabalhar (%)		
		Até 9 anos	10 A 14 anos	15 A 17 anos
Brasil	5 051 039	20,9	55,4	23,7
Norte	560 526	25,5	57,6	16,9
Nordeste	1 901 259	29,2	58,9	11,9
Sudeste	1 353 239	9,4	50,9	39,8
Sul	887 034	20,4	53,4	26,2
Centro-Oeste	348 981	13,8	55,9	30,4

Fonte: IBGE, PNAD de 2004

Nota: (1) Exclui aqueles com idade ignorada em que começou a trabalhar.

Anexo XII - Média de anos de estudo da população de 15 anos ou mais de idade, segundo o local de domicílio, o sexo, a raça e grupos etários seleccionados – 1991/2000

Média de anos de estudo segundo os grupos de Idades								
Raça	Local	Sexo	15-17 Anos		18-24 Anos		25 Anos ou mais	
			Ano		Ano		Ano	
			1991	2000	1991	2000	1991	2000
Branca	Urbano	Homem	4,7	6,0	5,9	7,0	4,4	5,3
		Mulher	6,4	7,6	7,9	9,1	6,3	7,2
	Rural	Homem	2,5	4,1	2,8	4,2	1,6	2,3
		Mulher	4,2	5,9	4,6	6,1	2,9	3,7
Preta ou Parda	Urbano	Homem	4,4	5,7	5,6	6,7	4,5	5,3
		Mulher	5,0	6,4	6,2	7,4	4,3	5,3
	Rural	Homem	2,2	3,7	2,5	3,8	1,6	2,2
		Mulher	2,9	4,5	3,2	4,6	1,6	2,4

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Sistema Nacional de Informações de Gênero

Anexo XIII - Taxa de analfabetismo (%), segundo a raça e o grupo etário - Brasil e UFs - 1991/2000

UF	1991	1991	2000	2000	1991	1991	2000	2000	1991	1991	2000	2000
	7-14 Anos	7-14 Anos	7-14 Anos	7-14 Anos	15 Anos ou +	25 Anos ou +						
	Branços %	Negros %										
Acre	32,81	47,91	22,01	24,66	23,86	37,60	19,60	24,65	26,92	42,08	23,53	31,45
Amapá	21,61	28,03	12,09	16,11	14,24	20,44	8,55	12,68	18,16	26,22	11,52	17,49
Amazonas	26,56	39,54	15,66	23,33	13,30	24,69	9,05	15,51	15,76	29,63	11,44	19,96
Pará	30,48	42,69	18,74	25,30	16,36	26,49	11,56	17,48	19,11	30,98	14,77	22,57
Rondônia	16,15	22,70	6,79	9,56	15,83	23,03	9,94	14,14	20,23	29,77	13,36	19,74
Roraima	16,13	25,72	7,23	10,19	9,15	19,37	7,77	12,32	12,24	25,69	10,55	17,57
Tocantins	29,67	43,15	12,26	17,61	21,14	34,62	12,04	20,21	25,63	42,12	15,99	27,38
Alagoas	40,88	58,87	24,03	34,65	32,80	50,27	24,03	36,07	36,38	55,34	28,94	43,29
Bahia	33,44	45,89	14,96	20,77	26,45	37,65	17,65	23,63	29,94	43,21	22,43	30,72
Ceará	34,11	47,27	17,03	24,38	27,44	41,62	19,03	28,52	30,76	46,81	23,83	36,03
Maranhão	41,59	53,30	21,31	27,89	31,57	44,00	21,29	29,23	36,96	51,27	27,19	37,91
Paraíba	38,56	53,45	16,76	24,23	32,42	47,08	22,04	32,85	36,03	52,02	27,16	40,53
Pernambuco	31,85	44,73	17,75	24,72	26,14	38,48	18,29	26,42	29,03	43,07	22,34	32,63
Piauí	44,20	55,27	21,15	28,83	32,83	44,25	22,60	31,59	37,58	51,46	28,39	39,83
Rio G. Norte	31,57	44,56	16,34	23,43	27,31	41,28	18,36	27,97	30,71	46,61	22,99	34,89
Sergipe	33,51	47,34	16,86	24,42	27,12	39,29	18,45	26,38	30,97	44,81	22,84	32,78
Distrito Federal	8,62	14,79	4,13	6,87	5,98	12,16	3,77	7,03	6,99	15,12	4,87	9,57
Goiás	12,79	22,17	4,66	7,47	13,95	22,43	8,83	14,00	17,44	27,94	11,55	18,66
Mato Grosso	14,12	22,62	5,35	8,64	12,95	23,73	7,87	14,34	16,03	29,71	10,33	19,43
Mato G. Sul	12,52	19,52	4,59	7,37	12,71	20,79	7,83	13,69	15,52	25,59	10,24	18,02
Espírito Santo	10,16	18,64	5,03	8,96	13,49	22,34	8,28	13,52	16,12	27,17	10,66	18,03
Minas Gerais	12,75	23,88	4,70	8,46	12,90	24,08	8,17	15,43	15,49	29,49	10,40	20,36
Rio de Janeiro	8,64	16,93	4,74	8,74	6,98	13,23	4,57	8,31	7,74	15,25	5,51	10,30
São Paulo	6,70	11,73	4,29	7,22	8,46	15,48	5,13	9,31	10,14	19,14	6,48	12,18
Paraná	8,41	14,52	3,28	5,32	12,04	24,35	7,27	15,48	15,05	31,10	9,45	20,39
Rio G. Sul	7,69	14,85	3,76	7,47	8,66	20,16	5,37	12,37	9,96	23,86	6,64	15,66
Santa Catarina	7,39	16,99	3,09	6,50	8,55	22,58	5,11	12,92	9,97	26,62	6,46	16,79
Brasil	22,70	33,22	11,43	16,41	18,32	29,31	12,31	19,11	21,36	34,52	15,55	24,60

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2000

Anexo XIV - % Pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os grupos de anos de estudo - Brasil e Grandes Regiões - 2004

Grandes Regiões	Grupos de anos de estudo (%)			
	Sem instrução e menos de 1 ano	1 A 3 anos	4 A 8 anos	9 Anos ou mais
Brasil (1)	36,4	21,0	29,8	12,8
Norte (2)	48,1	23,2	18,3	2,6
Nordeste	57,0	17,4	17,4	8,1
Sudeste	26,6	21,4	35,8	16,3
Sul	25,5	24,9	37,2	12,4
Centro-Oeste	40,4	21,6	25,9	12,1

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004.

Anexo XV - Evolução Temporal da Desigualdade de Renda – Brasil – 1977/1999

Percentagem da renda apropriada pelas pessoas						
Ano	20% Mais Pobres	40% Mais Pobres	50% Mais Pobres	20% Mais ricos	10% Mais Ricos	15% Mais Rico
1977	2,4	7,7	11,7	66,6	51,6	18,5
1978	2,1	7,6	12,0	64,1	47,7	13,6
1979	1,9	7,5	11,9	64,2	47,6	13,4
1981	2,6	8,6	13,0	63,1	46,7	12,7
1982	2,5	8,2	12,6	63,7	47,3	13,1
1983	2,5	8,1	12,4	64,4	47,7	13,5
1984	2,7	8,5	12,8	63,8	47,6	13,2
1985	2,5	8,2	12,4	64,4	48,2	14,2
1986	2,6	8,5	12,9	63,4	47,2	13,8
1987	2,3	7,9	12,1	64,3	48,0	14,1
1988	2,1	7,3	11,3	66,0	49,7	14,4
1989	2,0	6,8	10,5	67,8	51,7	16,4
1990	2,1	7,3	11,3	65,6	49,1	14,2
1992	2,3	8,4	13,1	62,1	45,8	13,2
1993	2,2	7,9	12,3	64,5	48,6	15,0
1995	2,3	8,0	12,3	64,2	47,9	13,9
1996	2,1	7,7	12,1	64,1	47,6	13,5
1997	2,2	7,8	12,1	64,2	47,7	13,8
1998	2,2	7,9	12,2	64,2	47,9	13,9
1999	2,3	8,1	12,6	63,8	47,4	13,3

Fonte: Tabela extraída de Barros, Henriques e Mendonça (2001:17)

Anexo XVI - População projectada para 1º de Junho de 2010 e % população atendida pelo Programa Bolsa Família relativamente ao total populacional das Grandes Regiões - 2010

	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C. Oeste
População Total	15.703.247	54.366.255	80.904.394	27.920.785	14.110.644
Percentual Total	100%	100%	100%	100%	100%
% Atendidos pelo Bolsa Família	0,82%	11,36%	3,65%	3,64%	4,29%

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE: Projeção da População para o Período 1980/2050 - Revisão 2008 e dos dados do Sistema de Benefícios ao Cidadão/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome.

Anexo XVII - Distribuição dos beneficiários do programa Bolsa Família em Junho de 2010, segundo as Grandes Regiões

	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.-Oeste
%	100%	10,72%	51,31%	24,51%	8,44%	5,03%
Absoluto	12.036.173	1.290.159	6.175.344	2.949.548	1.015.254	605.857

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados divulgados pelo Sistema de Benefícios ao Cidadão/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Acedido em 25/07/2010.

Disponível em http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/lista-de-beneficiarios/

Anexo XVIII - Distribuição dos estudantes do ensino médio e superior, segundo o tipo de instituição frequentada e quintos de rendimento familiar *per capita* – Brasil - 2004

Brasil	Estudantes da rede pública					Estudantes da rede privada				
	Quintos de rendimento familiar <i>per capita</i> (%)					Quintos de rendimento familiar <i>per capita</i> (%)				
	1º Quinto	2º Quinto	3º Quinto	4º Quinto	5º Quinto	1º Quinto	2º Quinto	3º Quinto	4º Quinto	5º Quinto
Ensino Médio	14,9	22,2	25,4	25,2	12,3	2,5	5,0	10,7	24,4	57,4
Ensino superior	2,3	4,8	10,3	24,9	57,7	1,2	2,1	6,6	20,8	69,3

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da PNAD de 2004

Anexo XIX - Pessoas de 60 anos ou mais de idade, por raça - Brasil – 1991/ 2000.

Ano	Total	Homens brancos	Homens pretos e pardos	Mulheres brancas	Mulheres pretas e pardas
1991	10.676.146	2.789.660	2.040.299	3.497.457	2.212.688
2000	14.262.834	3.839.905	2.560.911	4.978.745	2.883.273

Fonte: Sistema Nacional de Informação de Gênero.

Anexo XX - População rural, segundo a raça e as UFs -1991/2000

Estado	Pop. Rural 2000	Pop. Rural Brancos 2000	Pop. Rural Negros 2000	População total (Brancos), 1991	População total (Brancos), 2000	População total (Negros), 1991	População total (Negros), 2000
Acre	187259	52372	121416	95141	168549	317002	374992
Alagoas	902882	267876	613927	703488	964919	1798310	1824138
Amapá	52349	6825	37222	62488	126850	223132	339062
Amazonas	705335	90521	490669	364636	681717	1653866	1971978
Bahia	4297902	1040310	3154309	2398656	3297989	9390271	9574017
Ceará	2115343	705691	1375288	1867159	2770560	4478577	4579638
Distrito Federal	89647	34825	51605	750939	1008199	838594	1016767
Espírito Santo	634183	345335	277535	1246493	1512200	1346658	1554334
Goiás	606583	300.048	285.115	1906836	2.538.412	2098006	2.403.224
Maranhão	2287405	557847	1674909	1016258	1512324	3878951	4066833
Mato Grosso	516627	196982	258724	821809	1104962	1181861	1341907
Mato Grosso do Sul	330895	140.960	129.959	938990	1.135.811	789728	859.936
Minas Gerais	3219666	1.602.448	1.574.447	8090973	9.594.370	7599245	8.134.619
Paraíba	996613	386475	596925	1165167	1467260	2022161	1937738
Paraná	1777374	1.333.116	379.310	6408520	7.387.842	1945902	2.017.481
Pará	2071614	438165	1526613	1045310	1617015	3859344	4456315
Pernambuco	1860095	678027	1146683	2353201	3238329	4750128	4585950
Piauí	1054688	252955	784867	564218	752760	2013458	2056960
Rio de Janeiro	569816	309.144	250.359	7022299	7.871.002	5676676	6.347.750
Rio Grande do Norte	740109	253563	476079	854630	1171699	1554998	1581106
Rio Grande do Sul	1869814	1.639.577	191.736	7942098	8.817.727	1160674	1.289.509
Rondônia	495264	199444	270673	443087	588568	674995	761761
Roraima	77381	11300	40000	45239	80387	144334	213387
Santa Catarina	1138429	1.010.684	103.676	4077819	4.786.293	449058	518.973
São Paulo	2439552	1.622.832	725.954	22901246	26.185.687	8025600	10.083.985
Sergipe	511249	136615	361889	394957	562858	1092423	1196870
Tocantins	297137	75611	202272	223267	353754	687246	783199
Somatório Brasil	31845211	13.689.548	17.102.161	75.704.924	91.298.043	69.651.198	75.872.429

Fonte: Elaborada a partir dos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2000

Anexo XXI - Lista de conceitos do IBGE⁹¹

Alfabetizada - a pessoa capaz de ler e escrever pelo menos um bilhete simples no idioma que conhecesse.

Anos de estudo – classificação estabelecida em função da série e do nível ou grau que a pessoa estava frequentando ou havia frequentado, considerando a última série finalizada com aprovação. Cada série completada com aprovação correspondeu a 1 ano de estudo. Aqueles cujas informações não permitissem a sua classificação foram reunidas no grupo de anos de estudo “não determinados”.

Condição na família - classificação dos componentes da família quanto à relação de parentesco ou de convivência existente entre cada membro e a pessoa de referência da família ou com o seu cônjuge.

Cônjuge – pessoa que vivia conjugalmente com a pessoa de referência da família, existindo ou não o vínculo matrimonial.

Cor ou raça - característica declarada pelas pessoas com base nas seguintes opções: branca, preta, amarela (pessoa de origem japonesa, chinesa, coreana etc.), parda (mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) ou indígena (pessoa indígena ou índia).

Dirigentes em geral - membros superiores e dirigentes do poder público, dirigentes de empresas e organizações (excepto de interesse público) e Gerentes.

Duração do ensino fundamental - Actualmente encontra-se em fase de implantação a modificação da duração do ensino fundamental regular de 8 (1º a 8ª série) para 9 anos (1º ao 9º ano) estabelecida na Lei nº 11.274, de 06 de Fevereiro de 2006, com matrícula obrigatória aos 6 anos de idade. Esse procedimento vem-se desenvolvendo de forma gradual sendo que os municípios, estados e o Distrito Federal desfrutarão do prazo até 2010 para promover a alteração.

Domicílio - o local de moradia, estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos com entrada privativa.

⁹¹ A definição dos conceitos descritos corresponde àqueles utilizados pelo IBGE, principal fonte de recolha de dados utilizada ao longo deste trabalho.

Domicílios particulares - aqueles destinados à habitação de uma pessoa ou mais pessoas com relacionamento prescrito por laços de parentesco, dependência doméstica ou, ainda, normas de convivência.

Estudante - a pessoa que frequentava curso regular de ensino, sendo que àqueles que frequentavam somente curso de especialização profissional, de extensão cultural (como idioma, etc.) ou de educação de jovens e adultos por meio de rádio, televisão ou correspondência não foram computados como estudantes.

Família - o agregado de indivíduos ligados por vínculos de parentesco, dependência doméstica ou regras de convivência, que habitassem na mesma unidade domiciliar e, ainda, a pessoa que residisse sozinha em uma unidade domiciliar.

Filho nascido vivo - aquele que após a expulsão ou extração completa do corpo materno, independentemente do tempo de duração da gestação, manifestou algum sinal de vida ainda que tenha falecido em seguida.

Frequência a escola ou creche - foi pesquisado se a pessoa era estudante em curso de ensino regular ou frequentava creche. Para os que não eram estudantes e nem frequentavam creches foi investigado se já havia frequentado escola ou creche. Entre os que eram estudantes foram pesquisados a série e o nível ou grau do ensino do curso que estudava. Para a pessoa que não era estudante, mas já havia frequentado escola, foram investigados o nível ou grau do ensino do curso mais elevado que frequentou, a última série concluída e se o curso foi concluído. Considerou-se como creche o estabelecimento, juridicamente regulamentado ou não, destinado a dar assistência a crianças nas primeiras idades.

Média de anos de estudo - total de anos de estudo das pessoas de uma determinada idade dividido pelo número total de pessoas na mesma idade.

Outro parente - pessoa que tinha qualquer outro grau de parentesco relativamente à pessoa de referência da família ou com o seu cônjuge.

Pensionista - pessoa que, na semana de referência, recebia pensão das Forças Armadas, do Plano de Seguridade Social da União ou de instituto de previdência social federal (Instituto Nacional do Seguro Social - INSS), estadual ou municipal, inclusive do FUNRURAL, deixada por pessoa da qual era beneficiária.

Pessoas economicamente activas - as pessoas ocupadas e desocupadas.

Pessoa em idade activa - pessoa de 10 anos ou mais de idade.

Pessoa de referência - pessoa responsável pela família ou assim considerada pelos demais membros da família.

População residente - os moradores presentes e ou temporariamente ausentes (não superior em 12 meses em relação à data da entrevista), que tinham unidade domiciliar (domicílio particular ou a unidade de habitação em domicílio colectivo) como local de residência habitual.

Profissionais das ciências e das artes – congrega os profissionais policientíficos; das ciências exactas, físicas e da engenharia; das ciências biológicas, da saúde e afins; do ensino (com formação de nível superior); das ciências jurídicas; das ciências sociais e humanas e comunicadores, artistas e religiosos.

Rede de ensino - foi investigada se a escola ou creche que o indivíduo frequentava pertencia à rede pública (federal, estadual ou municipal) ou particular.

Rendimento mensal domiciliar - soma dos rendimentos mensais dos moradores do domicílio, exclusive os das pessoas de menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja situação na unidade domiciliar fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

Rendimento mensal familiar - considerou-se a soma dos rendimentos mensais dos membros da família, exclusive os das pessoas de menos de 10 anos de idade e os daquelas cuja situação na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

Rendimento mensal familiar *per capita* - considerou-se a divisão do rendimento mensal familiar pelo número de componentes da família, exclusive os daqueles cuja condição na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico.

Salário mínimo – Remuneração mínima do trabalhador fixada por lei. Para a classificação dos rendimentos segundo as classes de salário mínimo, considera-se o valor em vigor no mês (e ano) de referência da pesquisa.

Taxa de actividade - percentagem de pessoas economicamente activas em relação ao total de pessoas em idade activa.

Taxa de analfabetismo - percentagem de pessoas analfabetas de um grupo etário em relação ao total de pessoas do mesmo grupo etário.

Taxa bruta de mortalidade - quociente entre o número de óbitos ocorridos durante um ano civil e a população total ao meio do ano civil. Representa a frequência com que ocorrem os óbitos em uma população.

Taxa bruta de natalidade - quociente entre o número de nascidos vivos em um ano civil e a população total ao meio do ano civil. Representa a frequência com que ocorrem os nascimentos em uma população.

Taxa de defasagem idade/série – percentagem de crianças frequentando uma determinada série escolar com idade superior àquela pedagogicamente recomendada para a mesma série.

Taxa de desocupação - percentagem das pessoas desocupadas em relação ao total de pessoas economicamente activas.

Taxa específica de fecundidade – intensidade de fecundidade a que as mulheres estão sujeitas em cada grupo etário, dentro do período reprodutivo (dos 15 aos 49 anos de idade).

Taxa de fecundidade total - número médio de filhos que teria uma mulher, de uma coorte hipotética, ao fim do período reprodutivo, estando sujeita a uma determinada lei de fecundidade, em ausência de mortalidade desde o nascimento até o final do período fértil.

Taxa de mortalidade infantil - frequência com que ocorrem os óbitos infantis (menores de um ano) em uma população em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano civil.

Técnicos de nível médio – agregam técnicos polivalentes; técnicos de nível médio: das ciências físicas, químicas, engenharia e afins; das ciências biológicas, bioquímicas, da saúde e afins; em serviços de transportes; nas ciências administrativas e dos serviços culturais, das comunicações e dos desportos; professores leigos e de nível médio e demais técnicos de nível médio.