

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC CENTRO
SOCIOECONÔMICO – CSE
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS – CNM CURSO
DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS

DAVID CADORE

BRASIL ENVELHECIMENTO DE SUA POPULAÇÃO, MUDANÇAS NA
ESTRUTURA OCUPACIONAL DA MÃO DE OBRA E AS NECESSIDADES
DE POLÍTICAS PÚBLICAS

FLORIANÓPOLIS, 2016

DAVID CADORE

**BRASIL ENVELHECIMENTO DE SUA POPULAÇÃO, MUDANÇAS NA
ESTRUTURA OCUPACIONAL DA MÃO DE OBRA E AS
NECESSIDADES DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Monografia submetida ao curso de Ciências Econômicas da
Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito
obrigatório para a obtenção do grau de Bacharelado.

Orientadora: Carmen Rosario Ortiz Gutierrez Gelinski

FLORIANÓPOLIS, 2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC CENTRO
SOCIOECONÔMICO – CSE
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA E RELAÇÕES INTERNACIONAIS – CNM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ECONÔMICAS**

A banca examinadora resolveu atribuir nota 9,5 ao aluno David Cadore na disciplina CNM 7107 – Monografia, do curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela apresentação deste trabalho.

Data da aprovação: 01/12/2016.

Banca Examinadora:

**Prof^ª. Dra. Carmen Rosario Ortiz Gutierrez Gelinski
Orientadora**

Prof. Dr. Daniel de Santana Vasconcelos Membro

Prof. Dr. Lauro Francisco Mattei Membro

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que me concedeu forças para trilhar e concluir esta etapa com êxito. À minha família, apesar da distância, por todo apoio e amor. Minha mãe, por sempre me entender e me auxiliar. Aos amigos do curso de economia da UFSC em especial a Gustavo Canova, Deyvid William, Homero Pugliesi, Leonardo Alonso. Aos demais amigos que estão comigo desde o início dessa jornada compartilhando os momentos especiais. A todos do corpo acadêmico do curso de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Santa Catarina que proveram conhecimentos determinantes para minha vida e que jamais serão esquecidos. Em especial a professora Carmen Rosário Ortiz G. Gelinski, que me orientou e prestou seu apoio, dispondo de tempo e paciência.

Muito obrigado a todos!

***“A verdadeira dificuldade não está em aceitar ideias novas,
mas escapar das antigas.” (John Maynard Keynes)***

RESUMO

A relação entre população e desenvolvimento é discutida desde a época de Malthus e Condorcet e apesar disso é um tema atual, pois a população não é estável. Durante o século XX a discussão sobre a população foi vista principalmente sobre o enfoque da explosão demográfica como limitador de crescimento. Na contemporaneidade passa a ser discutida com o enfoque de “problema” do envelhecimento. A transição demográfica caracteriza-se pela redução das taxas de mortalidade e redução das taxas de natalidade da população, e na medida em que a transição vai avançando ela modifica a expectativa de vida dos indivíduos e sua composição etária. A queda da fecundidade diminui a proporção do grupo jovem da população em relação ao total, e quando mais baixas essas taxas forem, maiores as diferenças ocorridas na estrutura etária da população. O envelhecimento populacional projetado para 2050 pode chegar a 66 milhões de brasileiros no grupo dos idosos com 60 anos ou mais. Esse envelhecimento também é observado na população economicamente ativa PIA que para esse mesmo período, deve ter um contingente de 50% de indivíduos com 50 anos ou mais de idade. Com base nessas projeções também é observado uma diminuição da oferta de trabalhadores o que pode gerar um nível de atividade menor para economia brasileira. Mesmo com o incremento da participação feminina e aumento da permanência do trabalhador no mercado de trabalho a tendência de diminuição da PIA brasileira só pode ser atrasada. O foco do trabalho é identificar as políticas que uma população mais envelhecida irá demandar. Por fim, conclui-se que, as políticas de cuidado devem reconhecer os cuidadores informais, assim como aumentar a oferta de cuidados formais por profissionais e instituições, para atender as novas demandas do perfil populacional com uma maior participação do estado.

Palavras-chave: envelhecimento populacional, transição demográfica, população economicamente ativa, políticas públicas, cuidados de longa duração.

SUMMARY

The relationship between population and development has been discussed since the time of Malthus and Condorcet and yet it is a current theme, as the population is not stable. During the twentieth century the discussion about population was mainly focused on the demographic explosion approach as a growth restrictor. In contemporary times, it is discussed with the "problem" approach to aging. The demographic transition is characterized by lower mortality rates and lower birth rates, and as the transition progresses, it changes the life expectancy of individuals and their age composition. The fall in fertility decreases the proportion of the young population in relation to the total, and the lower these rates are, the greater the differences in the age structure of the population. Population aging projected for 2050 can reach 66 million Brazilians in the group of the elderly with 60 years or more. This aging is also observed in the economically active population PIA which for the same period should have a contingent of 50% of individuals 50 years of age or older. Based on these projections, there is also a decrease in the supply of workers, which may generate a lower level of activity for the Brazilian economy. Even with the increase in female participation and the increase of the worker's permanence in the labor market, the tendency to decrease the Brazilian PIA can only be delayed. The focus of the work is to identify the policies that a more aged population will demand. Finally, it is concluded that care policies should recognize informal caregivers as well as increase the provision of formal care by professionals and institutions to meet the new demands of the population profile with greater state participation.

Key words: Population aging, demographic transition, economically active population, public policies, long-term care.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Brasil- Taxa de crescimento da população, por componentes (1871-1940) (por mil habitantes).....	15
Gráfico 2 – Brasil -Taxa de mortalidade infantil (TMI) e esperança de vida ao nascer (1940-2010).....	18
Gráfico 3 – Brasil - População absoluta (por mil habitantes) e taxa de crescimento (%) (1970-2000).....	19
Gráfico 4 – Brasil – Estrutura relativa da população, por sexo e idade (1940-2050).....	24
Gráfico 5 – Brasil – Distribuição percentual da PIA por grupos de idade e sexo (2010-2050)	28
Gráfico 6 – Brasil, Estados Unidos e OCDE: Taxa de atividade das mulheres (%) (2010)	32
Gráfico 7 – Brasil – PIA por sexo e anos de estudo (%) (1981- 2009).....	32
Gráfico 8 – Brasil – PEA por sexo e anos de estudo (%) (1981- 2009).....	33
Gráfico 9 – Brasil – Taxa de participação feminina por anos de escolaridade (%) (1992-2012).....	33
Gráfico 10 – Brasil – Composição da renda do idoso em (%) (2003 e 2008).....	40
Gráfico 11 – Brasil – Proporção (%) da população com alguma dificuldade nas AVD's (1988 e 2008).....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Europa - Mortalidade infantil em alguns países europeus (1882-2000).....	11
Tabela 2 – Brasil -Taxa de mortalidade infantil por mil habitantes 1930-2010.....	16
Tabela 3 – Brasil -Esperança de vida ao nascer, segundo as Grandes Regiões (1930-2014).....	17
Tabela 4 – Taxas de fecundidade total brasileira, segundo as grandes regiões (1940-2014).....	20
Tabela 5 – Brasil -Estrutura relativa da população de 0 a 14 anos de idade e de 60 anos e mais de idade, proporção de internações, gasto médio e média de dias internados na rede hospitalar (2014).....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PEA	População Economicamente Ativa
PIA	População em Idade Ativa
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	3
1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA	3
1.2 OBJETIVOS	4
1.2.1 Objetivo Geral	4
1.2.2 Objetivos Específicos	4
1.3 JUSTIFICATIVA	5
1.4 METODOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	5
2 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	7
2.1 MODIFICAÇÕES POPULACIONAIS	7
2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	9
2.2.1 Transição da Mortalidade	10
2.2.2 Transição da Fecundidade	12
2.3 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO CONTEXTO BRASILEIRO	14
2.3.1 Transição da Mortalidade Brasileira.....	15
2.3.2 Elevação da Expectativa de Vida Brasileira.....	16
2.3.3 Transição da Fecundidade Brasileira.....	18
2.4 A ESTRUTURA ETÁRIA E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	20
3 MUDANÇAS NA ESTRUTURA OCUPACIONAL DA MÃO DE OBRA BRASILEIRA.....	26
3.1 ENVELHECIMENTO DA MÃO DE OBRA	26
3.1.1 Envelhecimento e a Permanência no Mercado de Trabalho.....	28
3.3.2 Participação das Mulheres Brasileiras na Atividade Econômica nos Últimos Anos	31
3.3.3 Determinantes da Participação Feminina no Mercado de Trabalho.....	34
4.1 O CUIDADO COM O IDOSO.....	38
4.2 FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELOS IDOSOS	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

O envelhecimento de um país é revelado a partir da queda da fecundidade¹ e conseqüentemente a retração da base etária, que fica menor, conforme a queda nos níveis de fecundidade prossegue o que faz com que os grupos mais jovens da população percam peso relativo em comparação ao total, e proporcionalmente aos outros grupos que ganham maior relevância, o que gera o envelhecimento. (CARVALHO; GARCIA, 2003).

O Brasil está vivendo um importante momento das transformações da sua população, no entanto, o caso brasileiro assim como a maioria dos países em desenvolvimento é diferente do vivenciado pelos países desenvolvidos que já passaram por essa experiência da transição demográfica² e envelhecimento da população. A velocidade do envelhecimento da população nos países desenvolvidos foi gradativa. Logo, as mudanças que levaram muitas décadas para serem discutidas, pensadas e executadas nos países desenvolvidos, terão um escopo temporal muito menor no Brasil que vem percorrendo um caminho contrário ao de outros países, pois está envelhecendo antes de se desenvolver (FELIX, 2007).

Os países desenvolvidos enriqueceram e depois envelheceram. Nós, como todos os países pobres, estamos envelhecendo antes de enriquecer. Eles tiveram recursos e tempo. A França levou 115 anos para dobrar de 7% para 14% a proporção de idosos na população. O Brasil vai fazer o mesmo em 19 anos. Uma geração. Eles levaram seis (FELIX, 2007, p.7).

A alteração do perfil da população brasileira seja pela elevação da expectativa de vida gerada pela queda da mortalidade³ ou pela queda na taxa de fecundidade, trará uma maior convivência com a população idosa, e tende a modificar as necessidades de políticas públicas. Para Simões (2016) o grupo da população com 60 anos ou mais de idade, entre o período de 2000 e 2050 projetado, espera-se um aumento em seu número, triplicando seu contingente passando de 19,6 milhões para um total de 66,5 milhões.

Observa-se, também, o envelhecimento da população em idade ativa (PIA), que atingirá seu máximo em 2040 com aproximadamente 177 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos de

¹ Fecundidade é o número médios de filhos que uma mulher teria até o final de sua idade reprodutiva.

² Transição Demográfica é a transição de taxas de mortalidade e natalidade altas, para baixas.

idade. E após isso projeta-se crescimento negativo para a população (PIA). Nota-se que para manter o nível de atividade ao patamar de 2010, 400 mil novas pessoas por ano deverão estar dispostas a ocupar uma vaga no mercado de trabalho brasileiro entre o período de 2030 e 2050 (CAMARANO, 2014).

Tendo isso em vista, se faz necessário um aprofundamento das questões que permeiam o envelhecimento da população resultante das transformações sociais e demográficas. Nessa direção, o trabalho observa em um primeiro momento a discussão da relação entre população e desenvolvimento, transformações demográficas no Brasil assim como seu relacionamento com as mudanças na Estrutura Ocupacional da Mão de Obra brasileira. Em um segundo momento busca identificar as políticas públicas para segmentos mais envelhecidos no que diz respeito às políticas de cuidado de longa duração.

Neste contexto esta monografia pretende responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as políticas públicas direcionadas a segmentos etários mais envelhecidos serão necessárias, observando as futuras modificações da população brasileira?

1. 2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a transição demográfica brasileira e o envelhecimento da população bem como mudança na estrutura ocupacional da mão de obra para identificar a necessidade de políticas públicas direcionadas ao segmento etário mais envelhecido.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Discutir como foi vista a relação entre população e desenvolvimento;
- b) Expor o conceito de transição demográfica e apresenta-la no contexto brasileiro;
- c) Estudar a composição da população quanto à sua condição de atividade ou inatividade dentro da estrutura ocupacional da mão de obra brasileira apresentando projeções da população idosa, População em Idade Ativa (PIA) e População Economicamente Ativa (PEA)⁴;

³Taxa de mortalidade é representada como o número de óbitos por cada mil habitantes em um determinado período de tempo para determinada região.

⁴População economicamente ativa, (PEA) ou força de trabalho é formada pela parcela da população em idade ativa (PIA) inserida no mercado de trabalho. Isto é, a parcela da PIA que está ocupada ou procurando trabalho.

d) Identificar políticas públicas para segmentos etários envelhecidos considerando as projeções da população brasileira

1.3 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento do presente trabalho está ligado à relevância que o tema possui dentro da estrutura econômica de todo o país, dessa forma se faz necessária a discussão do envelhecimento da população, mercado de trabalho e o quadro de políticas observando que as modificações populacionais estão ocorrendo de maneira acelerada em comparação aos países desenvolvidos. Com o transcorrer da transição demográfica ocorre uma queda da mortalidade assim como a queda na taxa de fecundidade refletindo no estreitamento da pirâmide etária brasileira, onde o público idoso passa a ter um maior contingente populacional e consequentemente possuir maior participação em diversos aspectos sociais dos quais hoje não participa ou possui uma pequena participação. Assim, a alteração da população resultará em modificações nas demandas da sociedade brasileira, seja na aquisição de bens e serviços, seja em novas demandas sociais ou políticas.

1.4 METODOLOGIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A pesquisa segundo Gil (1991, p. 19) é um processo racional e sistemático de atuação em busca de elucidações. Ao mesmo tempo em que emprega um conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas científicas, para depois de múltiplas fases de processos, apresentar respostas aos problemas levantados inicialmente.

O presente trabalho buscará alcançar as respostas aos objetivos propostos por meio de uma pesquisa descritiva com abordagem bibliográfica. Para Gil (1991, p. 46) “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Ainda segundo Gil (1991, p. 48) “A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Já para MARCONI e LAKATOS (2009) a pesquisa bibliográfica é o levantamento dos materiais publicados sejam avulsos ou publicações de livros e revistas pondo o pesquisador frente à matéria. E itens instrumentais, serão utilizados bases de dados como IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), dentre outras, para construção e/ou explicação de dados.

Este do trabalho, além do capítulo introdutório, têm mais quatro capítulos. O segundo capítulo trabalha a transição demográfica e as modificações na população brasileira nas últimas décadas em termos de mortalidade, natalidade e expectativa de vida. Além disso, apresenta o quadro de envelhecimento brasileiro e sua estrutura etária. No terceiro capítulo, é discutida a projeção as projeções para uma PIA e PEA em termos de atividade econômica. O quarto capítulo busca explorar e identificar as políticas públicas para segmentos etários envelhecidos com base nas modificações que a população brasileira vem sofrendo e as modificações projetadas. E por final, o quinto capítulo tece algumas considerações finais sobre as modificações populacionais e as políticas públicas.

2 O PROCESSO DE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

2.1 MODIFICAÇÕES POPULACIONAIS

Na seção 2.1 é abordada a discussão entre Malthus e Condorcet como percursores do tema população e desenvolvimento econômico com visões opostas da população. Malthus via a população como um possível entrave para o desenvolvimento se não fosse controlada, enquanto Condorcet via na população o progresso. Durante o século XX a discussão em torno do tema populacional é destacada com a transição demográfica que impulsionou altas taxas de crescimento da população e que ficou conhecido como explosão demográfica.

É possível observar o início do embate populacional entre Condorcet e Malthus. Em 1794 Condorcet com a publicação do livro “Esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano” trazia um entendimento otimista tanto em termos de população como em termos do progresso do homem para o futuro da humanidade. Condorcet trabalhava com a premissa de evolução progressiva, ou seja, o estágio “atual” é melhor e mais desenvolvido, que seu predecessor e assim gradativamente superando o passado e evoluindo. Uma conquista da racionalidade do homem sobre a ignorância (ALVES, 2002).

Quatro anos mais tarde, Malthus publica “Ensaio sobre a população” com uma visão cética e negativa sobre a questão populacional, impondo uma dúvida para o progresso do homem e da humanidade. Malthus argumentava que na ausência de um controle, a população aumentaria em uma progressão geométrica, mas em contraponto, os alimentos aumentariam em uma progressão aritmética, ou seja, o poder da terra era limitado e conseqüentemente a produção de alimentos. Assim, na ausência de um controle populacional ocorreria um empobrecimento. “Para Malthus, no longo prazo, o crescimento da renda per capita seria impossível, pois a população tenderia sempre a crescer mais que a produção de bens” (ALVES, 2002, p. 24). Malthus era a favor de um salário de subsistência como meio de controlar a população. O salário seria um mecanismo de controle se a população estivesse em nível considerado alto, um corte do salário reduziria a fecundidade elevando a mortalidade.

Camarano (2014) argumenta que um problema que permeia o debate populacional são impasses ideológicos que muitas vezes são revestidos de um caráter científico. O que faz com que as perspectivas apontem constantemente para duas conclusões, uma otimista e outra pessimista. A perspectiva otimista possuía uma visão que a população representava o poder e

a riqueza, com um estímulo ao consumo e às inovações tecnológicas. A pessimista por outro lado, atribuía a questão do crescimento populacional a problemas como: baixo investimento, baixo crescimento, pobreza e devastação ambiental.

O contraste das opiniões em torno do tema populacional ganhou novo espaço entre as discussões no meio acadêmico e político no período do pós-segunda guerra. A rápida aceleração das taxas de crescimento populacional marcou o período que ficou conhecido como o período de explosão demográfica. Assim em meados de 1950 com o vertiginoso crescimento populacional, a visão da população como um problema é exposta e passa a ter maior destaque pela preocupação do aumento acelerado do contingente populacional que muitos dos países do hemisfério Sul, ditos subdesenvolvidos, possuíam. As altas taxas de crescimento populacionais resultavam de uma alta fecundidade em conjunto com uma recente redução de mortalidade⁵ principalmente a mortalidade infantil⁶, o que impulsionou as taxas de crescimento populacionais desses países, chegando por volta de 3% ao ano em média. Fato que gerou discussões em torno do assunto, visto que, se as taxas se mantivessem constantes por volta de 23 anos, o contingente populacional dobraria nesses países (CAMARANO, 2014).

Esse período de explosão demográfica também foi intitulado como *Baby Boom* ou explosão populacional. Resultou em um aumento da população jovem entre 1950-1970 e trouxe dúvidas quanto ao futuro, pois nessa época o desenvolvimento econômico se dava pela industrialização, e era visto até então como solução para os problemas. No entanto, para manter e continuar o desenvolvimento segundo a visão pessimista sobre o tema populacional, o controle seria uma condição fundamental. E a partir de então a população passou a usar a roupagem de “problema” para uma parte dos estudiosos (CAMARANO, 2014).

O período entre 1950 e 1970 também se convencionou chamar de neomalthusianos os demógrafos que relacionavam as altas taxas de crescimento populacional como responsáveis pelos atrasos econômicos. No entanto, ao contrário de Malthus, que propôs o controle da população pelo salário, os demógrafos neomalthusianos estavam desprendidos de conceitos religiosos, e recomendavam meios contraceptivos para reduzir a fecundidade dentro e fora do casamento, e em certos casos até o aborto (ALVES, 2002).

⁵ “chama a atenção o fato de a mortalidade registrar declínio consistente a partir de 1940, apresentando-se estável nos períodos anteriores e com leves reduções no início do Século XX. Fundamental ressaltar o papel dos antibióticos nesse processo de queda, influenciando, num primeiro momento, na redução da mortalidade adulta, e, posteriormente, na redução da mortalidade dos grupos etários infantis e infanto-juvenis” (SIMÕES, 2016, p.44).

Apesar de qual fosse à conclusão no debate entre população e desenvolvimento, nenhuma das visões, positiva ou negativa, conseguia estabelecer evidência empírica aceitável e corroborar suas hipóteses da população como problema ou solução para prosperidade de uma nação, em razão de análises com baixa correlação estatística entre crescimento populacional e crescimento econômico (CAMARANO, 2014).

Camarano (2014) argumenta que problemas como escassez de alimentos e recursos não necessariamente estão associados ao montante da população. Para determinar essa conjectura seria necessária a observação dos padrões de consumo. Dessa forma, quando os fatores são controlados a indicação do crescimento populacional como “problema” não se corrobora.

A despeito de todos os problemas que poderiam ocorrer segundo as conclusões pessimistas em torno do tema populacional, a população mundial entre 1960 e 1999 teve seu contingente duplicado chegando a 6 bilhões, a produção de alimentos triplicou, da mesma forma que a economia mundial em termos de Produto Interno Bruto (PIB) teve um ganho de 6,2 vezes entre 1950 e 2000. A não confirmação da visão pessimista deriva de alguns fatores a exemplo da globalização, aumento de produção e inovações. O incremento tecnológico e melhoria das instituições sociais aumentaram a capacidade de suprir as novas e crescentes demandas da população. Camarano (2014, p.49) “As previsões pessimistas não foram confirmadas, mas a visão da população como um “problema” ainda é predominante”.

2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Transição Demográfica é a expressão para se referir à redução das taxas de mortalidade e fecundidade. A corrente seção trata da transição da mortalidade e fecundidade.

A transição demográfica em termos mais abrangentes foi apresentada por Thompson em 1929, e acontece em três etapas: A primeira etapa ocorre quando as taxas de mortalidade caem e as taxas de fecundidade continuam elevadas, ocasionando uma aceleração no crescimento populacional. A segunda etapa ocorre quando as taxas de fecundidade iniciam um movimento declinante reduzindo o crescimento populacional. A terceira e última etapa, a existência de baixas taxas de mortalidade e fecundidade levam a um baixo crescimento populacional (THOMPSON, 1929 *apud* ALVES, 2002, p.28).

⁶ Mortalidade infantil é expressa pela morte antes de completar 1 anos de idade a cada mil nascimentos.

A seguir divide-se a explicação da transição demográfica em transição da mortalidade (primeira fase) e transição da fecundidade (segunda fase). Na próxima seção (2.3) é discutida a transição demográfica no contexto brasileiro (primeira e segunda fase). Já na seção 2.4 é abordado o envelhecimento da população brasileira e modificação em sua estrutura etária, fato que indica a terceira fase que também é conhecida como pós-transição demográfica, pois as taxas de mortalidade e fecundidade se encontram baixas e estáveis decorrendo em uma população adulta com idades mais avançadas, indicando o fim do processo de transição demográfica e envelhecimento populacional.

2.2.1 Transição da Mortalidade

Transição da Mortalidade se refere ao processo de passagem das altas taxas de mortalidade para baixas taxas. Alves (2002) argumenta que a queda das taxas de mortalidade é uma grande conquista da humanidade o que possibilitou uma maior sobrevivência para os indivíduos e aborda a mortalidade com duas explicações distintas. Uma busca explicar sua origem por um enfoque econômico e outra por um enfoque da evolução das inovações médicas que é visto nesta seção.

De acordo com Alves (2002), desde o início dos tempos o homem travou uma luta pela manutenção de sua vida, a redução das taxas de mortalidade foi sua maior vitória conquistada na história. No entanto, essa luta, é uma luta contínua, sempre em busca de melhorar suas condições de sobrevivência, seja graduando sua qualidade, seja evitando óbitos precoces. Na última década do século XVIII as taxas brutas de mortalidade na Europa eram de aproximadamente 30 por mil, sendo a mortalidade infantil superior a 250 por mil, com uma expectativa de vida ao nascer de 30 anos de idade. E foi nesse mesmo período que a transição da mortalidade teve início nas economias mais adiantadas, porém ocorreram quedas mais expressivas somente a partir da Segunda Revolução Industrial (ALVES, 2002).

A tabela 1 mostra a evolução do declínio da mortalidade infantil em alguns países europeus desde a segunda revolução industrial até o século XX. Na Alemanha pode-se observar uma queda de 44 vezes desde o final do século XIX até o ano de 2000 sendo o número mais expressivo do conjunto observado, logo depois a Áustria com uma diminuição de 34 vezes. A redução da mortalidade alterou de forma significativa a expectativa de vida ao nascer da população mundial: 77,5 anos na Europa em contraste com os 30 anos que a

população atingia antes da Segunda Revolução Industrial; 69,4 anos na América Latina e Caribe e 65,6 anos no mundo (ALVES, 2002).

Tabela 1 – Europa - Mortalidade infantil em alguns países europeus (1882-2000)

Países	Ano	Mortes por mil habitantes		
		1665	2000	
Bélgica	1882	161	24	7
Suíça	1885	165	18	6
Alemanha	1890	221	24	5
Inglaterra	1892	149	20	7
Suécia	1892	102	13	5
Holanda	1897	153	14	6
Áustria	1908	205	28	6
Itália	1911	146	36	7
Espanha	1918	158	38	7

Fonte: Elaborado por Alves (2002) com base em: KNODEL e WALLE (1979), WORD DEVELOPMENTO REPORT (1991) e THE STATE...(2000).

No entanto, se se amplia o foco para além da realidade europeia ainda existem disparidades a exemplo do continente Africano com uma mortalidade infantil de 87 por mil e 51,4 anos de expectativa de vida ao nascer no início do século XXI. Apesar dessas disparidades, na média a esperança de vida mundial dobrou em cem anos, fato que nunca ocorreu anteriormente na história da humanidade. Duas explicações principais buscam ilustrar o tema populacional pela transição da mortalidade. A primeira aborda o papel do desenvolvimento econômico para a vida dos indivíduos e seu padrão de vida. A segunda trata das melhorias na saúde da população por meio de avanços e inovações no campo médico programas de saúde, saneamento e higiene da população (ALVES, 2002).

A abordagem com enfoque a partir do desenvolvimento defende que a redução das doenças infectocontagiosas⁷ ocorreu antes das grandes descobertas médicas. O desenvolvimento melhorou as condições de renda e vida em aspectos como moradia, higiene e nutrição. Mckeown, Record e Tuner (1975 *apud* ALVES, 2002) apontam que a nutrição como fator de maior relevância nas melhorias das condições de vida, e além disso, o efeito do

⁷ Infectocontagiosa é a classificação para doenças cuja contaminação se dá através do contato.

aumento da renda é anterior aos avanços médicos . Em contraponto, para a visão de inovações e melhorias introduzidas pela medicina, a redução da mortalidade ocorreu após avanços médicos, e observam o exemplo da noção de assepsia⁸ em 1844, anestésicos, bactericidas assim como a imunologia introduzidos no decorrer do século XIX, da mesma maneira que a quimioterapia em torno de 1930. Preston e Nelson (1974 *apud* Alves, 2002) mostram que a revolução das novas tecnologias e novos tratamentos na redução das doenças infectocontagiosas alterou a estrutura da mortalidade (ALVES, 2002).

A partir dessas duas linhas de raciocínio, Johansson e Mosk (1987 *apud* ALVES, 2002) mostram que pode existir um meio termo e buscam aperfeiçoar a explicação através da união das duas explicações. Partem das bases de defesas das duas explicações. A resistência a doenças pelo enfoque do desenvolvimento econômico, assim como, a proteção às doenças advindas da corrente de inovações médicas, desenvolvendo uma nova explicação com base em um conceito de Proteção/Resistência que possui três níveis: natural, comunitário e domiciliar, com flexibilidade para explicação das diferentes causas da mortalidade (ALVES, 2002).

Dessa forma, independente da explicação para a transição da mortalidade resultou em uma melhora nas condições de vida das populações de todo o mundo, assim como um incremento na média de vida das populações que lograram uma maior sobrevivência pelos avanços que ocorreram, apesar das desigualdades existentes, como visto entre Europa e África. Assim, o século XX marca a história pelo crescimento populacional que foi adquirido em decorrência da queda da mortalidade (ALVES, 2002).

2.2.2 Transição da Fecundidade

Transição da Fecundidade se refere ao processo de passagem das altas taxas de mortalidades para baixas taxas. Nesta seção é abordada a transição da fecundidade que tem seu início em um ambiente econômico mais desenvolvido como opção pelos indivíduos, e com acesso a métodos contraceptivos disponíveis.

Na qualidade de um fenômeno social, a transição da fecundidade representa uma alteração no comportamento sobre o processo na tomada de decisão de gerar, adiar ou não ter filhos, envolve diversos aspectos sejam esses individuais como financeiro, profissional, mental, até aspectos mais abrangentes como familiar, comunitário e religioso. Apesar das

⁸ Assepsia; ausência de todo micróbio; ausência de matéria infecciosa; ambiente esterilizado.

combinações de fatores que envolvem a decisão de gerar descendentes, o processo é diferente para cada indivíduo (ALVES, 2002).

Alves (2008) observa que as taxas de fecundidade declinantes⁹ ocorrem em um contexto de maior grau de desenvolvimento econômico e tecnológico, e com maior liberdade de escolha. Simões (2016) nota que a mudança do comportamento reprodutivo pode ser atribuída a fatores econômicos, políticos-institucionais assim como a disponibilidade de métodos contraceptivos, como ocorreu no Brasil depois de 1960. Para Coale e Hoover (1966 *apud* Alves, 2002), o processo da transição demográfica é diferente entre países desenvolvidos e países subdesenvolvidos. Nos mais desenvolvidos o processo se daria endogenamente pelos avanços de desenvolvimento, com um impacto na mortalidade e posteriormente na fecundidade. Entretanto, para os países subdesenvolvidos o percurso se daria de forma exógena, ou seja, um país com baixo nível de desenvolvimento poderia, pela importação de antibióticos, tecnologias e métodos com melhor custo benefício, alcançar níveis similares em termos de queda da mortalidade. E dessa forma os autores negam que o desenvolvimento econômico é condição necessária para ocorrer a transição da mortalidade nos países subdesenvolvidos (ALVES, 2002)

Entretanto, Coale e Hoover (1966 *apud* ALVES, 2002) argumentam existir um nível básico de desenvolvimento econômico a ser obtido para a transição da fecundidade ocorrer nos países subdesenvolvidos (ao contrário da transição da mortalidade que pode ocorrer pela importação de materiais e meios). Se tal avanço não se manifestar, o país teria perdas no processo de crescimento econômico, pois lograria um aumento da base de sua pirâmide etária, por uma aceleração do crescimento populacional proporcionado pela importação de métodos (vacinas, medicamentos e novos tratamentos) que levem a uma menor mortalidade. Assim a população mais jovem que é dependente, retardaria o país em termos de poupança, pois esta seria consumida da mesma maneira que retardaria os investimentos. Porém Coale (1979 *apud* ALVES, 2002) abandona sua posição anterior, que dizia ser necessário alcançar certo nível de desenvolvimento. E elenca três condições para o início da transição da fecundidade nesses países subdesenvolvidos. 1) Decisão livre e consciente dos indivíduos; 2) Os casais devem ter consciência das vantagens em não ter filhos; 3) Existência de métodos contraceptivos a disposição. E assim avalia que o desenvolvimento econômico é suficiente, mas não necessário para a transição da fecundidade (ALVES, 2002).

⁹ Ver o caso das taxas de fecundidade brasileiras na tabela 3, que se encontra na próxima seção.

Com isso é possível observar que a transição da mortalidade e fecundidade podem acontecer em sociedades com estrutura de baixo grau de desenvolvimento apesar da necessidade de vacinas, métodos contraceptivos, e/ou equipamentos para sua produção e novos tratamentos.

2.3 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO CONTEXTO BRASILEIRO

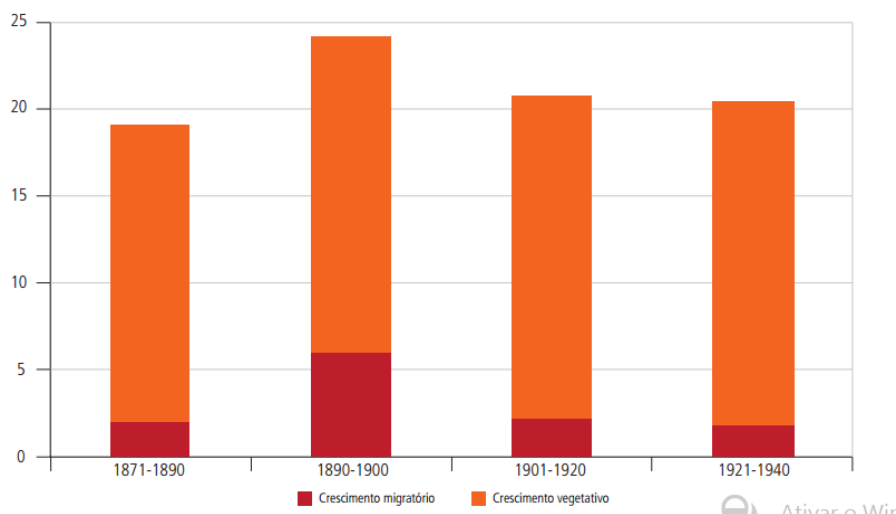
Nesta seção abordam-se, as modificações vivenciadas com a transição demográfica, que ocorreram em uma velocidade maior no Brasil e em outros países da América Latina se comparados aos países já desenvolvidos e, que passaram por esse processo de uma forma mais lenta e gradual.

Camarano, Kanso e Fernandes (2014) observam que apesar da transição demográfica ocorrer no século XX no Brasil, ocorreu uma mudança relevante no final do século XIX que também alterou a população brasileira.

O crescimento da população brasileira com base nas imigrações internacionais apresentou seu ápice na década de 1890, passando de um crescimento vegetativo¹⁰ ligeiramente abaixo de 2,0% ao ano para um crescimento de 2,3% a.a, em função de uma taxa líquida de migração de 0,6% a.a. conforme (gráfico 1). Essa imigração era constituída principalmente por italianos, espanhóis e portugueses e alterou o ritmo de crescimento brasileiro, direta e indiretamente, alterando a população, assim como, alterou a taxa bruta de mortalidade para baixo, pois nesses grupos de imigrantes predominavam as faixas etárias de menor risco de morte, ou seja, as jovens.

¹⁰ Crescimento vegetativo ou crescimento natural é a diferença entre os nascimentos e mortes geralmente expressos por mil habitantes.

Gráfico 1 - Brasil- Taxa de crescimento da população, por componentes (1871-1940)
(por mil habitantes)



Fonte: Elaboração de Camarano, Kanso e Fernandes (2014) com base em: Merrick e Graham (1981).

2.3.1 Transição da Mortalidade Brasileira

Nesta seção é tratada a transição da mortalidade brasileira com início em 1940 com modificações no combate a doenças e campanhas de saúde e saneamento. Destaca ainda o impacto na mortalidade infantil e o incremento que a população brasileira teve depois de trinta anos de seu início da transição da mortalidade, atingindo em 1970 um contingente populacional de 93,1 milhões de habitantes.

A Transição da Mortalidade se refere ao processo de passagem das altas taxas de mortalidade para baixas taxas. Este período segundo Simões (2016) e Camarano, Kanso e Fernandes (2014) inicia-se no Brasil em 1940, com a utilização de antibióticos somados a campanhas de vacinação, combate a doenças infecciosas, campanhas sanitárias e parasitárias que passaram a sustentar a queda das taxas de mortalidade, principalmente para a mortalidade infantil. Tendo isso em vista, a redução da mortalidade combinada aos altos níveis de fecundidade que existiam, resultou no crescimento populacional que atingiu um de seus maiores níveis na história brasileira entre 1950 e 1960, com taxas médias anuais por volta de 3,0% ao ano (CAMARANO; KANSO E FERNANDES, 2014).

Em 1940 a população brasileira estava com um contingente populacional de 41 milhões de habitantes e, em função da queda da mortalidade e aceleração do crescimento populacional, alcançou em 1970, um contingente populacional de 93,1 milhões de habitantes.

No entanto houve outro fator de alternância. Nesse período ocorreu a falência do modelo exportador de produtos agrícolas que culminou em uma industrialização impulsionando os deslocamentos populacionais para a área urbana, assim como alterou a composição do emprego nos setores da economia brasileira (CAMARANO; KANSO E FERNANDES, 2014).

Para Camarano, Kanso e Fernandes (2014) a principal variável do período de 1940 é a redução da mortalidade e, em especial a mortalidade infantil. Simões (2016) destaca o período principalmente pelo uso de antibióticos para declínio da mortalidade, e observa desigualdades nas grandes regiões brasileiras em termos de mortalidade infantil.

O quadro de evolução da mortalidade infantil é exposto na tabela 2, com diferenças significativas nos níveis entre as regiões principalmente Norte e Nordeste, com uma mortalidade infantil de 166 e 187 por mil habitantes respectivamente, quando comparadas às taxas da região Sul, que apresentava uma mortalidade infantil de 118 por mil habitantes em 1940. No entanto é a partir da década de 1970 que nota-se uma trajetória mais expressiva de queda da mortalidade, tanto geral como infantil explicada pela implementação da rede de abastecimento d'água que desempenhou uma importante função na queda da mortalidade (SIMÕES, 2016).

Tabela 2 – Brasil -Taxa de mortalidade infantil por mil habitantes 1930-2010

Ano	Taxas de mortalidade infantil					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1930	162,4	193,3	193,2	153	121	146
1940	150	166	187	140	118	133
1950	135	145	175	122	109	119
1960	124	122,9	164,1	110	96	115
1970	115	104,3	146,4	96,2	81,9	89,7
1980	80,1	68,4	116,3	53,8	46	54,2
1990	48	45,9	75,8	31,4	28,3	34,3
2000	29	31	45,2	20,1	16,9	22,6
2010	17,2	21,1	23,1	13	11,6	17

Fonte: Elaborado por Simões (2016) com base em: IBGE Censo Demográfico 1930-2010.

2.3.2 Elevação da Expectativa de Vida Brasileira

Nesta seção é apresentado o aumento da expectativa de vida pelas alterações das instituições brasileiras, avanços na indústria que proporcionaram no decorrer do tempo um aumento que se mostrou contínuo após a década de 1940.

De 1900 até 1930, a população brasileira obteve um ganho de expectativa de vida ao nascer de três anos. Em 1940, inicia-se um período de ganho na expectativa de vida com uma maior regularidade (Tabela 3), a esperança de vida ao nascer era 45,5 anos, em 1950 atinge 51,6 anos, em 1980 a expectativa de vida chega 62,5 anos. Em 2014 o patamar era de 75,4 anos de vida ao nascer, como pode ser observado no gráfico 2, que mostra um aumento da esperança de vida em anos, ao mesmo tempo em que é observado a queda contínua da taxa de mortalidade infantil (SIMÕES, 2016).

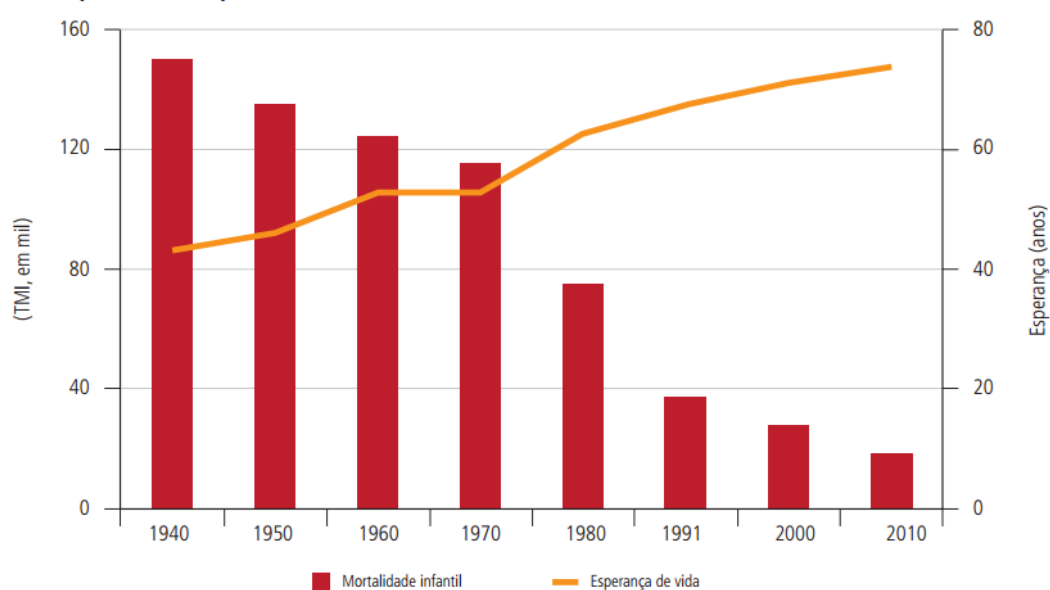
Tabela 3 – Brasil -Esperança de vida ao nascer, segundo as Grandes Regiões (1930/2014)

Grandes Regiões	Esperança de vida ao nascer (anos)								
	1930/ 1940	1940/ 1950	1950/ 1960	1960/ 1970	1980	1991	2000	2010	2014
Brasil	41,53	45,51	51,64	53,46	62,52	66,93	70,44	73,86	75,44
Norte	40,69	44,59	53,36	54,63	60,75	66,92	69,53	70,79	72,00
Nordeste	36,68	38,94	40,98	45,54	58,25	62,83	67,15	71,23	72,51
Sudeste	43,53	48,95	57,18	57,30	64,82	68,83	71,99	75,55	76,89
Sul	49,19	52,82	60,32	60,03	66,01	70,40	72,74	75,87	77,19
Centro-Oeste	47,92	51,11	56,65	58,93	62,85	68,55	71,75	73,69	74,67

Fonte: Elaborado por Simões (2016) com base em IBGE, Censo Demográfico 1940/2010 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade 2000-2030.

No entanto, nota-se na tabela 3 que existe forte disparidade na esperança de vida ao nascer entre as regiões brasileiras. Principalmente a região nordeste do país, com uma diferença de quase vinte anos em relação a região sul que possuía a maior expectativa de vida no país entre os anos de 1950 e 1960. Disparidade essa, que encontrou uma maior equalização a partir do ano de 1975, em função da ampliação da oferta de serviços de saúde (médico-hospitalares, vacinação, pré-natal), saneamento básico e escolarização, principalmente em áreas excluídas até então (SIMÕES, 2016).

Gráfico 2 – Brasil -Taxa de mortalidade infantil (TMI) e esperança de vida ao nascer (1940-2010)



Fonte: Elaboração de Camarano, Kanso e Fernandes (2014) com base em IBGE (1991b, 1999), Censos demográficos de 1980 a 2010/ IBGE e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)/ Ministério da Saúde (MS).

Simões (2016) ressalta o impulso dado pelo sistema de saúde pública, previdência, infraestrutura urbana, regulação no mercado de trabalho brasileiro, em conjunto com avanços industriais químico-farmacêuticos, que potencializaram o controle e prevenção de inúmeras doenças como as infectocontagiosas e pulmonares altamente letais. Essas melhorias simultâneas permitiram um incremento de vida para população que gradualmente estendeu sua expectativa de vida.

2.3.3 Transição da Fecundidade Brasileira

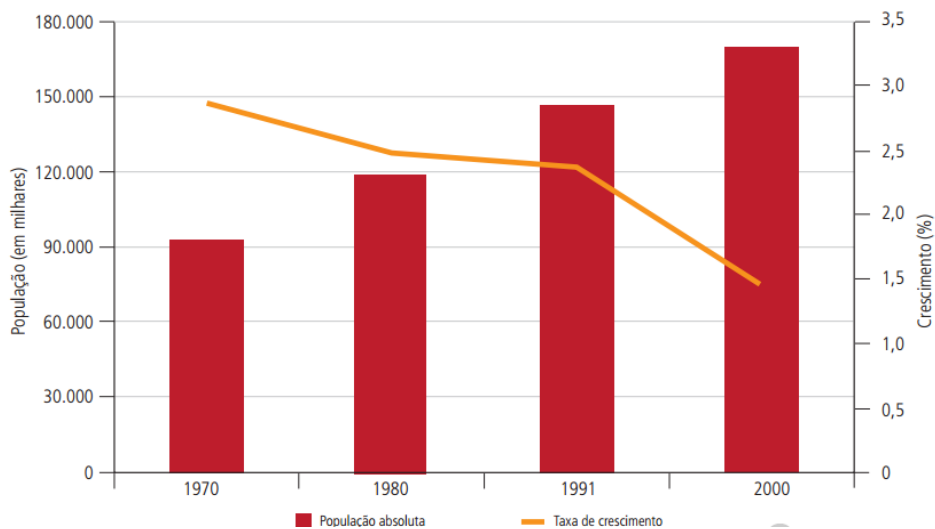
Nesta seção é observado à transição da fecundidade brasileira que se inicia por volta de 1960 com a introdução no cenário do país de métodos contraceptivos, mas é a partir de 1970 que se observa um declínio mais acentuado na taxa de fecundidade. A transição da fecundidade brasileira apresenta na atualidade níveis abaixo da taxa de reposição¹¹, e ocorreu de forma acelerada se comparada aos países Europeus.

¹¹ Taxa de reposição é a taxa que mantém a população constante. Para reposição da população é necessária uma taxa de fecundidade de 2,1 filhos. Os dois filhos substituem os pais e 0,1 é a porção para compensar os indivíduos que não chegam à idade para reprodução.

A Transição da fecundidade se refere ao processo de passagem das altas taxas de fecundidade para baixas taxas. Mesmo com uma maior urbanização desde a década de 1930 os níveis de fecundidade brasileiros se mantiveram elevados e estáveis até o período de 1960, e a partir de então houve o início de sua queda (SIMÕES, 2016).

Esta diminuição da fecundidade ocorreu de forma acelerada se contraposto ao ritmo da transição da fecundidade nos países europeus. Assim, a taxa de crescimento populacional brasileira que era de 2,4% em 1970, passou para uma taxa de 1,4% na década de 1990. E, apesar da desaceleração do crescimento populacional, a população continua a crescer mesmo com a queda da fecundidade pelo efeito do *momentum* demográfico¹². Como já visto anteriormente, em 1940 a população brasileira se encontrava com 41 milhões de habitantes e alcançou em 1970 o patamar populacional de 93 milhões, ou seja, mais que dobra em um período de trinta anos. E para o próximo período de trinta anos (1970 a 2000), a população brasileira praticamente duplica mais uma vez, passando de 93 milhões de habitantes para 170 milhões de habitantes (gráfico 3). Concomitantemente o Brasil deixa de ser um país jovem¹³ para ser um país de meia idade (CAMARANO; KANSO E FERNANDES, 2014).

Gráfico 3 – Brasil - População absoluta (por mil habitantes) e taxa de crescimento (%) (1970-2000)



Fonte: Elaboração de Camarano, Kanso e Fernandes (2014) com base em Censos Demográficos de 1970 a 2000/IBGE.

Simões (2016) argumenta que é no período de 1970 e 1980 que a queda da fecundidade se generaliza por fatores econômicos, sociais, político-institucionais e com

¹² *Momentum* demográfico; determinado período do comportamento populacional; nessa situação os nascimentos totais continuam a exceder as mortes pela concentração de mulheres em idade reprodutiva.

¹³ Nesse ponto CAMARANO (2014) considera como população jovem a faixa etária entre 15 e 24 anos.

destaque para a utilização de métodos anticoncepcionais, estes que foram introduzidos a partir da década de 1960, onde a taxa de fecundidade total era superior a seis filhos por mulher (Tabela 4), 2,85 filhos no início da década de 1990 e 1,87 filhos por mulher em 2010. Nota-se que a transição da fecundidade brasileira também ocorreu de maneira distinta dentro do território nacional, onde as regiões norte e nordeste foram às últimas a iniciarem a transição a partir de 1980 (SIMÕES, 2016).

Tabela 4 – Taxas de fecundidade total brasileira, segundo as grandes regiões 1940-2014

Grandes Regiões	Taxas de Fecundidade Total (TFT)								
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010	2014
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,85	2,39	1,87	1,57
Norte	7,17	7,97	8,56	8,15	6,45	4,15	3,18	2,40	2,16
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	3,75	2,72	2,02	1,85
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,36	2,11	1,70	1,61
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,50	2,17	1,70	1,60
Centro-Oeste	6,36	6,86	6,74	6,42	4,51	2,69	2,25	1,83	1,72

Fonte: Elaborado por Simões (2016) com base em: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e idade 2000-2030.

Segundo as Projeções da População por Sexo e Idade, divulgadas pelo IBGE em 2013, a taxa de fecundidade continua caindo, atingindo o patamar de 1,57 filhos conforme observado. Nota-se que a fecundidade brasileira já se encontra abaixo do nível de reposição. Em um curto período de tempo, os níveis de fecundidade brasileiros então similares aos níveis de fecundidade Europeus, os quais tiveram tal mudança em sua transição da fecundidade em um período de mais de um século (SIMÕES, 2016).

O declínio da fecundidade tem destaque para as mulheres mais instruídas, pois o nível de instrução das mães é determinante na transformação no posicionamento quanto a reprodução da mesma forma que influencia a conduta desde a gravidez, criação e desenvolvimento dos filhos. Mas como visto acima, independente da melhora da escolaridade a fecundidade se reduziu de maneira ampla, apontando para a modificação do comportamento das parcelas da população mais pobres no decorrer das últimas décadas com mudanças da organização familiar e papel da mulher no comportamento reprodutivo (SIMÕES, 2016).

2.4 A ESTRUTURA ETÁRIA E O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

A partir desta seção busca-se expor a alteração que está ocorrendo na estrutura etária brasileira. Carvalho e Garcia (2003) discutem a alteração na estrutura etária brasileira que

ocorre da pelo convívio de gerações distintas, as nascidas em um momento de alta fecundidade e aquelas nascidas em um momento de baixa fecundidade, ou seja, o grupo de adultos e idosos que continua aumentando com conforme o passar do tempo, enquanto o grupo de jovens e crianças continua diminuindo, pois não se alcançou uma estabilidade nas taxas de fecundidade. Além disso, a seção discorre projeções e números da população idosa.

Para Carvalho e Garcia (2003) é fundamental o discernimento entre longevidade¹⁴ e envelhecimento para melhor compreensão do tema. Longevidade é o número médio ou número de anos vividos por um indivíduo, geração ou coorte¹⁵, pois esses indivíduos compartilharam as mesmas funções de mortalidade por idade, até que o último indivíduo da geração venha a morrer. No entanto, ao se falar de envelhecimento refere-se à mudança da estrutura etária da população, ou seja, trabalha-se com um limite inferior de idade em uma população que passa a ser caracterizada como idosa (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Carvalho e Garcia (2003) argumentam ser equivocado pensar que a população envelhecida nos países é resultado de baixas taxas de mortalidade, ao contrário, as baixas taxas de mortalidade são responsáveis pelo “efeito rejuvenescedor”, pois a queda da mortalidade foi mais concentrada na população jovem¹⁶, permitindo que um número maior de mulheres sobreviva até o final do seu período reprodutivo, ou seja, a população jovem passa a ter um contingente maior, pois ela morre menos em idades iniciais de sua vida, alcançando a idade reprodutiva, possibilitando que mais indivíduos se reproduzam gerando assim um maior crescimento populacional.

Para um aumento do envelhecimento da população pela queda da mortalidade, as quedas da mortalidade devem ser mais expressivas em grupos com idades mais avançadas permitindo assim que um contingente de pessoas idosas sobreviva mais. Outra forma é pela queda da fecundidade que altera os grupos etários da população, ou seja, a base da pirâmide etária fica menor (conforme a queda da fecundidade) o que faz com os grupos mais jovens da população percam peso relativo em comparação ao total da população, e proporcionalmente os outros grupos ganhem maior proporção, o que gera o envelhecimento. (CARVALHO; GARCIA, 2003).

No caso brasileiro no decorrer do século XX a estrutura etária brasileira, manteve-se sem muitas modificações. No entanto, a partir de 1940 houve mudanças para o ritmo de crescimento populacional, a explosão demográfica, vista anteriormente. Com o declínio da

¹⁴ Longevidade refere-se a duração de vida dos indivíduos.

¹⁵ Coorte é evento compartilhado por um grupo de indivíduos em um determinado período, exemplo: coorte de pessoas que nasceram em 2000.

fecundidade anos mais tarde em vários países principalmente os subdesenvolvidos, assim como o Brasil, a quantidade de nascimentos sofre queda dando início ao processo de retração da base da pirâmide etária, e, por conseguinte o envelhecimento da população (CARVALHO E GARCIA, 2003).

Em uma primeira etapa, após o início do declínio da fecundidade, passa-se por uma fase de desestruturação da distribuição etária relativa da população, por conviverem nela gerações nascidas quando a fecundidade era alta e aquelas que já sofreram o impacto da queda. Com o passar do tempo, tende-se a alcançar nova estabilidade na estrutura etária da população, quando todas aquelas coortes oriundas da alta fecundidade desaparecerem. Se a fecundidade, após o declínio, se estabilizar, a nova estrutura etária estável ou quase-estável a ser alcançada será bem mais envelhecida do que aquela de antes da queda da fecundidade. Isto porque a diferença entre o tamanho de uma geração e outra dependerá, além do maior tempo de exposição à mortalidade (tal como no período de alta fecundidade), da diferença do tamanho inicial das diversas gerações, agora muito menor, devido ao declínio da fecundidade (CARVALHO; GARCIA, 2003, p.4).

No período entre 1940 e 1970, ocorreu a baixa na fecundidade brasileira de 6,1 para 5,8 filhos por mulher, segundo Carvalho e Garcia (2003) a composição da estrutura etária deveria ser alterada, no entanto, o “efeito rejuvenescedor” anulou/compensou a queda da fecundidade ocorrida deixando a pirâmide etária constante, pois nesse mesmo período houve queda da mortalidade, assegurando que menos indivíduos morressem o que compensou a queda da fecundidade e proporcionou a estabilidade da estrutura etária (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Apesar da queda da fecundidade que foi compensada pelo “efeito rejuvenescedor” é a partir de 1970, que a queda da fecundidade sofre uma aceleração e passa a apresentar um declínio mais acentuado, chegando ao ano de 2000 com a taxa de fecundidade em torno de 2,3 filhos por mulher, iniciando o período de envelhecimento da população brasileira e mudança da configuração da pirâmide etária que ainda continua, pois a fecundidade continua a cair, não atingindo uma estabilidade e conseqüentemente a base da pirâmide etária continua a ser retraída constantemente.

Nota-se que a transição da fecundidade brasileira não foi um processo que ocorreu de forma homogênea entre suas regiões. Segundo Simões (2016) as diferenças residem em nas transformações sociais de cada uma das regiões do território nacional sofreu. E apesar das regiões Norte e Nordeste iniciarem sua transição da fecundidade mais tarde que as outras regiões do país, é observado uma generalização do comportamento da transição da fecundidade quando as regiões Norte e Nordeste passam a ter uma aceleração

¹⁶ Como já observado no gráfico 2 e tabela 2.

proporcionalmente maior na queda de sua fecundidade, alcançando em 2014 um nível mais próximo, no entanto ainda maior que as outras regiões¹⁷.

Para além dessas diferenças regionais, mesmo se a fecundidade brasileira atingir uma estabilidade em um futuro próximo, o processo de envelhecimento irá continuar até que o coorte com os efeitos etários de alta fecundidade do passado deixe de existir totalmente (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Para Camarano (2014) os declínios da fecundidade e mortalidade verificados são movimentos que não se tem o conhecimento sobre seu limiar. O que se sabe, são suas consequências: menor crescimento populacional e alteração da estrutura etária de um país especialmente quanto ao seu envelhecimento (CAMARANO 2014).

Assim como Camarano (2014), para Borges, Campos e Silva (2015), a exemplo do Brasil, a transição demográfica ocorreu de forma rápida e com mudanças bruscas em curtos intervalos de tempo e, além da modificação do crescimento populacional, a transição demográfica resulta na alteração da estrutura etária redistribuindo a composição dos extratos da população de crianças, jovens, adultos e idosos¹⁸. Borges, Campos e Silva (2015) ainda ressaltam que os países do oeste da Europa foram os primeiros a sofrerem com o processo de transição demográfica, com suas taxas de mortalidade e fecundidade declinando paulatinamente durante mais de um século.

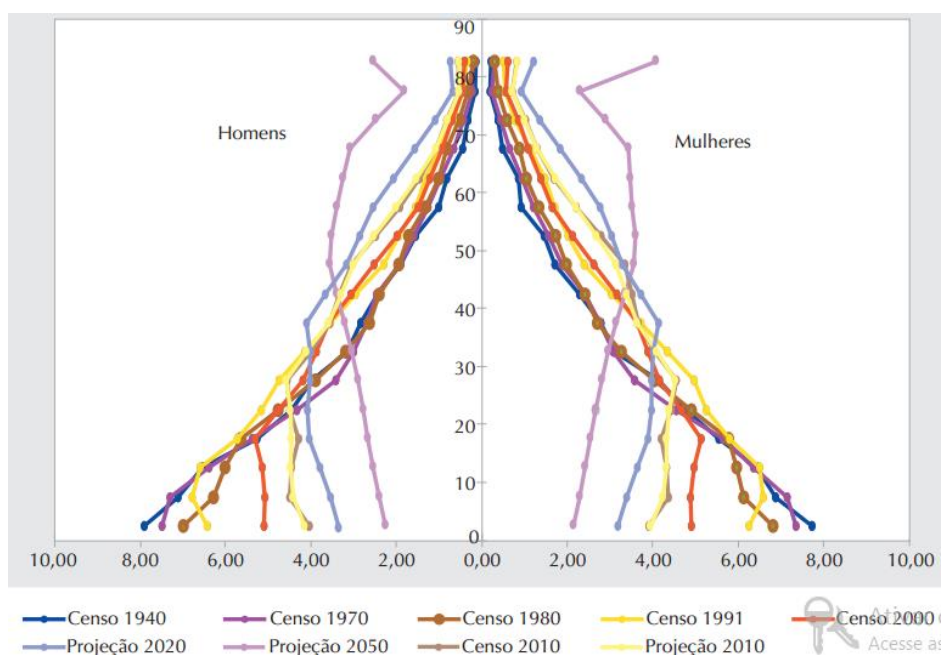
Segundo Simões (2016) logo após o período *Baby boom* com término em 1970, a composição da estrutura etária brasileira era de uma pirâmide com a base alargada, indicando a predominância da população jovem em função do período de alta fecundidade que havia até então. No entanto, a partir da década de 1980 é possível observar o início do encolhimento da base da pirâmide etária e a aceleração do estreitamento conforme as décadas seguintes.

No gráfico 4 é possível observar a mudança de forma das pirâmides etárias brasileira desde 1940 até 2010 assim como as projeções até 2050. Logo a projeção de 2020 apresenta uma forma mais retangular principalmente em sua base e centro indicando um país envelhecido, embora a projeção para 2050 seja mais perceptível, e, além disso, nota-se o início da inversão da pirâmide etária, onde os grupos mais jovens tem uma participação cada vez menor pela queda da fecundidade que vem declinando desde a década de 1970 (SIMÕES, 2016).

¹⁷ Ver tabela 4.

¹⁸ Para melhor compreensão é classificado como crianças a faixa etária de (0-14) anos, jovens de (15-29) anos, adultos de (30-59) anos e idosos com mais de 60 anos de idade.

Gráfico 4 – Brasil – Estrutura relativa da população, por sexo e idade (1940-2050)



Fonte: Elaborado por Simões (2016) com base em: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 2000-2060.

Também pode ser observada para a projeção de 2050 uma maior participação do contingente da população com mais de 75 anos, principalmente do sexo feminino. Para Simões (2016), o aumento continuado da terceira idade é um fato que já é vivenciado e argumenta que a projeção para o extrato com mais de 60 anos entre 2000 e 2050 tenha seu número mais que triplicado passando de 19,6 milhões para um total de 66,5 milhões (SIMÕES, 2016).

Para Camarano (2014) a população com 60 anos ou mais pode chegar a 68,1 milhões em 2050, esse fato deriva, segundo a autora, dos ganhos com a queda da mortalidade que beneficiam cada vez mais esse grupo etário e por ser a única faixa de idade que apresenta crescimento positivo para todo o período de projeção 2010 á 2050. Outro grupo que deve ter aumento em seu contingente é o grupo dos muito idosos, 80 anos ou mais, o qual deverá ter seu tamanho quadruplicado até o final do período de 2050 passando de três milhões para 13 milhões e representando em torno de 20% da população idosa total.

Simões (2016) nota que ocorrem quedas sucessivas na população de crianças e jovens os quais se encontram na base da pirâmide, com aumentos contínuos nas idades posteriores pertencentes aos adultos e idosos.

Como já visto a relação entre população e desenvolvimento não é recente. A discussão inicial entre Malthus e Condorcet que possuíam perspectivas distintas quanto à relação da

população e o desenvolvimento prosseguiu durante o século XX com outros autores e novas mudanças originadas no ritmo de crescimento populacional, como foi à explosão demográfica no período do pós-segunda guerra. Evento que ocorreu pela queda das taxas de mortalidade em conjunto das altas taxas de fecundidade que se mantiveram constantes no período (primeira fase da transição demográfica), acelerando o crescimento populacional da época na maioria dos países subdesenvolvidos. No decorrer do capítulo também foi observado o conceito de transição demográfica assim como a alteração na estrutura etária e envelhecimento da população brasileira que com o final do bônus demográfico e aumento da razão de dependência tem uma aceleração do seu crescimento e posteriormente aumento do seu contingente envelhecido em relação aos outros grupos da população brasileira.

Nota-se que o tema continua atual, a discussão ente população e desenvolvimento que anteriormente se pautava no crescimento da população como limitador, agora tem o “problema” do envelhecimento populacional que pode gerar um custo maior para o país em termos de saúde e assistenciais, assim como tende a perdas de produtividade por ter uma mão de obra mais envelhecida na estrutura ocupacional da mão de obra do país. O que compromete a geração de renda e riqueza do país. Algumas modificações em termos de atividade e mão de obra brasileira são discutidas no próximo capítulo.

3 MUDANÇAS NA ESTRUTURA OCUPACIONAL DA MÃO DE OBRA BRASILEIRA

3.1 ENVELHECIMENTO DA MÃO DE OBRA

Como visto anteriormente nos últimos anos o ritmo de crescimento populacional foi alterado pelas modificações das taxas de mortalidade e fecundidade. Nesta seção Nonato et al (2012) analisando a força de trabalho, destacam que a transição demográfica altera a quantidade da força de trabalho, pois altera a composição relativa de peso para cada grupos da população, principalmente em termos de números de adultos que constituem a PIA brasileira, e assim modificando a oferta de mão de obra do país, como será visto na seção nesta seção.

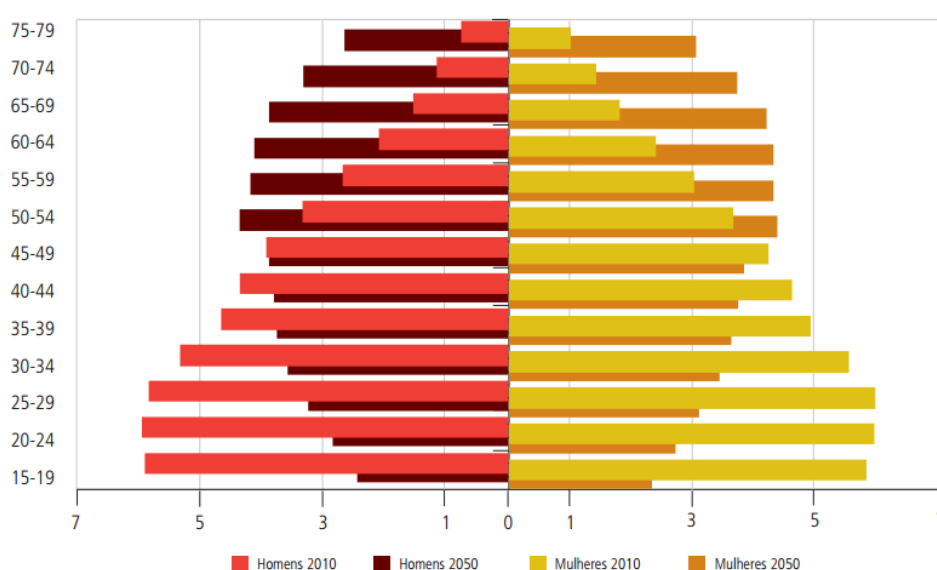
Para Camarano (2014) o Brasil estaria indo em direção à terceira fase da transição demográfica na qual a população apresenta diminuição e envelhecimento. Barbosa (2014) argumenta que a demografia brasileira nas últimas décadas vem expondo um menor ritmo de crescimento populacional e alteração de sua estrutura etária, fato que modifica população em idade ativa (PIA), assim como, modifica o mercado de trabalho.

Nonato et al (2012) observam a força de trabalho brasileira e sua disposição de quantidade e qualidade. A quantidade da força de trabalho está condicionada ao tamanho da população, número de adultos e a disposição de empregabilidade. Enquanto a qualidade da força de trabalho está condicionada ao nível educacional da população. Segundo os autores as características quantitativa e qualitativa da força de trabalho brasileira modificaram-se nas ultimas décadas por três razões centrais. A primeira diz respeito à transição demográfica e alteração da estrutura etária, que altera a composição da PIA e conseqüentemente o número de indivíduos da força de trabalho. A segunda são alterações da qualificação, especialização, ou seja, aumentos da escolaridade que são associados a maiores níveis de participação nas atividades produtivas. E a terceira refere-se à população feminina e sua participação no mercado de trabalho.

Barbosa (2014) ressalta que a parcela que representa a PIA dentro do conjunto populacional de 2012, tinha um peso próximo a 69,0% do total da população brasileira. No entanto a PIA tem crescido a taxas relativamente menores que a população com mais de 65 anos de idade, apresentando uma tendência de desaceleração do grupo entre 15 e 64 anos de idade desde 1999, em função da queda da fecundidade e com projeções para sua intensificação de queda para as próximas décadas.

Camarano (2014) explica que o grupo da PIA apresentou uma taxa de crescimento de 1,4% ao ano, entre 2010 e 2015, taxa considerada relativamente alta por Camarano, mas deve apresentar crescimento negativo para os períodos finais da projeção até 2050, atingindo seu máximo até 2040 com um número aproximado de 177 milhões. A desaceleração do crescimento para o grupo da PIA é projetado a partir de 2045, projeta-se também que 60,0% de sua formação sejam de indivíduos com mais de 45 anos de idade, e de 50,0% com mais de 50 anos de idade (gráfico 5).

Gráfico 5 – Brasil – Distribuição percentual da PIA por grupos de idade e sexo (2010-2050)



Fonte: Elaborado por Camarano (2014) com base em: Censo demográfico 2010/IBGE.

Camarano (2014) argumenta que as taxas de participação na atividade econômica (PEA) de 2010 ficam constantes até a projeção de 2020, no entanto para a projeção de 2020-2030 em decorrência da queda da fecundidade devem resultar em um decréscimo aproximado de 380 mil na demanda por postos de trabalho anuais. Ressalta que para manter o nível de atividade da economia brasileira de 2010, entre 2030 e 2050, 400 mil novos indivíduos deverão estar dispostos a ocuparem uma vaga no mercado de trabalho brasileiro. A autora argumenta que esses potenciais demandantes por vagas no mercado de trabalho poderiam resultar do declínio de mortalidade, aumento da participação feminina ou ainda uma postergação da saída do mercado de trabalho.

Nonato et al (2012) ressalta que os efeitos de curto prazo de diminuição da população jovem será desdobrado no médio e longo prazo em uma redução da (PIA) e inversão da pirâmide etária. E a partir de uma perspectiva do mercado de trabalho a consequência da

transição demográfica resulta diretamente na composição da PIA brasileira e impactando a disponibilidade de mão de obra.

3.1.1 Envelhecimento e a Permanência no Mercado de Trabalho

Na seção anterior foi posto a problemática da redução da população brasileira em termos de PIA assim como um maior envelhecimento. Logo, para manter os níveis de atividades do país entre 2030 e 2050, a patamares de atividade econômica de 2010, segundo as projeções de Camarano (2014) a economia brasileira necessitará de um número maior de trabalhadores ofertando seus serviços. Nesta seção é abordado à permanência do trabalhador no mercado de trabalho e condicionantes levando em conta as projeções do envelhecimento em sua permanência nas atividades laborativas.

Uma alternativa possível de se executar para evitar uma possível diminuição da atividade econômica observada na seção anterior é uma maior permanência do trabalhador no mercado de trabalho, ampliando o número de anos nas atividades. Muito embora essa maior permanência não altere a tendência com relação à baixa da população ativa (PIA), como já observado nas projeções, altera o tamanho e velocidade que a falta de mão de obra impactará nas atividades econômicas. Logo, esse folego ganho pela postergação da saída do mercado de trabalho abre um horizonte temporal para maior preparação da sociedade e formuladores de políticas (CAMARANO; KANSO e FERNANDES, 2014).

Apesar de ser uma opção executável, manter o trabalhador no mercado de trabalho não é uma tarefa simples, existem diversos fatores que influenciam sua tomada de decisão. Um dos principais motivos apontados em relação à saída do mercado de trabalho é a saúde. Está se não estiver em boas condições gera perda de capacidade laborativa por doenças ou condições insalubres, podendo até mesmo gerar a impossibilidade de exercer qualquer atividade. Existem estímulos à saída que estão ligados à aposentadoria, muito embora, estar recebendo o benefício de aposentadoria não necessariamente significa estar fora do mercado de trabalho, tendo em vista, a possibilidade dentro da legislação que abre espaço para volta ao exercício da atividade econômica sem qualquer prejuízo, exceto para casos de aposentadoria por invalidez (CAMARANO; KANSO e FERNANDES, 2014).

A média de idade para saída do mercado de trabalho segundo PNAD 2012 foi de 64,1 anos para os homens e de 59,0 anos para as mulheres, ou seja, em ambos a idade média indicada não atingiu a estipulada na legislação como mínima para aposentadoria de 65 para os homens e 60 para as mulheres e, apesar disso, 79,7% dos homens e 49,2% das mulheres que

saíram do mercado de trabalho nesse período já recebiam o benefício de aposentadoria (CAMARANO; KANSO e FERNANDES, 2014).

Além do fator saúde e aposentadoria que afetam a permanência ou saída do trabalhadores das atividades econômicas, pode ser citado o baixo custo de oportunidade da saída, valor do benefício e dificuldades para adaptação a novas tecnologias, assim como menor produtividade indicada por alguns autores (CAMARANO; KANSO e FERNANDES, 2014).

A produtividade dos trabalhadores segundo Souza Júnior e Levy (2014) nas sociedades mais jovens possuem um comportamento mais dinâmico com uma inclinação maior as inovações e desenvolvimento de novas formas de negócios, pois os mesmos terão uma permanência razoável no mercado de trabalho visto que estão apenas no início do seu ciclo laboral. E com o passar do tempo e modificações na estrutura etária o aumento da idade média populacional tende a apresentar crescimentos de produtividade do trabalho de uma forma mais lenta. Somado a essa tendência de menor produtividade em função de uma (PEA) mais envelhecida, vem uma crescente preocupação sobre o custo do trabalho em relação ao capital por parte das empresas.

Apesar dessa tendência a diminuição da produtividade em idades mais avançadas, Souza Júnior e Levy (2014) enfatiza que existem estudos que apontam para o outro lado, em que salários e produtividade podem aumentar com a idade e outros apontam para uma tendência de estabilidade. Para *The economist* 2011 os resultados são diversos e influenciados assim como suas condicionantes. Conforme as regiões estudadas existe uma impossibilidade para generalização dos resultados do aumento de idade em relação a produtividade. O que vai de encontro com as conclusões de Souza Júnior (2014) em que a questão poderia ser a seleção adversa, e somente os melhores trabalhadores continuariam no mercado de trabalho (para os estudos que apontam um aumento de produtividade conforme o aumento de idade) e assim apontando o aumento de produtividade, mas apesar disso, os resultados são variados conforme as diferenças em cada país estudado assim como as diferenças de cada ambiente de trabalho, dificultando uma conclusão sobre a produtividade dos trabalhadores de idades mais avançadas no mercado de trabalho.

Para Camarano, Kanso e Fernandes (2014) a literatura a respeito da relação entre idade e produtividade não é clara, pois ocorrem contradições e os resultados variam de acordo com os locais de estudo, não permitindo a generalização e conclusão sobre a relação. No entanto, quanto à permanência no mercado de trabalho, observam que a aposentadoria é um indicador da saída dos homens idosos, embora os indivíduos do sexo masculino se aposentem em média

aos 60 anos de idade, só deixam o mercado de trabalho 4,1 anos mais tarde. Para as mulheres nota-se que a aposentadoria é mais próxima à saída do mercado de trabalho (1,6 anos após se aposentarem) fato que pode se explicado pela menor participação na atividade econômica e recebimento do benefício por idade. Em 2012 do total de mulheres aposentadas 69,3% recebiam o benefício de aposentadoria por idade. Mas apesar desses fatos ambos os homens e mulheres em média deixam o mercado de trabalho antes da idade estipulada por lei.

Assim é apontada a aposentadoria como um importante indicador de retirada dos trabalhadores do mercado de trabalho. No entanto, nota-se que os determinantes de permanência da participação das mulheres nas atividades econômicas são diferentes dos determinantes dos homens, logo o recebimento de um benefício de pensão por morte, por exemplo, pode ter um impacto decisivo na permanência ou não no mercado de trabalho, observando também que em contratos tradicionais o status do homem é de provedor enquanto a mulher tem o papel de cuidadora de membros dependentes (CAMARANO; KANSO E FERNANDES, 2014).

Além dos fatores que dizem respeito aos indivíduos e suas condições visto acima, existem as barreiras sociais. Uma dessas barreiras sociais é como absorver um contingente mais envelhecido (ou manter ele em atividade) como o preconceito em relação ao trabalho das pessoas mais envelhecidas, embora tenham um nível maior de experiência em relação aos jovens, apresentam maior absenteísmo por condições físicas e de saúde como também maior tempo de aprendizado de algumas funções assim como dificuldades para lidar com modificações tecnológicas. Logo existe a necessidade para adequação dos meios de trabalho para esse contingente da população mais envelhecido, assim como ampliar o número de oportunidade para esse grupo etário (CAMARANO; KANSO E FERNANDES, 2014).

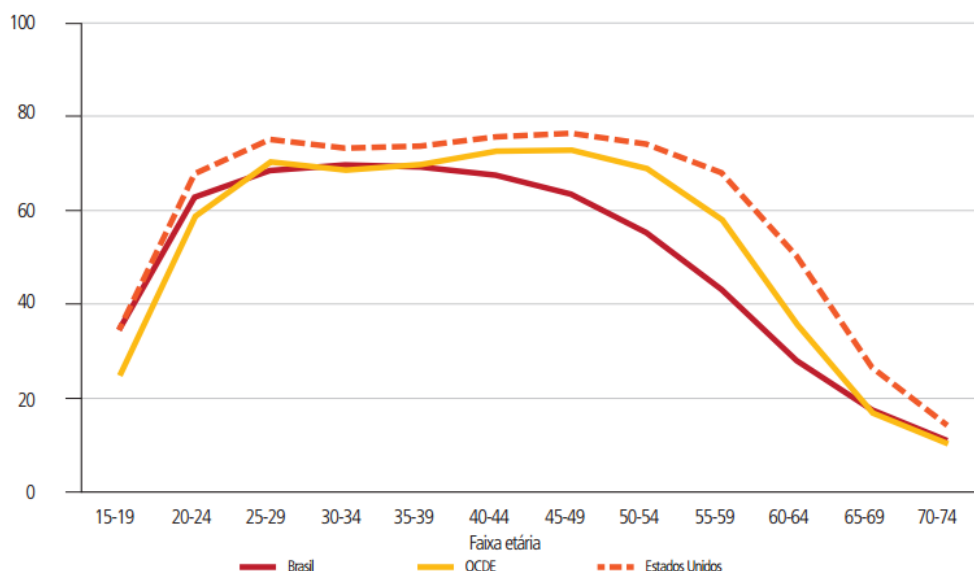
A proporção de idosos com mais de 65 anos que continuam no mercado de trabalho na maior parte do mundo é baixa, e apesar desse fato foi observado nos Estados Unidos, um incremento dessa parcela da população na atividade econômica, embora com um quadro diferenciado, pois possuem uma condição socioeconômica mais elevada em termos de saúde e escolaridade entre eles. No entanto, esse grupo etário observado também se diferencia dos outros aspectos, além da idade, pois optaram por uma maior flexibilidade em sua permanência nas atividades econômicas, trabalhando menos horas com uma remuneração menor, o que de fato pode ser uma alternativa muito viável para ser aproveitado no contexto brasileiro, pois se adotadas medidas que favoreça uma maior participação desse grupo etário na economia, mesmo que não integralmente, pode levar a um prolongamento do tempo nas atividades econômicas (CAMARANO; KANSO E FERNANDES, 2014).

3.3.2 Participação das Mulheres Brasileiras na Atividade Econômica nos Últimos Anos

A presente seção aponta para um cenário aonde a mulher vem incrementando sua participação no mercado de trabalho assim como seu nível educacional nos últimos anos. E se comparado o cenário entre homens e mulheres em termos de participação nas atividades econômicas do Brasil e alguns países integrantes da OCDE e Estados Unidos, ainda existe espaço para ampliação das taxa de atividades da mulher no mercado de trabalho.

O incremento da participação feminina no mercado de trabalho é uma opção que pode ser explorada visto que possui espaço para crescer. Comparativamente aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e aos Estados Unidos, as taxas por faixa etária dos homens brasileiros ficam nem níveis similares. No entanto, com relação a faixa etária entre 40 e 64 anos do grupo das mulheres brasileiras, as taxas de atividade ficam abaixo das taxas observadas entre as mulheres da OCDE e Estados Unidos conforme gráfico 6 (SOUZA JUNIOR; LEVY, 2014).

Gráfico 6 – Brasil, Estados Unidos e OCDE: Taxa de atividade das mulheres (%) (2010)



Fonte: Elaborado por Souza Júnior e Levy (2014) com base em Censo Demográfico de 2010/IBGE e OECD Statistics.

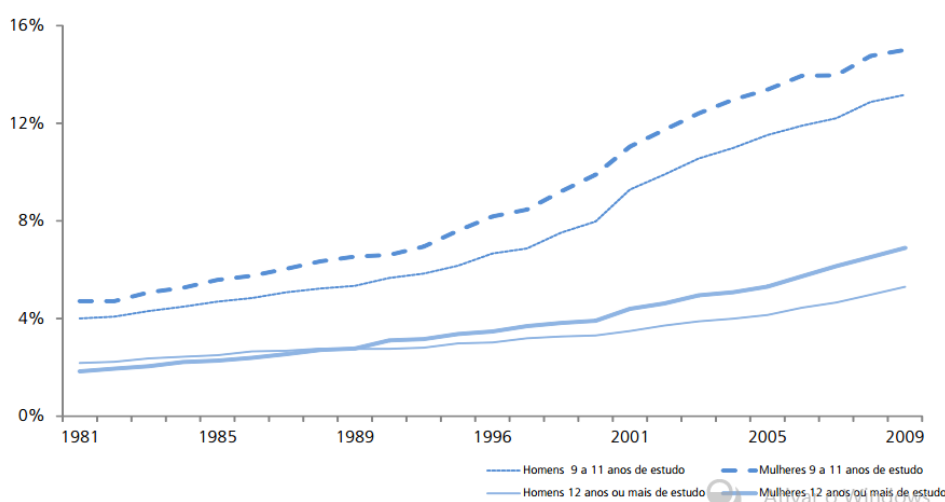
Para Souza Júnior e Levy (2014) o nível de atividade das mulheres em relação ao nível de atividade do grupo dos homens é menor para todas as faixas etárias. Esta diferença se amplia se observado o grupo das mulheres com mais de 45 anos de idade. Nonato et al (2012)

argumentam que apesar da diferença entre a participação entre homens e mulheres, existe um crescente incremento das mulheres no mercado de trabalho formal nos últimos anos, passando de uma taxa de participação de 32,9% para uma taxa de 52,7% entre o período de 1981 a 2009 e, que apesar do aumento nos últimos anos, ainda existe uma diferença considerável, 20 pontos percentuais em comparação a nível de participação masculina.

Logo Nonato et al (2012) observam um potencial para o aumento do grupo das mulheres no mercado de trabalho. Somado a esse potencial, uma melhora do nível de escolaridade tende a incrementar a participação dos indivíduos nas atividades econômicas assim como tendem a incrementar a sua produtividade. Para Barbosa (2014) dentre os fatores que influenciam a entrada das mulheres no mercado de trabalho sem sombra de dúvidas a educação possui um destaque. Nonato et al (2012) alega que toda a PIA brasileira tem apresentado níveis cada vez maiores de escolarização nos últimos anos e evidencia um maior peso da participação das mulheres para esse aumento no nível de escolaridade da PIA brasileira.

A partir do (gráfico 7) observar-se um maior número de mulheres com 9 a 11 anos de estudo em relação aos homens em todo o período analisado, e predominância das mulheres partir de meados de 1989 no grupo com mais de 12 anos de estudo.

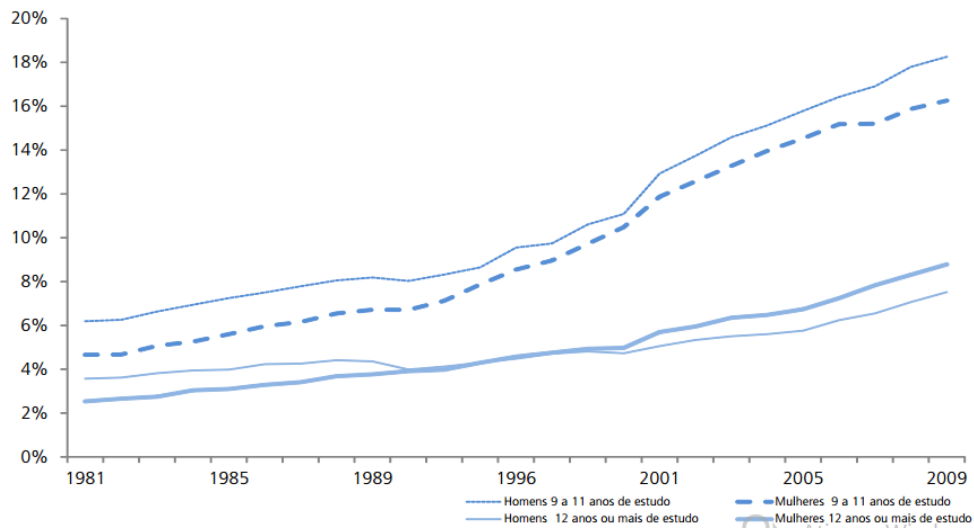
Gráfico 7 – Brasil – PIA por sexo e anos de estudo (%) (1981- 2009)



Fonte: Elaborado por Nonato et al (2012) com base em: PNADs/IBGE de 1981-2009.

E apesar dos dados expostos da PIA, para a PEA que é a aproximação da disponibilidade da força de trabalho no mercado formal, mostra que as mulheres são maioria no grupo de mais de 12 anos de estudo (gráfico 8).

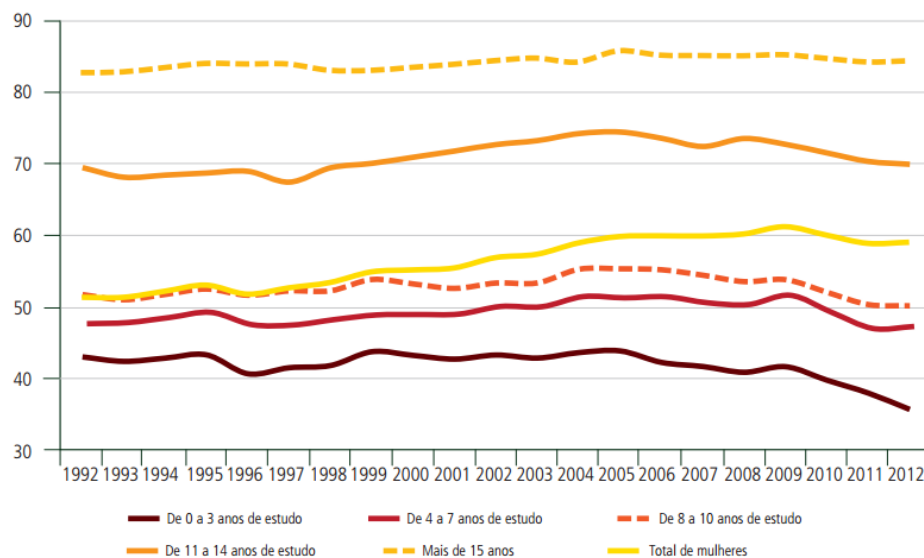
Gráfico 8 – Brasil – PEA por sexo e anos de estudo (%) (1981- 2009)



Fonte: Elaborado por Nonato et al (2012) com base em: PNADs/IBGE de 1981-2009.

Assim como Nonato et al (2012), Barbosa (2014) faz uma análise da taxa de participação feminina. E observa que quanto maior a taxa de escolaridade maior é a taxa de participação na atividade econômica conforme observado no gráfico 9. O grupo com 15 ou mais anos de estudo apresenta durante todo o período analisado de 1992 a 2012, uma estabilidade em sua participação, lembrando que esse grupo é o que representa as mulheres com ensino superior completo. Já os grupos com menos de 10 anos de estudo para o final do período de análise apresentam-se com uma tendência de baixa, principalmente o grupo de 0 a 3 anos de estudo.

Gráfico 9 – Brasil – Taxa de participação feminina por anos de escolaridade (%) (1992-2012)



Fonte: Elaborado por Barbosa (2014) com base em: PNAD/IBGE.

Para Nonato et al (2012) a partir do exposto nos gráficos 7 e 8, argumentam que as mulheres possuem uma escolarização maior que a dos homens em termos gerais do total da força de trabalho (PIA), no entanto esse fato só se mostra mais expressivo entre o grupo de trabalhadores mais qualificados da (PEA), ou seja, aqueles com curso superior. Logo, mesmo com a taxa de participação feminina aumentando para uma percentual de 52,7% em 2009.

Barbosa (2014) salienta que a participação feminina na força de trabalho é um fenômeno com significância e gera efeitos em várias relações socioeconômicas, como arranjos familiares e relações de gênero. No entanto, ainda há pouco aproveitamento da capacidade das mulheres no mercado de trabalho observando a diferença considerável entre a participação entre mulheres e dos homens.

Logo as mudanças sofridas a partir da transição da fecundidade ocasionou alteração das famílias e a composição no mercado de trabalho por sexo e idade deixando o Brasil análogo em vários aspectos a alguns países desenvolvidos. Embora em termos de serviços públicos que socializam os cuidados com a família, ou seja, em termos de políticas públicas, a diferença com outros países principalmente os desenvolvidos, a diferença é notável (BARBOSA, 2014).

3.3.3 Determinantes da Participação Feminina no Mercado de Trabalho

Nota-se o potencial que ainda pode ser explorado em relação às mulheres e sua inserção no mercado de trabalho, como já comentado neste trabalho, observa-se a diferença entre a taxa de participação nas atividades econômica brasileira feminina e a internacional, como exemplo dos países que compõe Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Estados Unidos, mas principalmente, em relação à diferença nas taxas de atividade masculina e feminina no Brasil. A seção aborda o conceito de salário reserva da mulher na tomada de decisão de entrada ou não no mercado de trabalho, assim como trata da conciliação entre trabalho e maternidade, sendo que a presença de creches aponta para uma maior disposição das mulheres a exercerem atividades econômicas.

A tomada de decisão em relação a entrar no mercado de trabalho está ligada a oferta de trabalho e, na teoria neoclássica a decisão de ofertar trabalho ou não ofertar trabalho é uma decisão em relação à maximização da utilidade individual em relação à quantidade de bens e

lazer. Logo, a determinação quanto à oferta de trabalho do indivíduo está associada ao chamado salário de reserva, ou seja, quanto o indivíduo receberá de remuneração adicional para abrir mão de uma hora de lazer. Logo o indivíduo estará disposto a ter menos horas de lazer quando o salário de mercado exceder seu salário de reserva. Barbosa (2014) nota que enquanto para os homens a elasticidade das horas trabalhadas em relação ao salário é a principal variável dos estudos sobre oferta de trabalho. No entanto não é o mesmo para entender os determinantes da oferta do trabalho feminino, justamente pelo contraste da participação de ambos os sexos no mercado de trabalho.

Barbosa (2014) aponta que o salário de reserva tem um papel importante para determinar a inserção ou não da mulher no mercado de trabalho, pois o mesmo indica características individuais, familiares ou econômicas que afetam a disposição de seu nível de participação. Como exemplo, as mulheres com filhos pequenos, possuem uma tendência a ter um salário de reserva maior do que as mulheres que não possuem filhos, assim como outros membros dependentes no domicílio e um número maior de adultos também tendem a aumentar o salário de reserva das mulheres. A autora ainda observa variáveis como a idade e o estado conjugal com grande influência no salário de reserva e, que podem ter o efeito positivo ou negativo quanto a participação da mulher no mercado de trabalho.

Camarano (2004) argumenta que a presença de idosos com mais de 75 é uma variável dúbia, pois se o idoso pode gerar um efeito negativo se necessitar de cuidados, assim como pode gerar um efeito positivo se os idosos auxiliarem no cuidado dos filhos e/ou da casa.

Barbosa (2014) aponta que vários estudos indicam de forma significativa que creches e pré-escolas aumentam a participação das mulheres no mercado de trabalho assim como o aumento das horas trabalhadas. Barros et al (2011) observa que ao incrementar a oferta de creches públicas em bairros de baixa renda no Rio de Janeiro, elevou consideravelmente a participação feminina no mercado de trabalho nestas localidades, entre 36,0% e 46,0%.

Berlinger e Santos (2014) argumentam que é previsto em lei o atendimento gratuito em creches e pré-escolas e que nos últimos anos está ocorrendo um aumentando na demanda nesses serviços. Entre 1997 e 2009 a demanda por creches municipais teve um aumento de quatro vezes. Segundo os autores o aumento na demanda tem dois motivos principais. O primeiro é em relação às conquistas da mulher no mercado de trabalho para complementação da renda familiar, sendo que a creche aparece como uma entidade que auxilia as mães trabalhadoras na conciliação do trabalho e maternidade. O segundo motivo é o benefício no ensino infantil, desenvolvimento cognitivo e socioemocional das crianças, ou seja, a relevância no processo educacional.

Várias modificações institucionais visando o ensino infantil foram realizadas pelos órgãos públicos tentando suprir a crescente demanda por vagas desse grupo etário como exemplo

Por meio da Lei nº 9.394/1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional (Brasil, 1996), as creches foram incorporadas ao sistema de educação e, posteriormente, ao Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), recebendo recursos diretos do governo. Outras medidas, como a Lei nº 11.114/2005 (Brasil, 2005) – que altera o Artigo 32 da LDB, determinando que o ensino fundamental, gratuito e obrigatório, passa a ter início aos 6 anos de idade e estende sua duração até os 9 anos –, a Emenda Constitucional (EC) nº 59/2009 – que passa a incluir a pré-escola (4 a 5 anos) como etapa obrigatória do ensino básico –, e o projeto de lei (PL) que cria o Plano Nacional de Educação (PNE) para vigorar de 2011 a 2020, buscando ampliar a oferta de educação infantil de forma a atender a 50% da população de até 3 anos, refletem a preocupação do governo em universalizar o atendimento escolar destinado ao público infantil (BERLINGERI; SANTOS, 2014, p.449)

O cenário de transformação demográfica da população brasileira oferece importantes informações a respeito das demandas por vagas na educação infantil de creches e pré-escolas. Como já visto, a fecundidade nas últimas décadas vem decrescendo cada vez mais no cenário brasileiro, que com o passar dos anos, foi alterando a composição etária da população, modificando principalmente os dois grupos extremos, as crianças e os idosos, pois o primeiro grupo perde seu peso na composição da população enquanto o segundo amplia seu contingente. Logo, não é comum para os formuladores de políticas atenderem esse aumento de demanda presente através da expansão dos serviços de educação infantil esperando que esses investimentos não possam ficar ociosos no futuro. Assim a demanda por esses serviços são conflitantes, pois o número de crianças do grupo entre 0 e 3 anos de idade é cada vez menor, mas apesar disso, o número de família que buscam por esse serviço é cada vez maior (BERLINGERI; SANTOS, 2014).

Como visto neste capítulo, a população que compõe a PIA brasileira vem apresentando menores taxas de crescimento com projeções de máximo de sua população em 2040, e taxa de crescimento negativas para depois desse período. Além disso, vem apresentando maior grau de envelhecimento. Segundo Camarano (2014) para manter os níveis de atividade de 2010 entre 2030 e 2050 a oferta de mão obra trabalhadora deve crescer, e indica a possibilidade de incremento da participação das mulheres e aumento da permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho. Embora não elimine a tendência de diminuição da população em idade ativa, essas duas possibilidades retardam o processo.

Apesar disso, uma maior permanência nas atividades laborativas não é uma tarefa simples, pois conforme o trabalhador vai ficando mais velho tende a apresentar mais problemas relacionados à sua condição de saúde. Como visto em média ambos os sexos saem do mercado de trabalho antes da idade mínima prevista em lei para aposentadoria.

Logo a tendência de saída do mercado de trabalho pelo trabalhador brasileiro não está em concordância com as modificações demográficas que o país está passando, ou seja, o incremento em anos de vida que a população brasileira vem ganhando não está sendo repassada em aumentos em anos nas atividades econômicas.

Contudo cabe ressaltar que em conjunto de um tempo maior de trabalho o incremento da participação das mulheres nas atividades é outra possibilidade a ser explorada. Pois os níveis de atividade das mulheres brasileiras são menores comparativamente ao nível de atividade dos homens brasileiros, assim como menores, quando comparadas aos níveis de atividade das mulheres dos países da OCDE e Estados Unidos.

Barros et al (2011) observa uma relação positiva entre aumento de número de creches e aumento da participação feminina nas atividades econômicas. Berlingeri e Santos (2014) argumentam que a demanda pelo serviço de creches tem aumentando nos últimos anos, mas observa que um aumento de investimentos na ampliação deste tipo de serviço pode ficar ocioso no futuro, tendo em vista as alterações demográficas, como um número cada vez menor de nascimentos para o grupo de crianças de 0 a 3 anos que utilizam esse serviço.

Barbosa (2014) argumenta ser incerto os cenários de aumento das mulheres na atividade econômica, e mesmo se houver este incremento ainda não será o suficiente para suprir a necessidade futura de mão de obra no mercado de trabalho brasileiro, argumenta a necessidade de melhores níveis educacionais e mais políticas para permanência do trabalhador no mercado de trabalho.

Nonato et al (2012) argumenta que para reduzir a diferença entre mulheres e homens em termos de níveis de atividade do mercado de trabalho depende de modificações culturais, econômicas e sociais. Ressalta ainda que a participação feminina deve incrementar-se para os próximos anos com mais mulheres ocupando cargos e postos nos quais ainda não estão muito presentes.

No próximo capítulo será abordado o cuidado de longa duração com o idoso e a necessidade de políticas para esse grupo que vem aumentando seu contingente nos últimos anos, sendo o único grupo com crescimento positivo para todos os períodos entre 2010 e 2050 (CAMARANO, 2014).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS E AS DEMANDAS PARA O ENVELHECIMENTO

4.1 O CUIDADO COM O IDOSO

As conquistas dos direitos universais assistenciais foram evoluindo com o passar das décadas no Brasil. No início do século XX eram poucos os que conseguiam usufruir de alguns serviços assistenciais. Com os avanços jurídicos da Constituição Federal de 1988 e outros marcos jurídicos como a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) 1993, a Política Nacional do Idoso 1994 assim como o Estatuto do Idoso em 2003, a população brasileira assim como os idosos passam a usufruir de melhores condições de vida. A expectativa de vida da população vem se incrementando assim como melhorias nas estruturas de saúde e assistência. No entanto o grupo dos idosos aqui considerados com mais de 60 anos é um grupo que apresentará uma aceleração em seu contingente como já visto. Logo, o envelhecimento da população brasileira irá demandar políticas que visem comportar essa modificação em sua nova estrutura etária. Os cuidados de longa duração são tratados nesta seção discutindo o quadro do idoso no Brasil.

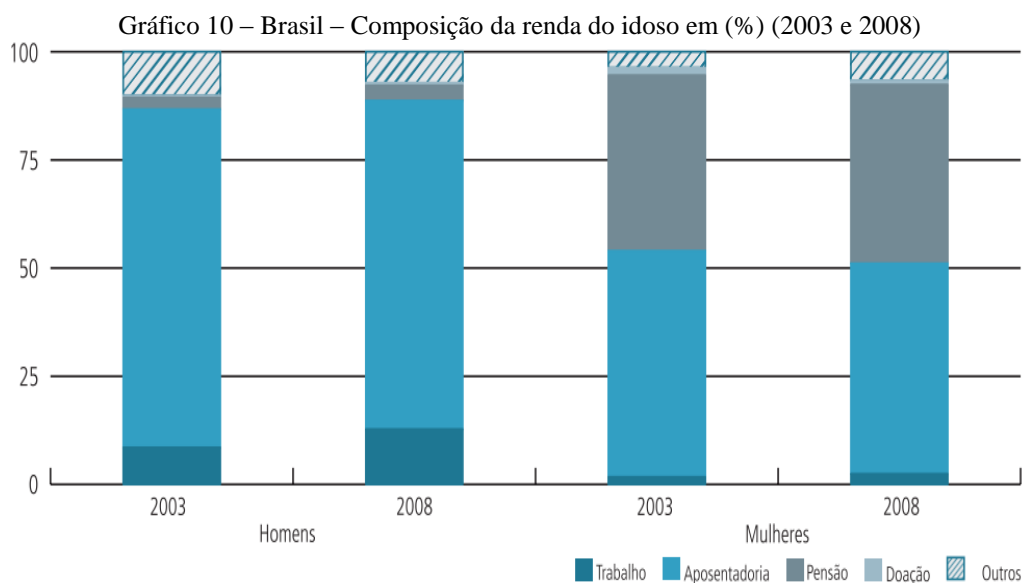
Cuidados de longa duração ou de longo prazo são os de apoio material, instrumental e emocional ou ainda os oferecidos por um longo período de tempo para aqueles que não podem exercer suas necessidades básicas parciais ou integrais. O processo de envelhecimento populacional nas últimas décadas vem com uma série de mudanças na estrutura social. Uma dessas mudanças diz respeito ao papel social da mulher. Como já visto neste trabalho, o aumento da escolaridade das mulheres nos últimos anos foi o que teve maior relevância para os incrementos educacionais da PIA brasileira. Como será visto nesta seção a mulher desempenha papel central em termos de cuidado de dependentes que por alguma razão estão impossibilitados de exercerem suas atividades rotineiras. No entanto, esse o papel de cuidadora vem se diminuindo e é esperado que a mulher passe a desempenhar menos essa função no futuro. Assim, os cuidados de longo prazo que historicamente foram desempenhados pela família precisarão de uma modificação para se adequem as mudanças que estão ocorrendo na sociedade e que é exposto em seguida.

A década de 1930 foi o ponto de partida do sistema de proteção social no Brasil. Entre 1930 e 1980 vigorava um sistema onde os benefícios sociais dependiam de quanto o indivíduo tinha contribuído ao longo de sua vida laborativa, assim como estava ligado à posição que ocupava no mercado de trabalho, contribuindo diretamente ou pelo recolhimento de impostos

pelas empresas em que trabalhavam, ou seja, era um privilégio que não alcançava a maioria da população (CAMARANO; MELLO, 2010).

A universalização ou parte dela veio anos mais tarde, efetivamente em termos jurídicos, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. As mudanças em relação ao modelo anterior que era uma espécie de modelo com princípios meritocráticos, com a constituição de 1988 passam para um caráter de maior abrangência, universalizando os direitos sociais de acesso aos serviços, ampliação da cobertura, abrandamento das contribuições necessárias, assim como a construção do termo de seguridade como uma proteção social para os indivíduos em um contexto amplo, ou seja, os critérios passaram a ser mais abrangentes que a renda individual e com um menor caráter estatista aumentando o acesso público e gratuito na prestação dos serviços. No entanto o novo sistema passa a ser instaurado na década seguinte. A partir de 1990, as novas mudanças institucionais trouxeram benefícios para a população brasileira, sobretudo para a população do grupo dos idosos, pois passam a ter políticas que permitiram melhorias em sua condição com programas de transferência monetária, a exemplo da política renda mínima. Ao longo da década de 1990 outros avanços jurídicos foram implementados como a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) 1993, a Política Nacional do Idoso 1994, e o Estatuto do Idoso em 2003. Esses implementos possibilitaram o avanço em termos de acesso à aposentadoria, pensão por morte os quais necessitavam a contribuição para sua utilização e outros que não tinham esta necessidade como a assistência social a idosos carentes.

Com o gráfico 10 é possível observar a cobertura da seguridade social pelos avanços em termos de legislação, aproximadamente 90% da renda dos idosos nos anos de 2003 e 2008 eram provenientes de benefícios de seguridade. Como já visto, o homem deixa o mercado de trabalho em média 4 anos depois de se aposentar, o que pode explicar a renda de 12,8% proveniente do trabalho. Camarano e Kanso (2010) explicam que a diferença na renda do trabalho entre homens e mulheres se deve recebimento do benefício de pensão.



Fonte: Elaborado por Camarano e Kanso (2010) com base em: IBGE/ PNADs de 1998 e 2008.

Apesar destes marcos jurídicos que trouxeram diversos avanços, Camarano e Mello (2010) ressaltam que não ocorreu progresso em termos de cuidados do idoso no longo prazo. A Constituição Federal de 1988 indica que a família a sociedade e o estado possuem essa responsabilidade, no entanto, também descreve que os amparos devem ser preferencialmente providos pelos seus lares, e na impossibilidade dos lares proverem tal assistência, abre margem para o cuidado do idoso em instituições formais.

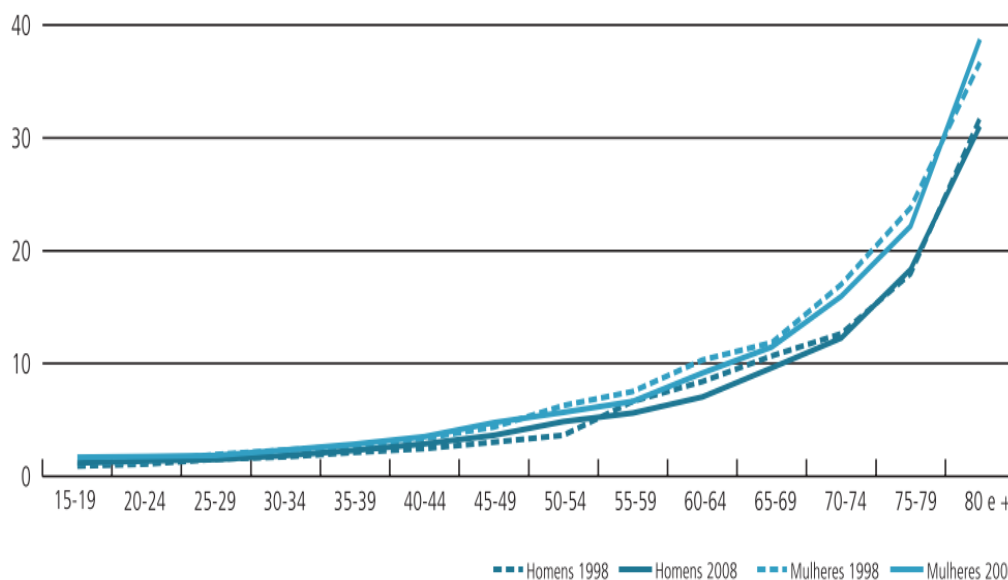
O grupo idoso é um grupo diversificado, pois pode variar entre 60 a mais de 100 anos de idade, no entanto é entendido pela Política Nacional do Idoso assim como pelo Estatuto do Idoso, como todos os indivíduos com 60 anos ou mais de idade. Logo, como a faixa de idade para este grupo é bem variada, é entendido que dentro desse grupo existem diferentes graus de autonomia (CAMARANO; KANSO, 2010).

Como já comentado neste trabalho a expectativa de vida da população brasileira vem se incrementando assim como as melhorias no campo da saúde e bem estar social. Logo conforme se vive mais, é esperado que com o aumento de idade dos indivíduos, leve a uma maior probabilidade de perda de autonomia, ou seja, o envelhecimento da população expõe os indivíduos por um maior tempo a doenças, o que com o passar do tempo, resulta em perda de autonomia e um aumento da necessidade no auxílio em suas atividades cotidianas (CAMARANO; KANSO, 2010).

O gráfico 11 expõe a população brasileira que apresentou alguma dificuldade em suas Atividades da Vida Diária (AVD's) nos anos de 1998 e 2008. Nota-se que com o incremento

da idade da população também ocorre um incremento na pré-disposição de desenvolver alguma perda de autonomia. Logo, nota-se que a proporção dos grupos mais envelhecidos necessita de um maior grau de cuidados para desempenhar suas AVD's.

Gráfico 11 – Brasil – Proporção (%) da população com alguma dificuldade nas AVD's (1988 e 2008)



Fonte: Elaborado por Camarano e Kanso (2010) com base em: IBGE/ PNADs de 1998 e 2008.

No ano de 2008, o grupo de idosos brasileiros entre aqueles que possuíam algum grau de perda das AVD's, 88,0% responderam possuir algum dos 12 tipos de doença crônica averiguadas no PNAD, sendo 85,5% dos homens e 89,5% para as mulheres. A doença mais citada foi à hipertensão incidindo em 58,9% dos homens e em 66,6% das mulheres. As outras doenças que mais apresentaram ocorrência nesse grupo foram as de artrite, reumatismo, problemas de coluna, doenças cardíacas e diabetes (CAMARANO; KANSO, 2010).

Apesar de alguns cuidados necessitarem de tratamentos e cuidados específicos como algumas doenças citadas acima Camarano (2014) argumenta que os cuidados de longa duração em geral são cuidados não especializados para o dia a dia na ajuda das atividades, não necessariamente aos idosos, mas sim aos que necessitam, no entanto o grupo dos idosos é o mais suscetível a doenças que podem comprometer sua independência. Este tipo de cuidado pode ser informal ou formal. O cuidado informal é o que a Constituição Federal de 1988 a Política nacional do Idoso assim como o Estatuto do Idoso apontam como sendo oferecido no lar pelos seus familiares. Os cuidados formais são os oferecidos pelo mercado privado ou pelo estado com atuação de profissionais capacitados e qualificados para funções mais específicas.

Os cuidados informais predominam em quase todo o mundo. Sendo que cerca de 80% desses cuidados informais nos países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), prestados a idosos que sofreram alguma perda de capacidades funcionais ou instrumentais (CAMARANO, 2014).

Logo, ao longo do tempo a família foi a responsável por fornecer cuidado com a geração mais velha, geralmente por seus cônjuges ou filhos. Camarano (2014) argumenta que a maior parte dos homens idosos que necessitam de cuidados por algum tipo de perda de autonomia é casado, sendo as mulheres nesse caso responsáveis pelo cuidado. Mas apesar disso, o inverso geralmente não é válido, pois a maioria das mulheres são viúvas por possuírem uma expectativa de vida maior. Assim, residindo o cuidado das mulheres idosas aos filhos.

Nota-se que o cuidado é ligado às relações de gênero e familiares, sendo a mulher a principal cuidadora da família. E não somente no âmbito domiciliar, pois também é a mulher a principal a exercer esse tipo de função no meio assalariado, ou seja, em hospitais e instituições que prestam esses serviços. Logo, quando ocorre mudança no papel social da mulher, também ocorre modificação nas demandas dos cuidados da família o que pode gerar uma mudança nas demandas por serviços formais (CAMARANO, 2014).

Pasinato e Kornis (2010) argumentam que à medida que a mulher conquistou seu espaço no mercado de trabalho em busca de realização profissional e financeira, o modelo tradicional de família com o homem sendo o provedor é alterado. Aparece uma nova configuração em que a mulher também é chefe de família e provedora de recursos. Assim os cuidados de responsabilidade do âmbito familiar, que geralmente não são evidentes para a sociedade ganham uma maior relevância, pois agora passam a ser notados pelo aumento na demanda de serviços formais quanto aos cuidados de longa duração. As modificações que vem ocorrendo na sociedade necessitam ser acompanhadas pelos sistemas assistenciais, pois a desvinculação da família da atividade de cuidar requer em algum grau o reconhecimento dos cuidadores que anteriormente não eram reconhecidos.

Apesar de se assumir uma maior necessidade de participação do estado em respeito aos cuidados de longa duração, não é possível atribuir sua integralidade para os governos, mas apesar disso é importante o seu reconhecimento pela alteração social que a sociedade brasileira está passando e a crescente demanda que esse grupo apresentará segundo as projeções para sua população idosa. Logo, é necessária a preparação para essas modificações, prestar auxílio, compensa-la, visando o bem estar da população em geral. Camarano (2014) observa que a famílias não deixarão de cuidar dos seus idosos, embora exista a tendência de

uma diminuição e o aumento da demanda de cuidados formais para o grupo de idosos que necessitam de auxílio em suas atividades cotidianas.

Camarano e Kanso (2010) argumentam que em termos de cuidadores familiares para os próximos anos, a tendência é de uma redução em torno de 4 milhões, por alterações na nupcialidade, aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho. Logo observa-se a necessidade de auxílio por parte do estado e pelo setor privado em respeito ao aumento de oferta de serviços dividindo as responsabilidades sociais no auxílio do idoso dependente.

Apesar do reforço no reconhecimento do papel do cuidador familiar, Camarano (2014) observa a existência dos idosos com dependência total, pois não possui renda, nem constituíram família, ou seja, os desprovidos integralmente de condições financeiras e físicas de se manter. Para esta situação uma instituição de cuidados deve prover alternativa de proteção e segurança. Mas apesar da necessidade do serviço institucional que pode ser prestado em casas de repouso ou asilos, estes, não são vistos de forma positiva pela sociedade, ainda encaram preconceitos tanto pelas famílias como pelos idosos (CAMARANO, 2014).

Para Christophe e Camarano (2010) os preconceitos em relação às instituições, como asilos e casas de repouso e similares são em sua maioria com origem no quesito de qualidade insatisfatória dos serviços prestados. Reconhecem que este tipo de serviço formal tende a crescer, sendo a baixa oferta deste tipo de instituição um fator que não auxilia para o seu aperfeiçoamento em termos de qualidade em prestação de serviços. Observam que o aumento da oferta permitiria uma escola para os usuários, da mesma forma que funcionaria com um mecanismo para pressionar o aumento qualidade do atendimento.

Logo, tanto em atenção ao âmbito familiar e formal, existe a necessidade da divisão de responsabilidades, entre a sociedade e o Estado. Para tanto se faz necessário políticas específicas em atenção aos cuidados de longa duração. Camarano (2014) nota que o incentivo para o aumento do grupo de cuidadores devem fazer parte das políticas importantes para os idosos. Para o cuidador familiar, as medidas devem ir em direção ao reconhecimento de seus serviços prestados em forma de benefícios monetários, formação de grupos de apoio emocional, capacitação, inclusão no sistema de seguridade social, assim como a possibilidade de combinar o serviço de cuidado e outras atividades no mercado de trabalho formal com remuneração. Aponta também para a possibilidade de benefícios articulados em áreas de assistência social e previdência como tempo de serviço prestado no cuidado a dependentes para futura aposentadoria e estímulo aos cuidadores familiares. Para o cuidador formal, como já comentado, existe a necessidade de maior oferta de profissionais, assim como qualificação adequada e até mesmo a combinação do cuidado formal com o cuidado informal.

Romero et al (2010) argumenta que os desafios de cuidado com o idoso e a necessidade de ações em conjunto para a formação, capacitação e oferta de cuidadores que devem ser pensados em todos os âmbitos da sociedade. Nota que as mudanças da transição demográfica e epidemiológicas no país, não estão em conformidade, ou seja, não estão sendo acompanhadas adequadamente em termos de aumento de políticas públicas, estruturas, funcionamento e suporte social para os idosos brasileiros.

Assim uma solução intermediária mesclando a assistência domiciliar e formal em instituições com profissionais qualificados deve ser pensada. Camarano e Pasinato (2004) observam o exemplo dos centros-dia e hospitais-dia, que prestam auxílio no atendimento assim como desenvolvem atividades de sociabilidade durante o dia para os idosos, sendo que no período da noite acontece o retorno para as suas residências e familiares. Esse tipo de serviço possibilita um meio termo onde o idoso não se afasta da sua família, além de permitir uma socialização dos custos, que seriam mais elevados do que o atendimento totalmente institucional de período integral.

4.2 FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PELOS IDOSOS

Com maior envelhecimento populacional é esperado que os custos de saúde do país tenham um aumento, pois o grupo dos idosos está mais propício a apresentar doenças, ou alguma perda funcional. Simões (2016) realiza um comparativo entre o grupo de 0-14 anos e o grupo de idosos de 60 ou mais anos de idade, e verifica que o quadro de proporção de internação, custos e dias médios internados são maiores para os idosos. Nunes (2004) ao analisar o quadro de custo dos idosos no Sistema Único de Saúde (SUS) observa que o idoso tem um custo maior e sugere uma melhora de qualidade de atendimento e procedimentos realizados evitando a frequente utilização desse tipo de serviços de saúde pelo grupo dos idosos.

O processo de envelhecimento populacional é um importante acontecimento, tanto em termos de conquista, pois sua população vive mais e em melhores condições, mas também em forma de desafios, pois demandam modificações em aspectos sociais, econômicos e de saúde. Este último item é de suma importância observando que conforme os indivíduos vão ficando mais envelhecidos, vão aumentando sua demanda por serviços de saúde, pois suas condições físicas não são mais as mesmas da sua juventude. Logo, como visto na seção anterior, em

algum grau a população envelhecida e/ou idosa necessita de maior atenção e cuidados em termos de saúde.

Para Simões (2016) as instâncias governamentais e as sociedades devem prover aos diferentes grupos da população os serviços necessários, sobretudo na área de saúde. Como já observado o Brasil passou por um processo de transição demográfica que ocorreu de maneira acelerada, se comparado aos países mais desenvolvidos, a exemplo da Inglaterra que teve um escopo temporal muito maior para se adequar as necessidades de sua população. Logo, se faz necessário e de grande relevância obter consciência das modificações na população para planejar e concretizar as políticas e ações necessárias observando as demandas sociais (SIMÕES, 2016).

Nunes (2004) argumenta que o envelhecimento é um quadro biológico das capacidades físicas assim como mudanças psicológicas e comportamentais. A saúde dos indivíduos não está somente relacionada à idade, mas sim a vida do dia a dia, motivações físicas e psicológicas para realizações pessoais e familiares. Mas apesar desse quadro, as pessoas em um estágio de vida mais envelhecido possuem um quadro mórbido¹⁹ mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças, da mesma maneira que possuem um quadro mais dispendioso e elenca três motivos

a) a morbidade prevalente nessas faixas etárias é mais cara (doenças crônico-degenerativas); b) as taxas de internação em faixas etárias mais avançadas são mais elevadas, ou seja, essas pessoas tendem a “consumir” mais serviços de saúde e c) o custo médio de internação de pessoas idosas é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens (NUNES, 2004, p.428).

Nunes (2004) argumenta que os custos com os idosos em questões de saúde se deve principalmente pela frequência que este grupo faz uso dos serviços. O idoso que sofre com alguma perda de capacidade básica de atividade da vida diária (AVD), pode carregar esse tipo de quadro permanentemente.

Simões (2016) com base nos dados de internação do SUS 2014 realiza uma estimativa da proporção de utilização, custos e dias de internações médios entre dois grupos da população.

Logo com base na tabela 5 é apresentado o conjunto nacional e estadual que expõe o quadro brasileiro do grupo de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos e o grupo dos idosos com

¹⁹ Quadro mórbido ou morbidade são as causas capazes de produzir uma doença.

mais de 60 anos de idade. Nota-se que ao se observar o quadro de internações do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro para os dois grupos etários, o grupo dos idosos apresentou uma média de internações três vezes mais alta que o grupo de até 14 anos de idade, 12,5% contra 4,1% respectivamente. Cabe notar que o percentual é mais elevado nas regiões Sul e Centro-Oeste para os dois grupos. O gasto médio assim como a média de dias internados, o grupo dos idosos fica acima do grupo de crianças e jovens, para dois indicadores. Simões (2016) nota que o grupo de 0 a 14 tinha uma representatividade de 25,5% contra 10% de idosos em 2010, dentro da estrutura do Brasil como um todo. E apesar disto, mesmo em menor proporção o grupo dos idosos tem um gasto superior a 40% quando comparado à faixa etária de 0 a 14 anos.

Tabela 5 – Brasil -Estrutura relativa da população de 0 a 14 anos de idade e de 60 anos e mais de idade, proporção de internações, gasto médio e média de dias internados na rede hospitalar – (2014)

Grandes Regiões	Proporção em (%) internação SUS		Gasto Médio (R\$)		Média de dias internados na rede hospitalar	
	De 0 a 14 anos	De 60 anos e mais	De 0 a 14 anos	De 60 anos e mais	De 0 a 14 anos	De 60 anos e mais
Brasil	4,1	12,5	911,1	1 245,8	4,8	7,6
Norte	4,7	13,1	630,6	864,2	4,5	5,9
Nordeste	4,3	11,9	723,9	958,7	4,5	6,3
Sudeste	3,7	11,4	1 094,9	1 434,3	5,2	9,4
Sul	4,5	15,7	1 146,4	1 346,7	4,9	6,5
Centro-Oeste	4,5	15,2	892,1	1 075,6	4,6	6

Fonte: Elaborada por Simões (2016) com base em: Internações hospitalares. In: Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Logo é importante perceber que as disparidades segundo as projeções para a população brasileira tendem a se acentuarem, pois a proporção do grupo dos idosos apresentará para as próximas décadas uma camada cada vez mais numerosa. Segundo as projeções do IBGE para o ano de 2050 é estimado que os idosos cheguem a um montante em torno de 66,0 milhões, no ano de 2010 o mesmo grupo possuía um contingente de 19,6 milhões (SIMÕES, 2016).

Para Simões (2016) existe a necessidade de planejamento de políticas públicas para o futuro, observando a novas demandas direcionadas a segmentos etários específicos. Destaca

melhoria no atendimento, preparação de quadros técnicos, adequação de estruturas urbanas entre outras para receber as modificações da população. Nota-se também que existe a necessidade de demarcação das populações, por faixas etárias específicas dando foco para as novas políticas a serem implementadas observando suas características e tendências.

Nunes (2004) observa ao estudar as condições médico hospitalares dos idosos no SUS brasileiro, que a elevação de custo está relacionada à frequência que o grupo com 60 ou mais anos de idade utiliza o serviço, e não pelos procedimentos individuais mais caros. Com base nesse argumento sugere um *trade off* entre frequência de atendimento e melhoria na qualidade dos serviços prestados, ou seja, o cuidado com o idoso não necessariamente deve elevar as despesas, mas sim substituir a qualidade nos serviços, reduzindo as utilizações frequentes. Além dessa melhora na qualidade, indica programas de saúde e atendimento domiciliar, assim como programas preventivos mais específicos para os idosos em respeito ao consumo de sal, álcool e tabagismo que são responsáveis algumas doenças de grande incidência na população brasileira como é o caso da hipertensão, observado anteriormente no PNAD de 2008, tendo incidido em 58,9% dos homens e em 66,6% das mulheres do grupo de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada no presente trabalho buscou responder o objetivo geral de analisar a transição demográfica brasileira o envelhecimento da sua população bem como mudanças no mercado de trabalho para identificar a necessidade de políticas públicas a um segmento etário mais envelhecido. Logo o objetivo foi dividido em quatro objetivos específicos. O primeiro objetivo específico foi: discutir como foi vista a relação entre população e desenvolvimento, apresentado no capítulo 2 (seção 2.1). O segundo objetivo específico foi: expor o conceito de transição demográfica, apresentado no capítulo 2 nas seções 2.2 conceituando a transição demográfica, 2.3 expondo como a transição demográfica ocorreu no Brasil, e 2.4 retratando o envelhecimento populacional e as alterações na estrutura etária brasileira. O terceiro objetivo específico foi: estudar a composição da população quanto à sua condição de atividade ou inatividade no mercado de trabalho apresentando projeções da população idosa, População em Idade Ativa (PIA) e População Economicamente Ativa (PEA), apresentados no decorrer do capítulo 3. O quarto e ultimo objetivo específico foi: identificar políticas públicas para segmentos etários mais envelhecidos considerando as projeções da população brasileira, apresentados no capítulo 4.

Quanto ao primeiro objetivo específico, compreendeu-se que a relação entre população e desenvolvimento vem sendo discutido por vários teóricos com distintas abordagens, e embora seu início não seja recente o tema ainda está presente, pois vem se modificando ao longo do tempo. No século XX a discussão entre população e desenvolvimento se deu em grande parte pela explosão populacional, no entanto nota-se que na atualidade a população e suas relações com o desenvolvimento pautam-se no envelhecimento e baixos níveis de fecundidade, sendo que em vários países, como o Brasil, já se encontra abaixo do nível de reposição, o que acarretará no futuro uma diminuição do contingente populacional.

No que se refere ao segundo objetivo específico foi apresentando a transição demográfica como a expressão para se referir à redução das taxas de mortalidade e fecundidade. A transição demográfica ocorre em três fases. A primeira etapa ocorre quando as taxas de mortalidade declinam e as taxas de fecundidade continuam elevadas, esta etapa ocorreu no cenário brasileiro a partir de 1940, com a introdução da utilização de antibióticos implementação de campanhas de vacinação, combate a doenças, campanhas sanitárias, parasitárias e melhorias no sistema de abastecimento de água com um impacto mais expressivo na mortalidade infantil. Esta queda na mortalidade também teve efeitos na melhora

das condições de vida da população em geral que obtiveram ganhos em suas expectativas de vida.

A segunda etapa ocorre quando as taxas de fecundidade iniciam um movimento declinante reduzindo o crescimento populacional. Esta fase ocorreu no Brasil por volta de 1960 com a introdução de métodos contraceptivos, mudanças no ambiente de liberdade de escolha por alterações de fatores econômicos e políticos-institucionais.

A terceira e última etapa, acontece com a existência de baixas taxas de mortalidade e fecundidade e levam a um baixo crescimento populacional. Esta última etapa segundo alguns autores é a fase que o Brasil está transitando, embora ainda não tenha atingido uma estabilidade em suas taxas, principalmente em sua taxa de fecundidade que se encontra abaixo da taxa de reposição. Esta terceira fase também é conhecida como a fase de pós-transição demográfica e expõem um maior envelhecimento populacional pela diminuição da base etária, composta de jovens e crianças que perdem peso relativo aos outros grupos etários deflagrando o envelhecimento populacional.

Já o terceiro objetivo específico que buscou estudar a composição brasileira de atividade e envelhecimento da população em termos de PIA e PEA, foi abordado no capítulo 3 deste trabalho. Como visto, a população que compõe a PIA brasileira vem apresentando menores taxas de crescimento de seu grupo desde 1999, sendo projetado um ponto de máximo para sua população em meados de 2040, assim como taxas de crescimento negativo entre o período de 2040 e 2050. Além disso, é esperado segundo as projeções que cerca de 50% da composição da PIA brasileira para o ano de 2050 seja formada por indivíduos com 50 anos ou mais. Observa-se também que para manter os níveis de atividade de 2010 entre o período de 2030 e 2050 a oferta de mão de obra trabalhadora deverá aumentar. Logo ao estudar as modificações de atividade brasileira nota-se a tendência de diminuição da PIA e PEA, assim como o envelhecimento da sua população que também pode alterar a permanência do trabalhador no mercado de trabalho, pois as condições de saúde e produtividade dos indivíduos são modificadas.

A bibliografia estudada indicou duas possibilidades para amenizar a diminuição de atividade pela falta de mão de obra futura. A primeira alternativa diz respeito ao aumento da permanência dos trabalhadores no mercado de trabalho e a segunda alternativa é pelo incremento da participação das mulheres nas atividades econômicas. Um exemplo observado e que pode ser estudado para a implementação no Brasil foi observado nos EUA. Os indivíduos mais velhos optaram por um modelo mais flexível de trabalho para não se ausentarem das atividades econômicas, trabalhando por menos horas e com um menor salário.

Embora não seja o melhor dos cenários, uma política ampla nessas condições pode gerar um impacto considerável no cenário nacional, é claro que devem ser observadas outras questões como eliminação de barreiras sociais, adequação de meios, qualificação, assim como a geração de oportunidade para essa nova parcela da população mais envelhecida. Outra alternativa observada foi o aumento na idade mínima para aposentadoria.

A segunda alternativa é o aumento da taxa de atividade das mulheres brasileiras na economia, no entanto os fatores que determinam a participação das mulheres não são os mesmos que determinam a participação dos homens. O salário de reserva das mulheres tende a aumentar na presença de filhos pequenos, dependentes idosos, assim como uma estrutura familiar com mais adultos. A literatura estudada aponta a presença de creches como importante indicador para a inserção da mulher no mercado de trabalho por dois motivos principais, a possibilidade de conciliação entre maternidade e trabalho, assim melhora do processo educacional para as crianças.

A demanda por esse serviço de creches municipais entre 1997 e 2009, teve um aumento de quatro vezes. Observa-se, no entanto, um conflito, pois a busca por creches é cada vez maior e número de crianças do grupo entre 0 e 3 anos de idade, que usufruem desse serviço é cada vez menor. Logo os formuladores de políticas e gestores públicos, devem estar atentos a investimentos na expansão da rede de creches para evitar uma ociosidade futura por um excesso de alocação de recursos no presente. Assim quanto ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho é observado que ainda podem ocorrer incrementos em sua participação, no entanto a literatura sugere que mesmo entre os melhores cenários o aumento das mulheres na atividade econômica necessita ser feito em conjunto de outras políticas para tentar suprir a necessidade futura de trabalhadores no mercado de trabalho brasileiro.

Por final, para cumprir o último objetivo específico buscou-se apresentar no capítulo 4 o cuidado de longa duração e as políticas para atender um contingente populacional mais envelhecido. No Brasil diversas conquistas foram introduzidas durante o século XX principalmente em seu término. Com os avanços jurídicos da Constituição Federal de 1988 e avanços em termos de criação jurídica como a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) 1993, a Política Nacional do Idoso 1994 assim como o Estatuto do Idoso em 2003 a população brasileira avançou em melhores condições. No entanto, nota-se que em termos de cuidado de longa duração, que são os cuidados de apoio material, instrumental e emocional ou ainda os oferecidos por um longo período de tempo para aqueles que não podem exercer suas necessidades básicas parciais ou integrais, não obteve avanços. Embora a Constituição

Federal de 1988 indique que preferencialmente os cuidados de longa duração devam ser prestados no lar o Estado não pode se eximir da responsabilidade e deve observar as mudanças que vem ocorrendo na sociedade brasileira. A literatura aborda uma maior participação do estado nesta questão dos idosos e cuidados e aponta para uma maior divisão de responsabilidades buscando um meio termo, provendo aumento dos serviços formais como com o aumento no número de instituições, com exemplo dos centros dia, que possibilita aos idosos cuidados profissionais sem perder o vínculo com sua família, vínculo este importante, pois a vida social e mental do idoso influencia em seu quadro de saúde. Outra necessidade identificada é em termos de aumento de profissionais qualificados em cuidados que devem ter sua demanda aumentada para próximos anos. Este aumento de profissionais capacitados e qualificados deve ser uma das políticas classificada como importantes para o idoso.

Quanto ao cuidador familiar ou informal, as alternativas em termos de políticas devem ser pensadas com um direcionamento para o reconhecimento pelos serviços prestados, em forma de benefícios monetários, formação de grupos de apoio emocional, capacitação, inclusão no sistema de seguridade social e partição do serviço de cuidado com outras atividades no mercado de trabalho formal remunerado. Nota-se também a possibilidade de benefícios articulados entre áreas de assistência social e previdência, que podem constituir estímulo aos cuidadores familiares. Desta forma tem-se que o atendimento articulado entre cuidados familiares e profissionais constitui-se uma boa opção para o Estado e sociedade desde que tenha alterações em seus padrões podem apresentar um efeito positivo para a população em geral.

Quanto ao quadro de gastos em relação ao grupo dos idosos foi observado que estes tem uma maior frequência e não necessariamente um custo em procedimentos mais caros. Foi observado a sugestão de um *trade off* entre frequência de atendimento e melhoria na qualidade dos serviços prestados. Além dessa melhora na qualidade sugerida, indica que programas de saúde em casa e atendimento domiciliar em forma de programas preventivos mais específicos para os idosos, embora alguns possam ser simples, como em respeito ao consumo de sal, álcool e tabagismo, podem apresentar resultados em doenças como a hipertensão que afeta grande parte da população idosa.

Apesar dessas possíveis alternativas, não é observado uma preparação do estado para o envelhecimento da sua população em termos de políticas públicas para o futuro próximo. A oferta de cuidados e instituições formais é pouco presente, fato preocupante quando levado em conta às projeções da população de idosos para os próximos anos. A oferta desses serviços de cuidados para um contingente populacional mais idoso em um país com elevada

desigualdade de renda poderá resultar em desequilíbrios, tanto sociais como econômicos, pois essa parcela mais desfavorecida depende do estado na prestação de vários serviços de relevante importância em seu dia a dia. Logo, são necessárias as mudanças que visem à preparação do país como um todo na adoção de políticas que solucionem os problemas em sua fonte, e não políticas de curto prazo sem um planejamento e estudo estratégico. As modificações do peso relativo dos grupos populacionais mais envelhecidos irão alterar a vida dos indivíduos, estruturas das famílias, necessidades de políticas, distribuição de recursos, assim como a necessidade de serviços para suprir de forma adequada esta nova configuração do perfil populacional brasileiro.

O presente trabalho deixa como sugestão de pesquisas futuras, o estudo da queda da fecundidade mundial e brasileira ou ainda, a produtividade do trabalho em idades mais avançadas.

REFERÊNCIAS

ALVES, J. E. D. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica.** Texto para discussão: da Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ENCE/IBGE, nº4, Rio de Janeiro, 2002.

_____. **A transição demográfica e a janela de oportunidade.** São Paulo: Instituto Fernand Braudel, 2008.

BARBOSA, A.L.N.H. . Um retrato de duas décadas do mercado de trabalho brasileiro. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 407-432.

_____. Participação feminina na força de trabalho brasileira: evolução e determinantes. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 271-314.

BERLINGERI, M. M. ; Santos, D. . Projeção da demanda por creche incorporando tendências econômicas e demográficas recentes. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 445-468.

BARROS, R. P. ; CARVALHO, Mirela de ; MENDONÇA, Rosane ; FRANCO, Samuel ; ROSALEM, A. . **Uma avaliação do impacto da qualidade da creche no desenvolvimento infantil.** Pesquisa e Planejamento Econômico (Rio de Janeiro) , v. 41, p. 213-232, 2011.

BORGES, G. M. ; CAMPOS, M. B. ; SILVA, L. G. C. . Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, L.R.; BORGES, G.M.; JARDIM, A.P.. (Org.). **Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população.** 1ed.Rio de Janeiro: IBGE, 2015, v. 1, p. 138-151.

BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. p. 96.

_____. **Lei nº 11.114, de 16 de maio de 2005.** Altera os Artigos 6º, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com o objetivo de tornar obrigatório o início do ensino fundamental aos seis anos de idade. Brasília, DF: Presidência da República, 2005.

BRITO, F. R. A. ; CARVALHO, J. A. M. ; TURRA, C. M. ; QUEIROZ, Bernardo Lanza . Crescimento Demográfico e Mudanças na Estrutura Etária: as especificidades da transição demográfica no Brasil. **População e Políticas Sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais.** Brasília: Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, 2008, v. , p. 113-121.

CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?.** Rio de Janeiro: Ipea, 2014.

_____. Impactos do novo regime demográfico brasileiro sobre o crescimento econômico. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 43-71.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 81-116.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Menos jovens e mais idosos no mercado de trabalho?. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?** Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 377-403.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, set. 2004.

CAMARANO, A. A. ; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARANO, A. A. ; MELLO, J. L. . Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010, v. 1, p. 67-92.

CARDOSO, A.; GUIMARÃES, P.; VAREJÃO, J. Are older workers worthy of their pay? An empirical investigation of age-productivity and age-wage nexuses. **De economist**, v. 159, n. 2, p. 95-111, 2011.

CARVALHO, J. A. M. ; GARCIA, Ricardo Alexandrino . **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico.** Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ) , Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 725-733, 2003.

CENSO DEMOGRÁFICO 2000. Nupcialidade e fecundidade: resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/tabela_regioes.shtm>.

CHRISTOPHE, M.; CAMARANO, A. A. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: Ipea, 2010 , v. 1, p. 145-162.

COALE, A. **The demographic transition: a summary, some lessons and some observations.** In: CHO, L.; KOBAYASHI, K. (Ed.). *Fertility transition of east asian populations.* Honolulu : University Press of Hawaaii, 1979. cap. 2

COALE, A.; HOOVER, E. **População e desenvolvimento econômico.** Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1966.

CONDORCET, J. A. N. **Esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano**. Campinas: Editora da Unicamp, 1993

Consumption-driven environmental impact and age-structure in OECD countries: a cointegration STIRPAT analysis. **Demographic research**, v. 24, p. 749-770, 2011.

COSTA, J. S. M. **Determinantes da participação feminina no mercado de trabalho brasileiro**. Tese (Mestrado em Economia) – Departamento de Economia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

CUARESMA, J. C.; LUTZ, W.; SANDERSON, W. **Age structure, education and economic growth**. IIASA, 2012. Interim Report.

FELIX, Jorge. “Economia do Care” e “Economia da Longevidade”: o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. **Argumentum**, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 44-63, jan./jun. 2014.

FELIX, Jorge. **Economia da Longevidade**: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos, Dissertação de Mestrado em Economia Política, São Paulo, PUC-SP, 2009. Disponível em <www.dominiopublico.gov.br>. Acesso em: 16 abr.2016.

FELIX, Jorge. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 8., 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: PUC/SP, 2007.

GIAMBIAGI, Fabio; TAFNER, Paulo. **Demografia a ameaça invisível**: O dilema previdenciário que o Brasil se recusa a encarar. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2010

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 1940**. Rio de Janeiro: IBGE, set. 1940. Disponível em: <<http://tinyurl.com/censo1940>>.

_____. **Censo Demográfico 1950**. Rio de Janeiro: IBGE, 1956. Disponível em: <<http://tinyurl.com/censo1950>>.

_____. Censo Demográfico 1960. Rio de Janeiro: IBGE, 1960. Disponível em: <<http://tinyurl.com/oq6bh8e>>.

_____. **Censo Demográfico 1970**. Rio de Janeiro: IBGE, jun. 1973. Disponível em: <<http://tinyurl.com/censo1970>>.

_____. **Censo Demográfico 1980**. Rio de Janeiro: IBGE, 1980.

_____. **Estatísticas históricas do Brasil**: séries econômicas, demográficas e sociais de 1550 a 1988. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 1990. 642 p.

_____. **Censo demográfico 1991**– documentação dos microdados da amostra.

Rio de Janeiro: IBGE, 1991a.

_____. **Anuário estatístico do Brasil 1991**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991b.
Disponível em: <<http://tinyurl.com/anuario1991>>.

_____. **Evolução e perspectiva da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. (Série Estudos e pesquisas – informação demográfica e socioeconômica, n. 2). Disponível em: <<http://tinyurl.com/evolucao-mortalidade>>.

_____. **Censo Demográfico 2000**– documentação dos microdados da amostra. 2000a.

_____. **Censo Demográfico 2010**– documentação dos microdados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**– PNAD: 1981 a 2012 – microdados da amostra. IBGE, 2013.

INTERNAÇÕES hospitalares. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS: arquivos dissemináveis para tabulação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - SUS - Datasus, [2014]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>>. Acesso em: mar. 2014.

JOHANSSON, S.; MOSK, C. Exposure, resistance and life expectancy: disease and death during the economic development of Japan, 1900-1960. **Populations Studies**, London, v.41, n.2, p.207-235, Jul. 1987.

KNODEL, J.; VAN DE WALLE, E. Lessons from the past: policy implication of historical fertility studies. **Population and Development Review**, New York, v.5, n.2, p.217-246, Jun. 1979.

MALTHUS, T. R. **Ensaio sobre a população**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Os economistas).

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MERRICK, T. W.; GRAHAM, D. H. **População e desenvolvimento econômico no Brasil**: de 1800 até a atualidade. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

McKEOWN, T.; RECORD, R.; TURNER, R. An interpretation of decline of mortality in England and Wales during the twentieth century. **Population Studies**, London, v.29, n.3, p391-422, Nov. 1975.

NONATO, Fernanda J. A. P.; PEREIRA, Rafael H. Moraes; NASCIMENTO, Paulo A. Meyer M.; ARAÚJO, Thiago Costa. **O perfil da força de trabalho brasileira: trajetórias e perspectivas**. *Nota técnica do IPEA*. v. 51, p. 30-41, Mai. 2012.

NOTESTEIN, F. Population: the long view. In: SCHULTZ, T.W. (Ed.) **Food for the world**. Chicago: University of Chicago Press, 1945.

NUNES A. O envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

PASINATO, M. T. M.; KORNIS, G. E. M. . A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010, v1 , p. 39-66.

PRESTON, S.; NELSON, V. Structure and change in causes of death: an international summary. **Populations Studies**, London, v.28, n.1, p.19 – 15, Mar. 1974.

PROJEÇÃO da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060; Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>.

ROMERO M., Dalia E. ; Marques, A. P. ; SILVA, R. S. ; Barbosa, A.C. . Internações de idosos por cuidados prolongados em hospitais do SUS no Rio de Janeiro: uma análise de suas características e da fragilidade das redes sociais de cuidado. In: Ana Amélia Camarano. (Org.). **Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010, v. 1, p. 249-275.

SANTOS, J. L. F. **Demografia**: estimativas e projeções: medidas de fecundidade e mortalidade para o Brasil no século XX. São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo: Fundação para Pesquisa Ambiental, 1978. 71 p. (Cadernos de estudo e pesquisa do Prodeur).

SIMOES, C. C. S. Breve histórico do processo demográfico. In: FIGUEIREDO, A. H. (Org.). **Uma visão geográfica e ambiental do início do século XXI**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. p. 40-73.

SOUZA JUNIOR, J. R. C. ; LEVY, P. M. . Impactos do Novo Regime Demográfico Brasileiro sobre o Crescimento Econômico (2010-2050). In: Camarano, A. A.. (Org.). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?**. Rio de Janeiro: Ipea, 2014, v. , p. 213-240.

THE STATE of world population 2000. New York: UNFPA, 2000.

THE WORLD BANK. Fertility rate, total (births per woman) 1960-2014. Disponível em: <data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=GB> acesso em: 19out.2016

WHO -World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002.

OMS – World Health Organization. **Envelhecimento ativo**: uma

política de saúde. Brasília: Opas, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>.

WORLD DEVELOPMENT REPORT. Washington, World Bank, 1991.