

CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL: TRANSFORMAÇÕES E CONSEQUÊNCIAS NA SOCIEDADE

Renato P. Veras*
Luiz Roberto Ramos**
Alexandre Kalache***

VERAS, R. P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 21 : 225-33, 1987

RESUMO: São discutidas as transformações sociais e econômicas que incidem sobre a vida dos idosos decorrentes do aumento da população de 60 anos ou mais, no Brasil. O processo migratório e a intensa urbanização (em 1940 a população rural era de 68,8% e em 1980 de 32,4%) afetaram particularmente a população idosa dos grandes centros, ou daqueles que envelheceram nestas cidades. Esta nova organização social acenou os problemas de solidão e pobreza dos idosos. Além desta perda de status social que exclui sua participação na sociedade moderna, o idoso teve também reduzido o suporte emocional no interior de sua família. Entre os fatores que concorrem para tal, destacam-se a mudança do padrão do modelo familiar, de extensa para nuclear, a maior mobilidade e o aumento do número de separações e divórcios. O maior período de vida da mulher e suas consequências (redução de renda, aumento do número de viúvas e maior frequência de longos períodos de doenças crônicas), como também a mudança do papel social da mulher no mundo contemporâneo, fazem parte de uma discussão específica relativa à mulher e à velhice. A questão do trabalho, da aposentadoria e do custo social (coeficiente de dependência) é outro aspecto abordado.

UNITERMOS: Envelhecimento da população. Mudanças sociais. Idosos. Migração rural-urbana. Família. Mulheres. Aposentadoria. População inativa.

INTRODUÇÃO

Como foi visto nos artigos anteriores (Kalache e col.²³, 1987; Ramos e col.³⁷, 1987), o rápido crescimento previsto para a população idosa em países como o Brasil, nas próximas décadas, indica a necessidade de se estimular o estudo da sociologia da terceira idade no contexto do Terceiro Mundo. A pequena ênfase dada a este campo de conhecimento pode ser ilustrada pelo limitado número de investigações relativas às implicações sociais, econômicas e ambientais causadas por mudanças na estrutura etária como as que atravessa a população brasileira.

Este artigo tem por objetivo discutir o impacto social decorrente do envelhecimento populacional, levando em conta as importantes transformações havidas na sociedade brasileira e suas consequências para a sociedade como um todo e, particularmente, para o grupo etário de 60 anos ou mais. Objetiva também alertar para a potencial gravidade desta situação a longo prazo, numa tentativa de sensibilizar pessoas e instituições para a tarefa de reverter alguns determinantes deste contexto socioeconômico e cultural que tende muitas vezes a con-

denar os cidadãos idosos a um final de vida em condições bastante adversas.

ENVELHECIMENTO, URBANIZAÇÃO E MIGRAÇÃO

A nível da distribuição geográfica da população brasileira, os movimentos migratórios acompanharam o processo de expansão das fronteiras econômicas. Nesse contexto, tivemos nos últimos 40 anos, particularmente após a década de 50, um intenso processo de concentração urbana da população brasileira (FIBGE³, 1982) (Tabela 1).

Isso fez com que hoje o Brasil seja uma sociedade predominantemente urbana que experimenta nessas áreas um intenso processo de envelhecimento populacional. Tais transformações geográficas e demográficas**** têm importantes consequências sociais e econômicas para a população como um todo e para a população idosa em particular.

A população das atuais grandes metrópoles, até um

* Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) — Rua São Francisco Xavier, 524 — 20550 — Rio de Janeiro, RJ — Brasil.

** Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina — Rua Botucatu, 740 — 04023 — São Paulo, SP — Brasil.

*** Unit for the Epidemiology of Ageing. London School of Hygiene and Tropical Medicine — Keppel Street, London, WC1E 7HT.

****Em relação às mudanças do padrão demográfico no Brasil, ver artigos de Kalache e col.²³ (1987) e de Ramos e col.³⁷ (1987).

TABELA 1
População rural e urbana no Brasil, 1940-1980

População	1940	1950	1960	1970	1980
	Porcentagem				
Rural	68,8	63,8	54,9	44,1	32,4
Urbana	31,2	36,2	45,1	55,9	67,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: FIBGE³ (1982)

passado recente, concentrava-se em suas áreas centrais que definiam a cidade em si. Devido à menor densidade demográfica, meios de transporte menos diversificados e absoluta falta de infra-estrutura fora desta área "central", poucas eram as pessoas que moravam além desses limites. Com o crescimento populacional e o processo de urbanização, a população mais jovem e/ou a de melhor poder econômico transferem-se para os novos bairros residenciais. A área central da cidade vai se tornando eminentemente comercial e administrativa, perdendo sua característica residencial.

Ao mesmo tempo, migrantes recém-chegados das áreas rurais ou menos favorecidas do país fixam na periferia dessas zonas metropolitanas ou, em alguns casos, ocupam áreas de mais difícil acesso devido à sua topografia (encostas, áreas pantanosas e beira-mar ou junto a rios), criando as favelas hoje presentes em qualquer cidade brasileira. É nesse contexto urbano complexo e muitas vezes carente de serviços que a população de idosos tem crescido. A exemplo da maioria dos grupos minoritários da população, o velho tende a se concentrar predominantemente em determinadas áreas (Hugo, 1985). Essa característica apresenta-se de modo mais expressivo nos centros urbanos (Sherman e col.⁴², 1985), onde nas "partes antigas" da cidade observa-se maior concentração desse grupo etário.

As áreas centrais das metrópoles brasileiras, pouco a pouco, transformam-se em áreas mistas (comércio ao lado de residência) com residências de baixa renda e uma população idosa residual com um padrão de vida progressivamente deteriorado. Tais áreas passam a ser locais de poluição, barulho, violência e moradia dos grupos pobres da população — entre eles os idosos.

O processo de urbanização das cidades produz outros efeitos. Um deles é a súbita valorização de algumas regiões e a conseqüente especulação imobiliária. O preço do metro quadrado nas áreas valorizadas do Rio de Janeiro ou São Paulo é apenas comparável com as áreas nobres de Nova York, Londres ou Paris, ou de cidades com algumas características semelhantes às nossas, como Hong Kong. O resultado prático dessa súbita valorização dos imóveis refletiu-se na diminuição do espaço interno das residências. A falta de espaço impede que muitas famílias acolham os seus parentes idosos; ou, o que talvez ocorra com maior frequência, a difícil convivência e o natural conflito de gerações gerado no interior das famílias que coabitam nessas novas moradias, restritas em espaço, com os seus parentes idosos.

Em geral os países da América Latina têm experimentado um intenso movimento migratório em direção às mais importantes metrópoles, o que contradiz a suposição de que no Terceiro Mundo a população idosa é predominantemente rural (Neysmith e Edward³³, 1984). O Brasil, como outros países da América Latina, embora ainda tenha um número relativamente grande de velhos nas áreas rurais, passou a ter nas últimas décadas uma proporção crescente de idosos em suas áreas urbanas (FIBGE³, 1982). Neste parecer, portanto, o Brasil se assemelha aos países desenvolvidos (Tabela 2).

É também interessante notar que o processo de migração rural no Brasil apresenta características distintas do que é observado em outros países do Terceiro Mundo, particularmente os países africanos ou da Ásia meridional. Nestes, os migrantes rurais, quando saem de suas vilas ou povoados, mantêm a intenção de retornar a seus lugares de origem. No Paquistão, por exemplo, o pequeno proprietário rural muitas vezes experimenta períodos de extrema dificuldade que o impelem às áreas urbanas — mas o retorno é sempre uma possibilidade deixada em aberto, já que a pequena propriedade lhe pertence e está à sua espera. Isso também cria incentivos a investir as possíveis poupanças na propriedade rural. Trabalhadores paquistanenses que possuem contratos de tempo limitado em países do Golfo Árabe reinvestem maciçamente nas áreas rurais para onde retornarão eventualmente (Kalache²², 1986).

Já no Brasil a marca principal é o fluxo migratório permanente, em comum com outros países caracterizados por uma expansão capitalista agressiva, como a Coreia (Nelson³², 1976).

TABELA 2
População urbana de 60 anos ou mais de algumas regiões selecionadas, segundo sexo, no período de 1965-1975

Regiões	Idade Sexo	60 anos ou mais (%)		60-64 (%)		65-69 (%)		70 anos ou mais (%)	
		Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Todos os países desenvolvidos		59,1	60,4	55,8	59,2	54,1	58,8	53,3	58,9
Todos os países menos desenv.		33,5	33,9	30,8	33,5	29,6	33,4	28,9	33,6
África		23,9	22,6	19,3	19,4	16,9	18,5	16,2	19,0
América Latina		48,8	51,8	47,7	55,0	48,1	56,2	47,8	56,7
América do Norte		71,4	72,9	67,0	72,1	65,9	72,0	67,3	75,8
Europa		55,4	56,8	52,4	55,9	50,9	55,6	49,6	55,2

Fonte: United Nations⁴⁶ (1980)

No Brasil, os principais motivos para a migração são o desemprego rural, a diferença de salário entre o campo e a cidade (Peek e Standing³⁵, 1979) a maior infraestrutura de serviços públicos na cidade, assim como a influência exercida pelos meios de comunicação de massa, criando as ilusões da vida dos grandes centros. A concentração de vasta extensão de terra nas mãos de poucos proprietários, o aumento do uso de moderna tecnologia na agricultura e a falta de perspectiva do homem rural, de possuir uma propriedade em que radique sua família, são as mais importantes causas do crescimento da pobreza dos trabalhadores rurais, que resulta no êxodo rural, muitas vezes ilusório, para a cidade (Bilsborrow e col.⁶, 1972).

Apesar de o idoso não ser um grupo etário de grande peso no processo migratório, pois é em muito suplantado pela população mais jovem (Cardona e Simmons⁹, 1975), o fato relevante desse processo é que em 30 ou mais anos esse grupo jovem de migrantes se transformará em novas parcelas da população idosa das grandes cidades. Importante estudo sobre migração urbana na década de 50, no Brasil (Hutchinson²¹, 1963), mostra que mais de 60% das migrações para as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo ocorreram no grupo etário de 15 a 29 anos (Tabela 3); hoje, eles estão envelhecendo, muitas vezes sob condições financeiras tão precárias quanto as que motivaram a migração em primeira instância.

Nos casos de migração de toda a família para as áreas urbanas, usualmente uma de duas situações pode ser observada: algumas famílias vão morar nas favelas das regiões metropolitanas, enquanto outras, um pouco mais favorecidas financeiramente, vão para as zonas proletárias — os grandes subúrbios das cidades (Bilsborrow e col.⁶, 1980). Após todas as dificuldades de ajustamento ao novo ambiente, de obtenção de trabalho — que requer muitas vezes a aquisição de novas habilidades — e de adaptação às formas de organização industrial

(Eke¹⁷, 1982), a família terá de conviver com os problemas típicos das áreas urbanas menos favorecidas: infraestrutura sanitária inadequada, escassa atenção médico-hospitalar, transporte deficiente, alta densidade populacional, violência e outros. Em relação a comunidades situadas à margem do anel metropolitano essa situação se agrava pela distância dos locais de trabalho, o que acarreta longos trajetos através de meios de transportes ineficientes e, em consequência, maior dispêndio financeiro e menor tempo para os demais afazeres. É nessas situações que a maioria das famílias rurais se estabelece nas grandes cidades (Bromley e Gerry⁸, 1975). Como a mobilidade do jovem é maior, ao lado da necessidade de trabalho, muitos são obrigados a tentar a vida em outras áreas ou cidades, deixando seus parentes mais idosos para trás. Mesmo para as famílias que não se desintegram, a vida nessas condições é bastante precária. Para um grupo etário mais vulnerável, como o dos idosos, as consequências não podem ser mais drásticas.

Por outro lado, é comum ocorrer migração de apenas parte da família. Neste caso, somente os indivíduos em idade produtiva vão tentar a vida na cidade, e os parentes mais idosos, particularmente as mulheres, permanecem em seus locais de origem. Em tais casos, o impacto na estrutura familiar é profundo, já que o amparo, antes provido pelos mais jovens, deixa de existir e, muitas vezes, o esperado suporte financeiro (que motivava a ida para a cidade em primeira instância) falha por se frustrarem as oportunidades de um bom rendimento após a migração.

Para os idosos que tiveram por toda a sua vida uma grande família, rodeados de muitas crianças, essa mudança de padrão social pode ser extremamente difícil de ser absorvida, principalmente nessa fase final de vida.

Nesse contexto, o conceito de incapacidade funcional discutido no artigo introdutório desta série assume importância ainda maior. As repercussões de tais mo-

TABELA 3
Idade da população migrante quando da chegada às cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, por sexo e grupo etário, 1950

Idade do Migrante	Rio de Janeiro		São Paulo	
	Homens %	Mulheres %	Homens %	Mulheres %
Menos de 10 anos	10,0	17,1	11,4	17,7
10 — 14	7,3	9,7	7,5	10,9
15 — 19	26,6	20,8	19,2	18,3
20 — 24	18,7	15,0	27,3	20,2
25 — 29	17,7	15,6	11,4	12,3
30 — 39	11,4	10,3	10,8	10,9
40 — 49	4,5	7,5	6,6	5,2
50 anos ou mais	3,5	1,6	3,6	1,6
Sem informação	0,3	2,4	2,2	2,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	289	321	333	367
Idade média	22,3	21,0	23,2	20,6
Desvio padrão	11,81	12,25	11,73	11,83

Fonte: Hutchinson²¹ (1963)

vimentos migratórios para a saúde são consideráveis e muitas vezes inesperadas. Por exemplo, uma das razões para a alta incidência de câncer de mama no Nordeste do Brasil se deve à alta proporção de mulheres acima de 40 anos solteiras e nulíparas. Nesta faixa etária ocorre uma migração maior de homens e, conseqüentemente, muitas mulheres não se casaram. Como entre os fatores de risco mais importantes para o câncer de mama é ter o primeiro filho tardiamente e/ou não ter filhos, a incidência da doença nessa região acabou por se elevar*.

Nos Estados Unidos foi realizado um estudo sobre migração da população acima de 60 anos e observou-se que a partir da década de 60 iniciou-se um processo de fuga dos grandes centros urbanos, tendência esta que se manteve inalterada até o final dos anos 70. Neste período houve uma acentuada procura pelos "cinturões de sol", situados nos Estados do sul, onde o clima ameno é naturalmente o grande atrativo. No entanto, nos últimos anos, essa tendência inverteu-se, e um novo processo migratório para as áreas metropolitanas passou a ser verificado (Longino e col.²⁵, 1985). Em grande parte esse retorno deve-se ao fato de muitos dos que migraram não terem conseguido criar novas raízes sociais, permanecendo desintegrados.

Quanto à satisfação e preferência pelo local de moradia entre os velhos, os estudos realizados nos Estados Unidos são inconclusivos (Liang e Warfel²⁶, 1983). Alguns autores afirmam que a população idosa que vive na Zona rural expressa maior satisfação pela vida (Edwards e Klemmarck¹⁶, 1973; Youmans⁴⁹, 1977), enquanto outros chegam a resultados opostos (Sauer e col.⁴⁰, 1976; Schooler⁴¹, 1975). No entanto pode-se questionar o valor desses estudos pelo fato de eles não discutirem as transformações sociais, econômicas e políticas que determinam, em última análise, a preferência pelo local de moradia.

Assim, levando-se em conta os motivos e efeitos das migrações internas, obtém-se um resultado não-uniforme para os vários grupos populacionais. Se para os migrantes jovens, a busca de regiões com melhores oportunidades de emprego ou que atravessam uma fase de expansão econômica é uma perspectiva atraente, para a população idosa, ou a que envelhece nestas áreas, a nova organização social pode apenas acentuar problemas como solidão, dificuldades financeiras, medo de violência e deterioração das condições de saúde (Creecy e col.¹⁴, 1985).

ESTRUTURA FAMILIAR E VELHICE

Muitas vezes, na velhice, os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão e a pobreza. A falta de companhia do velho, nos dias atuais, está diretamente ligada às transformações que se operam no interior das famílias. Nos grandes centros urbanos do Brasil, como Rio de Janeiro e São Paulo, tem aumentando a proporção das pequenas famílias (nucleares) em detrimento de um padrão de família exten-

sa que ainda se observa em zonas rurais e cidades menores. Esta última, que é característica das sociedades tradicionais, tem como traço marcante a solidariedade sócio-cultural, além do fato de a família desempenhar papel central na vida dos indivíduos. Isso se deve à permanência dos laços de parentesco no sentido amplo, que inclui os não-parentes (agregados), que muitas vezes são mantidos como condição de sobrevivência econômica e social (Guertechin¹⁹, 1984).

Outros fatores concorrem para a diminuição do suporte familiar para com o velho, entre eles a maior mobilidade das famílias (facilitadas pelo seu menor tamanho) e o aumento do número de separações e divórcios entre os casais em décadas mais recentes. Ambas as situações trazem como conseqüência uma vida mais insular e uma redução do apoio familiar ao idoso.

Viver só não é necessariamente uma experiência negativa; muitas pessoas, em todas as idades, escolhem viver assim. No entanto, viver por longo período sem companhia predispõe ao isolamento. Para dar um exemplo, na Inglaterra, entre o censo de 1961 e 1971, a proporção do grupo etário acima dos 65 anos que morava só aumentou de 17% para 34% (Acheson², 1982), e na população acima dos 75 anos foi observado que quase a metade estava morando sozinha (Abrams¹, 1980). Outro dado significativo é que 47% desses ingleses nunca recebem visita de amigos (Donaldson e Donaldson¹⁵, 1983) e, como já foi descrito, este é um dos fatores que predispõe à eclosão de problemas físicos e mentais em particular. Um em cada três velhos sofre de algum quadro mental, e a prevalência da depressão neste grupo é de 10% (Murphy³¹, 1983). Na Bélgica, as taxas de suicídio entre os homens acima de 75 anos é 5 vezes maior do que na população em geral e entre as mulheres, 3 vezes maior (Baro⁴, 1985). No estudo de Foster e col.¹⁸ (1984) foi observada maior longevidade entre os velhos que vivem com mulheres jovens. Este resultado, para os autores, sugere que a vida emocional e social ativa confere benefícios em termos de aumento de anos de vida.

Uma importante modalidade de suporte social é obtida através dos sistemas informais de apoio que consistem nos parentes, vizinhos ou amigos. Essa estrutura social foi por muito tempo o referencial maior de apoio na comunidade, o qual, nos dias atuais, tende a diminuir, do mesmo modo e pelos mesmos motivos que estão levando ao desaparecimento da família extensa.

MULHER E VELHICE

O crescente aumento da expectativa de vida da população mundial ao nascimento, apesar de ser extensivo a ambos os sexos, não ocorre de modo uniforme. No Brasil, entre 1920 e 1982, a população experimentou um aumento de quase 30 anos de vida. No entanto, o aumento para a mulher foi mais significativo do que para o homem (Ramos e col.³⁷, 1987). Ao lado de diferenças biológicas — como por exemplo o fator de proteção conferido por hormônios femininos em relação à isquemia coronariana — há várias explicações para tais diferenças:

*Kalache, A. Estudo de caso controle sobre câncer de mama no Nordeste do Brasil. Trabalho inédito, em fase final de elaboração.

1) Diferença de exposição às causas de risco de trabalho (e portanto menor repercussão dos fatores de risco em relação ao homem) — É importante salientar que o Brasil é um recordista em acidentes de trabalho; em 1972 um quinto da população trabalhadora sofreu algum tipo de lesão (Radis²⁹, 1985). Como várias alterações foram introduzidas na legislação visando diminuir as estatísticas de ocorrência de acidentes de trabalho, os números atuais são relativamente baixos — mas de difícil avaliação da verdadeira incidência — (Costa¹², 1982). Também são observadas taxas maiores nos indivíduos do sexo masculino entre as demais causas de morte por causas externas (acidentes em geral, acidentes de trânsito, homicídios, quedas, suicídios e outras). No Brasil as causas de mortes compreendidas nesse grupo são quatro vezes superiores no homem do que na mulher; nos grandes centros urbanos, apenas as causas ligadas às enfermidades cardiovasculares e ao câncer são responsáveis por mais mortes do que o grupo composto pelas causas externas (E800 a E900), que compreendem mais de 12% do total de óbitos (Radis²⁹, 1985).

2) Diferenças no consumo do tabaco e álcool — Estes produtos estão associados às causas de mortes mais importantes na faixa etária acima dos 45 anos: neoplasma e doenças cardiovasculares. Como já foi mostrado no artigo anterior (Ramos e col.³⁷, 1987), essas causas de morte já são as mais comuns no Brasil, tendo ultrapassado na década de 60 o grupo de óbitos decorrentes por doenças infectoparasitárias.

3) Diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades — As mulheres, em geral, mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm um conhecimento melhor das doenças e utilizam mais os serviços de saúde do que o homem. Além disso, em geral, a mulher se sente com mais liberdade para expressar seus problemas físicos do que o homem (Lewis²⁴, 1985). A procura de assistência médica precoce é explicada como uma das causas de um melhor prognóstico das doenças crônicas desse grupo.

4) Assistência médico-obstétrica — Hoje ela é mais comum do que no passado, quando a mortalidade materna estava entre as mais importantes causas de mortes, e na atualidade é relativamente baixa.

No entanto, vários desses fatores de risco que são predominantes no homem, e que reduzem seu período de vida, em breve poderão estar estendidos à mulher devido à sua crescente luta pela defesa de igualdade de oportunidade e pela ampliação do seu espaço no mundo contemporâneo. A incorporação de valores e hábitos que até pouco eram restritos aos homens já pode ser observada. Exemplo dessa mudança de padrão se verifica no consumo de cigarro; nos Estados Unidos atualmente o hábito de fumar entre adolescentes do sexo feminino é maior do que entre os do sexo masculino (Lewis²⁴, 1985). Também no Brasil resultados relativos a um maior consumo do cigarro entre escolares do se-

xo feminino foram observados por Achutti* em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul.

Por outro lado, o aspecto econômico tem levado a uma crescente participação da mulher na força de trabalho, a fim de contribuir financeiramente com o orçamento doméstico. Este fato já não se restringe apenas à mulher jovem e solteira: entre 1950 e 1980, nos Estados Unidos, a percentagem de mulheres entre 45 e 54 anos com trabalho remunerado aumentou de 38% para 60% (Brody e col.⁷, 1983).

Uma importante decorrência dessa maior participação da mulher na força de trabalho é a ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de doença e/ou incapacidade física. Essas funções, tradicionalmente ligadas à mulher (e não recompensadas financeiramente), estão exigindo novas soluções nas grandes cidades brasileiras. Tal exigência pode ser avaliada pelo crescente movimento, nesses grandes centros em prol da criação de creches nos locais de trabalho. Com o aumento do número de idosos, soluções análogas podem vir a ser necessárias num futuro próximo.

Uma outra situação característica da mulher é a solidão na velhice. Atualmente na Inglaterra dois terços dos 10 milhões de velhos são do sexo feminino, e, no grupo etário acima de 85 anos, para cada homem existem cinco mulheres vivas (Central Statistical Office¹⁰, 1985).

Devido a esse maior período de vida, ocorre também o aumento do número de mulheres viúvas. Além de a mulher ter uma vida mais longa, normalmente, por fatores culturais, ela se casa mais jovem do que o homem. O resultado da conjunção desses dois fatores é um período mais extenso de solidão entre as mulheres viúvas (ou divorciadas) em relação ao homem (Tabela 4). Além

TABELA 4

Percentagem de pessoas casadas e viúvas, de 60 anos ou mais, numa seleção de países, período 1970

Países	60 anos ou mais (%)			
	Casados		Viúvos	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Africa				
Kenya	84,3	40,9	7,5	51,0
Marrocos	88,6	28,2	8,3	68,2
Ásia				
Japão	81,1	40,0	16,6	56,6
Coréia	80,3	29,4	19,2	70,2
América Latina				
Brasil	75,1	39,0	14,4	50,2
Chile	74,5	40,0	16,2	45,5
Cuba	68,2	46,9	10,6	36,9
América do Norte				
Estados Unidos	76,3	44,0	13,2	44,5
Europa				
França	75,2	41,4	14,5	45,5
Alemanha Ocidental	79,4	38,4	14,3	47,6
Holanda	76,8	49,4	15,0	36,8
Suécia	69,2	44,7	14,2	34,2
Reino Unido	77,0	43,3	14,3	41,9

Fonte: Myers e Nathanson³⁰ (1982)

* Comunicação pessoal.

disso, as taxas de segundo casamento em todas as idades são maiores entre os viúvos do que entre as viúvas. Casamentos contraídos por pessoas acima de 60 anos (ainda que o número total seja relativamente pequeno em todo o mundo) são significativamente mais comuns entre os homens do que entre as mulheres, variando de 1,5 vez no Canadá a 4,6 vezes no Japão e nos países selecionados da Tabela 5 (Myers e Nathanson³⁰, 1982).

Uma outra consequência dessa maior longevidade da mulher em relação ao homem é a maior frequência, neste sexo, dos longos períodos de doenças crônicas. Essa observação sugere a importância dos cuidados médicos para com a mulher idosa, sem no entanto esquecer os demais fatores sociais relacionados com a velhice na mulher, entre os quais despontam a redução de renda, a perda do companheiro e a solidão no final da vida.

TABELA 5

Casamentos contraídos pela população idosa de 60 anos ou mais, segundo prévio estado civil, numa seleção de países, período entre 1970 e 1975

Países	Estado Civil			Total	Nº
	Solteiro	Viúvo	Divorciado		
Canadá (1974)					
Homem	10,7%	71,1%	18,2%	100,0%	4735
Mulher	9,9%	80,1%	9,9%	99,9%	3127
Razão H/M	1,63	1,34	2,78		1,51
Chile (1972)					
Homem	41,6%	54,5%	3,9%	100,0%	1427
Mulher	60,9%	37,0%	2,1%	100,0%	560
Razão H/M	1,74	3,76	4,67		2,55
França (1972)					
Homem	14,1%	61,9%	24,0%	100,0%	6202
Mulher	18,4%	54,2%	27,4%	100,0%	3469
Razão H/M	1,37	2,04	1,56		1,79
Grécia (1975)					
Homem	16,9%	67,6%	15,5%	100,0%	1012
Mulher	35,9%	45,9%	18,2%	100,0%	231
Razão H/M	2,06	6,45	3,74		4,38
Itália (1973)					
Homem	16,8%	48,8%	34,4%	100,0%	7359
Mulher	49,0%	34,2%	16,7%	99,9%	2587
Razão H/M	0,97	4,05	5,85		2,84
Japão (1975)					
Homem	4,2%	61,1%	34,7%	100,0%	2666
Mulher	23,9%	31,3%	44,8%	100,0%	578
Razão H/M	0,81	8,99	3,85		4,61
Suécia (1975)					
Homem	11,5	46,7%	41,7%	99,9%	537
Mulher	24,4%	42,0%	33,6%	100,0%	262
Razão H/M	0,97	2,28	2,54		2,05
Reino Unido (1974)					
Homem	6,9%	68,2%	24,9%	100,0%	13540
Mulher	12,9%	72,2%	14,8%	99,9%	8729
Razão H/M	0,83	1,46	2,60		1,55

Fonte: Myers e Nathanson³⁰ (1982)

TRABALHO E APOSENTADORIA

Outro aspecto que contribui grandemente para a diminuição do status social do velho é, sem dúvida, o rápido desenvolvimento tecnológico dos anos recentes. Uma das consequências é o despojamento das habili-

dades dos mais idosos tornando suas contribuições imediatas para a sociedade em que vivem menos relevantes (Beauvoir⁵, 1972). O que antigamente era tido como sua maior riqueza e o colocava numa posição de destaque na sociedade — seu saber e conhecimento acumulado, frutos da longa experiência de vida —, nos dias atuais não é mais valorizado (Cowgill¹³, 1968). A ideologia do saber atual é gerada pelo conhecimento técnico-científico, dominado pelos jovens e que exclui quase que por completo o idoso. Muito poucos, talvez somente alguns artistas, políticos e profissionais liberais, conseguem ser considerados melhores nesta idade do que quando jovens. Um expressivo exemplo da mudança de atitude da sociedade perante o velho pode ser observado no comentário produzido por Chow¹¹ (1983) em relação ao tradicional ditado chinês: “Ter um velho em casa é como ter um tesouro no lar.” Segundo ele, este provérbio, mesmo nas sociedades orientais, não é mais levado a sério, em consequência das transformações sociais, culturais e econômicas do mundo atual, o que faz com que o idoso se sinta rejeitado e indesejado, inclusive por sua própria família.

Como consequência da vida atual mais solitária, o velho, na maioria das vezes, tem que arcar com os custos de manutenção de sua casa. Aquele que não pode acumular uma poupança durante a vida produtiva tem, em geral, um final de vida em situação financeira pior do que quando trabalhava, pelo fato de o valor de sua aposentadoria, para os que a têm, ser inferior aos dos vencimentos do período produtivo. Além disso, a possibilidade de gerar novos recursos a fim de complementar a renda com outro trabalho remunerado é quase nenhuma. Ainda que não existam proibições legais ao trabalho do idoso, o fato é que praticamente inexistem oportunidades de trabalho. No Brasil, os indivíduos com mais de 65 anos que provarem ter trabalhado pelo menos cinco anos estão habilitados a uma pensão vitalícia de meio salário mínimo*. Apesar do exíguo valor deste auxílio, este é o benefício social que hoje contempla grande parcela desta população, e muitos idosos vivem apenas com esta pensão como única fonte de renda. Na verdade, a associação entre velhice e pobreza já foi extensamente examinada em outros países (Townsend⁴⁴, 1970, Hewitt²⁰, 1977). Em um estudo conduzido na Inglaterra, foi observado que 90% dos velhos viviam em pensões (Abrams¹, 1980) e que, enquanto 20% dos velhos ingleses vivem em condições de pobreza, apenas 7% do resto da população se enquadram nessa categoria (Townsend⁴⁵, 1975). Os sistemas de aposentadoria, na grande maioria dos países, conta com pouco mais de meio século de instauração. Instituído originalmente como um mecanismo de assistência, tem-se desenvolvido cada vez mais como um direito do trabalhador. Através da contribuição obrigatória durante o período ativo, a aposentadoria garante ao segurado uma renda vitalícia que visa a subsistência após a vida funcional. A aposentadoria é, portanto, uma forma de produzir a rotatividade no trabalho pela troca de gerações, permitindo aos jovens o acesso a uma atividade remunerada (Salgado³⁹, 1980). A sistemática da aposentadoria acabou por criar uma nova norma social que considera que

* Aposentadoria por velhice, art. 32 do Decreto nº 81.312, de 23 de janeiro de 1984, que expede a nova edição da Consolidação das Leis da Previdência Social.

os indivíduos, após determinada idade, devem abandonar as atividades que exercem, garantindo o direito de serem mantidos financeiramente pelo sistema. Esta situação que, "grosso modo" pode parecer natural e desejável, cria, por outro lado, muita polêmica. Para alguns, a aposentadoria evita o excesso de trabalho e a redução da mortalidade, sobretudo associada a determinadas ocupações. Para outros, aposentadoria essencialmente conduz à redução da auto-estima e status social.

A primeira teoria postula que o trabalho não desempenha papel central e que para muitos indivíduos a aposentadoria é a sonhada oportunidade para o desenvolvimento de atividades que por muito tempo estiveram adormecidas, ou simplesmente a liberdade há muito desejada. Para os defensores dessa tese, a aposentadoria não conduz a um substancial declínio nas condições físicas e mentais dos indivíduos (Streib⁴³, 1983).

A segunda teoria postula que a interrupção do trabalho traz nefastas conseqüências para o indivíduo, pois o retira da participação social e isto o leva ao isolamento, declínio de felicidade e satisfação pela vida (Miller²⁸, 1965). Essa teoria identifica o trabalho como o papel de legitimação do indivíduo em nossa sociedade. Portanto, a perda do trabalho está associada ao declínio na vida e ao surgimento de doenças e incapacidades físicas.

No entanto, em ambas as postulações, a conseqüência para a pessoa é uma mudança no modo de utilizar seu tempo e na quantidade de recursos disponíveis (Palmore e col.³⁴, 1982).

Tais concepções estão no entanto ajustadas à situação dos países mais desenvolvidos. No Brasil, para a grande maioria dos idosos, aposentadoria significa uma condição socioeconômica inadequada. A situação mais comum é a do velho que não pode concretizar seus potenciais por absoluta falta de recursos econômicos para fazê-lo.

Por outro lado, aposentadoria do trabalho pode ser uma situação irrelevante para muitas sociedades, em particular a rural, onde geralmente é o aparecimento de doenças ou incapacidades físicas que faz com que o indivíduo deixe de trabalhar.

CUSTO SOCIAL E VELHICE

Com o crescimento da população idosa, aumentam a preocupação e o interesse pelas medidas que possam avaliar o valor despendido pelo Estado na manutenção da parcela improdutiva (em termos econômicos) da população. Para tal é usado um indicador chamado de coeficiente de dependência e conhecido na literatura da língua inglesa por "dependency ratio", que indica o peso financeiro que recai sobre a população em idade produtiva em relação à população dependente (crianças e velhos). Essa medida é usualmente definida como a razão da população abaixo de 15 e acima de 60 anos para aqueles entre a faixa de 15 a 60 anos. No Brasil, apesar do crescimento da proporção de velhos, o coeficiente de dependência não se elevou, na verdade decresceu,

porque o aumento do grupo de 60 ou mais foi compensado pela diminuição do grupo de 0 a 15 anos. No entanto, quando essa medida é desagregada em faixas etárias (de 0 a 15 e 60 ou mais), mudanças substanciais aparecem (Tabela 6).

TABELA 6

Estimativa e projeção do coeficiente de dependência total, do coeficiente de dependência da população jovem e do coeficiente de dependência da população idosa* no Brasil, no período de 1960 a 2025

Grupo etário	1960	1980	2000	2020	2025
0 — 14 anos	84	67	53	41	40
60 anos ou mais	9	11	13	20	22
Total	93	78	66	61	62

* Número de pessoas de idade 0 — 14 anos e/ou 60 anos ou mais por 100 pessoas em idade produtiva (15 — 59 anos)
Fonte: United Nations³⁶ (1984)

O fato de o coeficiente de dependência crescer, especificamente para o grupo populacional de 60 anos ou mais, traz mudanças significativas para a população economicamente ativa já que o peso financeiro desse grupo etário tende a ser muito maior do que entre o de 0 a 15 anos (Veras⁴⁷, 1985). Apenas como exemplo, nos países onde há programas específicos para a população idosa, em média, o governo despense três vezes mais com esse grupo do que com a população mais jovem (Rice e Feldman³⁸, 1982).

Apesar de a imensa maioria dos velhos dos países desenvolvidos ser razoavelmente saudável e estar morando independentemente em suas comunidades, 80% deles experimentam pelo menos uma forma de doença crônica (Williams⁴⁸, 1985). No Brasil, os custos com as internações de câncer, doenças cardiovasculares e diabetes, na rede hospitalar contratada do INAMPS, atingiram, no ano de 1985, 135 milhões de dólares (Tabela 7), significando mais de 1/3 dos custos de todas as internações (Ministério da Saúde²⁷, 1986).

CONCLUSÃO

Com o crescimento da população idosa, torna-se necessário, agora mais do que nunca, que o conjunto da sociedade tome consciência dessa série de problemas e que as autoridades competentes, de forma justa e democrática, encontrem os caminhos que levem à equidade na distribuição dos serviços e facilidades para com este grupo populacional. No Brasil, onde a população jovem é ainda bastante numerosa e apresenta problemas médico-sociais absolutamente prioritários, não se pode pretender que as ações do Ministério da Saúde e da Previdência Social sejam preferencialmente canalizadas para o grupo etário dos idosos — apesar de suas carências merecerem uma atenção especial.

A questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e expressiva que suprima, ou

TABELA 7

Gastos da Previdência Social (INAMPS), com algumas doenças crônicas em 1985

Causas da Internação	Número de Internações	Média de Permanência (dias)	* Custo dia dólares (US\$)	** Custo dólares (US\$)
Doenças Cardiovasculares	980.568	6.7	10.87	104,264,128.83
Câncer	164.952	9.4	10.37	23,475,618.94
Diabetes Mellitus	67.680	6.5	11.87	7,623,901.58
Total	1.213.200	—	—	135,363,649.35

* Valor do dólar (oficial) em 1º de julho de 1985; 1 dólar = 5.980,00 (cruzeiros) = 5,98 cruzados

**Reajuste de 46% (estimativa) rede contratada

Fonte: Ministério da Saúde²⁷ (1986)

pelo menos amenize, a cruel realidade que espera aqueles que conseguem viver até idades mais avançadas. Após tantos esforços realizados para prolongar a vi-

da humana, seria lamentável não se oferecer as condições adequadas para vivê-la.

VERAS, R.P. et al. [The increase of the elderly population in Brazil: transformation of and consequences for society]. *Rev.Saúde públ.*, S.Paulo, 21 : 224-32, 1987

ABSTRACT: The social and economic transformation which has been occurring in the life of the elderly, and the increase of the Brazilian population aged 60 years or over is discussed. The migration process (in 1940 the rural population was 68.8% and in 1980, 32.4%) and the intense urbanisation in major Brazilian cities has been particularly evident for the elderly population, or for those growing older in these cities. This new social organization had increased the problems of loneliness and poverty among the elderly. Furthermore, as a consequence of the loss of social status which has reduced their participation in contemporary society, the elderly have been losing the emotional support within their own families. Traditionally, older people are viewed as an integral part of the family and enjoy high esteem and prestige. There are factors which play an important role in the family changes — these factors are the decrease in the number of children, their dispersion owing to migration and urbanisation, and the increase in the number of divorces between couples. The relatively longer life span of women has brought unique consequences such as a decrease of income, an increase in the number of widows and a longer period of chronic disease, as well as the changing role of women and their participation in the labour force which further diminish the chances of family support. This paper also discusses certain aspects related to the issues of work, retirement and social expenditure (dependency ratio).

UNITERMS: Demographic aging. Social change. Aged. Rural-urban migration. Family. Women. Retirement. Inactive population.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRAMS, M. *Beyond three score and ten: a second report on a survey of elderly*. London, Age Concern, 1980.
2. ACHESON, E.D. The impending crisis of old age: a challenge to ingenuity. *Lancet*, 2 : 592-4, 1982.
3. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL: 1982. (Fundação IBGE). Rio de Janeiro, 1982.
4. BARO, F. Psychological factors and health of the elderly. In: Pan-American Health Organization. *Toward the well-being of the elderly*. Washington, D.C., 1985. p. 79-83. (PAHO-Scient. Publ., 492).
5. BEAUVOIR, S. *Old age*. New York, Penguin Books, 1972.
6. BILSBORROW, R.E.; OBERAI, A.S.; STANDING, G. *Migration surveys in low income countries: guidelines for survey and questionnaire design*. London, Croom Helm, 1972.
7. BRODY, E.M.; JOHNSEN, P.T.; FULCOMER, M.C.; LANG, A.M. Women's changing roles and help to elderly parents: attitudes of three generation of women. *J.Gerontol.*, 38 : 597-607, 1983.
8. BROMLEY, R. & GERRY, C. *Causal work and poverty in third world cities*. New York, John Wiley and Sons, 1975.
9. CARDONA, R. & SIMMONS, A. Towards a model of migration in Latin America. In: Dutoit, B.M. & Safa, H.I., eds. *Migration and urbanization, models and adaptative strategies*. The Hague, Mouton Publishers, 1975.
10. CENTRAL STATISTICAL OFFICE, London. *Social Trends*, n. 15, 1985.
11. CHOW, N.W. The Chinese family and support of the elderly in Hong-Kong. *Gerontologist*, 23 : 584-8, 1983.

12. COSTA, N.R. *Saúde e trabalho no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1982. p. 50-4.
13. COWGILL, D.O. The social life of the ageing in Thailand. *Gerontologist*, **8** : 159-63, 1968.
14. CREECY, R.F.; BERG, W.E.; WRIGHT Jr., R. Loneliness among the elderly: a causal approach. *J. Gerontol.*, **40** : 478-93, 1985.
15. DONALDSON, R.J. & DONALDSON, L.J. *Essencial community medicine*. Lancaster, MTP Press, 1983.
16. EDWARDS, J.N. & KLEMMACK, D.L. Correlates of life satisfaction: a re-examination. *J.Gerontol.*, **28** : 497-502, 1973.
17. EKE, E.F. Changing views on urbanization. *Migration Squatters Hab.*, **6**(1/2) : 143-63, 1982.
18. FOSTER, D.; KLINGER-VARTABEDIAN, L.; WISPE, L. Male longevity and age differences between spouses. *J.Gerontol.*, **39** : 117-20, 1984.
19. GUERTECHIN, T.L. Transformações demográficas e sócio-econômicas da estrutura familiar no Brasil. *Síntese*, **32** : 65-75, 1984.
20. HEWITT, P. *Age concern on pensioner incomes*. London, Age Concern, 1974.
21. HUTCHINSON, B. The migrant population of urban Brazil. *Amer.Lat.*, **6** : 41-71, 1963.
22. KALACHE, A. Aging in Pakistan. Copenhagen, WHO, 1986. [Relatório de consultoria junto ao Programa Global de Saúde da Velhice].
23. KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, **21**:200-10, 1987.
24. LEWIS, M. Health needs of women as they age. *Women & Hlth*, **10**(2/3) : 1-8, 1985.
25. LONGINO, C.F. et al. Aged metropolitan-nonmetropolitan migration streams over three census decades. *J.Gerontol.*, **39** : 721-9, 1984.
26. LIANG, J. & WARFEL, B.L. Urbanism and life satisfaction among the age. *J.Gerontol.*, **38** : 97-106, 1983.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Controle das doenças não transmissíveis no Brasil*. Brasília, 1986.
28. MILLER, S. The social dilemma of the ageing leisure participation. In: Rose, A. & Paterson, W., ed *Older people and their social world*. Philadelphia, F.A. Davis, 1965.
29. MORTALIDADE por causas externas no Brasil. *RADIS-Dados*, **3**(8) : 1-16, 1985.
30. MYERS, G. & NATHANSON, G. Ageing and the family. *Wld Hlth Stat.*, **35** : 225-38, 1982.
31. MURPHY, E. The prognosis of depression in old age. *Brit.J.Psychiat.*, **142** : 111-9, 1983.
32. NELSON, J.M. Sojourners versus new urbanities: causes and consequences of temporary versus permanent city world migration in developing countries. *Economic Development and Cultural Changes*, (Jul) : 721-57, 1976.
33. NEYSMITH, S.M. & EDWARD, S. Economic dependency in the 1980s: its impact of the third world elderly. *Ageing and Soc.*, **4** : 21-44, 1984.
34. PALMORE, E.; GEORGE, L.; FILLENBAUM, G. Predictors of retirement. *J.Gerontol.*, **37** : 733-42, 1982.
35. PEEK, P. & STANDING, F. Rural-urban migration and government policies in low-income countries. *Int.Labour Rev.*, **18** : 747-62, 1979.
36. PERIODICAL ON AGEING 84. (United Nations). New York, **1**(1) 1985.
37. RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev.Saúde públ.*, S. Paulo, **21**:211-24, 1987.
38. RICE, D.P. & FELDMAN, J.J. Living longer in the US: demographic changes and health needs of the elderly. *Milbank mem. Fd Quart.*, **61** : 362-96, 1982.
39. SALGADO, M.A. *Velhice uma questão social*. São Paulo, Sesc-Cetti, 1980.
40. SAUER, W.; SHERAN, C.; BAYMEL, C. Rural urban differences in satisfaction among the elderly: a reconsideration. *Rural Sociol.*, **41** : 269-75, 1976.
41. SCHOOLER, K.K. A comparison of rural and non-rural elderly on selected variables. In: Atchley, R.C., ed. *Rural environments and ageing*. Washington, Gerontological Society, 1975.
42. SHERMAN, S.R.; WARD, R.; LaGORY, M. Socialization and ageing group-consciousness: the effect of neighborhood age concentration. *J.Gerontol.*, **40** : 102-9, 1985.
43. STREIB, G.F. Two views of retirement: in the clinic and in the community. In: Reichel, W., ed. *Clinical aspects of aging*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1983.
44. TOWNSEND, P. *The family life of old people*. New York, Penguin Books, 1970.
45. TOWNSEND, P. *Poverty in the United Kindom*. London, Allen Lane, 1975.
46. UNITED NATIONS. *Patterns of urban and rural growth populations studies*. New York, 1980. (Serie n° 68).
47. VERAS, R.P. Living longer in Brazil: demographic changes and challenges for policy makers in health planning. London, 1985. [Thesis — Department of Community Medicine. London School of Hygiene and Tropical Medicine].
48. WILLIAMS, T.F. The scientific challenge: health care and the elderly. In: Pan-American Health Organization. *Toward the well-being of the elderly*. Washington, D.C., 1985. p. 28-32. (PAHO-Scient.Publ., 492).
49. YOUMANS, E.G. The rural aged. *Ann. Amer. Acad. pol. soc. Sci.*, **429** : 81-90, 1977.

Recebido para publicação em 21/10/1986.
Aprovado para publicação em 12/2/1987.