

RAQUEL MACHADO

**A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL:
SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS E ECONÔMICAS
NO INÍCIO DO SÉCULO XXI**

**Monografia apresentada como
requisito parcial para a obtenção de
graduação em Ciências
Econômicas, Departamento de
Economia, Universidade Federal do
Paraná.**

**Orientador: Prof. Dr. Mariano de
Matos Macedo.**

**CURITIBA
2008**

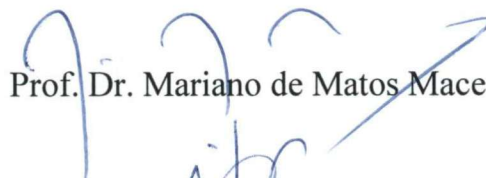
TERMO DE APROVAÇÃO

RAQUEL MACHADO

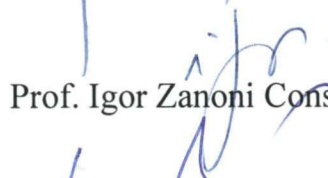
A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL: SUAS IMPLICAÇÕES SOCIAIS E ECONÔMICAS NO INÍCIO DO SÉCULO XXI

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do Grau de Bacharel em Ciências Econômicas da Universidade Federal do Paraná, pela comissão formada pelos seguintes professores:

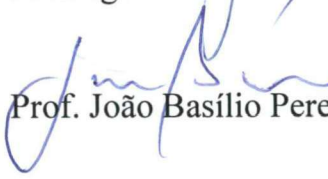
Orientador:


Prof. Dr. Mariano de Matos Macedo

Membro:


Prof. Igor Zanoni Constant Carneiro Leão

Membro:


Prof. João Basílio Pereima Neto

Curitiba, ____ de _____ de 2008.

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS	ii
LISTA DE FIGURAS	iii
LISTA DE TABELAS	iv
LISTA DE SIGLAS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO	1
1 TEORIA DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	3
1.1 AS FASES DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	4
1.2 A TRANSIÇÃO DA MORTALIDADE.....	7
1.3 TRANSIÇÃO DA FECUNDIDADE	10
2 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL	13
2.1 QUEDA DA TAXA DE MORTALIDADE NO BRASIL.....	13
2.2 QUEDA DA TAXA DE FECUNDIDADE NO BRASIL	20
2.3 AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA DA POPULAÇÃO	27
2.4 MODIFICAÇÕES NA ESTRUTURA ETÁRIA	31
3 IMPLICAÇÕES DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	36
3.1 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DEMOGRÁFICA E O BÔNUS DEMOGRÁFICO..	36
3.2 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO X PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	38
3.3 MUDANÇAS NOS PADRÕES DE MORBIDADE E MORTALIDADE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA	40
3.4 A SITUAÇÃO DA EDUCAÇÃO NA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	43
3.5 O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA DIMINUIÇÃO DA DESIGUALDADE FRENTE À TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	45
4 CONCLUSÃO	48
5 REFERÊNCIAS	51

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Modelo de Transição Demográfica.

GRÁFICO 2 - Taxa de Mortalidade nas Regiões Nordeste Sudeste Brasil – 1930/1990.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição etária da população brasileira no Censo Demográfico de 1980.

FIGURA 2 - Distribuição etária da população brasileira no Censo Demográfico de 1991.

FIGURA 3 - Distribuição etária da população brasileira no Censo Demográfico de 2000.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões Brasil - 1930/1990.....	15
TABELA 2 – Mortalidade Infantil, Segundo as Grandes Regiões, Brasil, 1991-2010.....	16
TABELA 3 - Indicadores gerais de saúde, por Grandes Regiões - Brasil – 1994.....	18
TABELA 4 - Taxa de mortalidade infantil média, segundo anos de estudo da mãe - Brasil - 1986/1995.....	19
TABELA 5 – Indicadores Populacionais 1991/2000 – Brasil.....	22
TABELA 6 – Brasil e Regiões: Taxa de Fecundidade Total - 1970 e 1980.....	23
TABELA 7 – Taxa de Fecundidade Total, Segundo as Grandes Regiões, Brasil, 1991-2010.....	24
TABELA 8 - Proporção de mulheres de 15 a 24 anos de idade, por número de filhos, segundo as Grandes Regiões e grupos de idade – Brasil 1995.....	24
TABELA 9 – Taxas de fecundidade total segundo as classes de anos de estudo das mulheres.....	27
TABELA 10 – Expectativa de vida ao nascimento – Brasil 1900 a 2020 ambos os sexos.....	28
TABELA 11 – Esperança de vida ao nascer por Sexo e Óbitos Estimados segundo a Natureza da Morte Brasil – 1980 – 2001.....	29
TABELA 12 - Expectativa de vida ao nascer em 1991 a 1999 e ganho no período segundo sexo e região, Brasil.....	31
TABELA 13 - População Total, Segundo os Grandes Grupos Etários, Brasil 1940-2050.....	35
TABELA 14 - Razão de Dependência Total, de Jovens e de Idosos, e Distribuição Relativa, Brasil 1940-2050 (%).....	37
TABELA 15 – População Ocupada, Segundo Posição na Ocupação e Grupos Etários. Participação Relativa (%) e Totais Absolutos, 2000.....	39
TABELA 16 – Evolução das matrículas por regiões – Brasil, 1991/2001.....	43
TABELA 17 – Distribuição Relativa da População, por Renda Familiar Per Capita (em Salários Mínimos) Segundo Grandes Grupos Etários, Brasil, 2000 (%).....	45

LISTA DE SIGLAS

CGEE - Centro de Gestão e Estudos Estratégicos.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

PIEA – População em Idade Economicamente Ativa.

RDI - Razão da Dependência Idosa.

RDJ - Razão da Dependência Jovem.

RDT - Razão de Dependência Total.

RESUMO

Frente às transformações sociais e econômicas ocorridas no Brasil na segunda metade do século XX, e início do século XXI destacam-se as transformações trazidas pela transição demográfica, bem como suas implicações. A atual conjuntura do país, onde se presenciam as conseqüências da desigualdade social, problemas com educação, saúde, habitação, desemprego, informalidade no mercado de trabalho, sistemas deficitários como o previdenciário, trazem enormes desafios às políticas públicas. Este trabalho apresenta a teoria da transição demográfica, como esse fenômeno ocorre entre as regiões brasileiras, para tanto analisa o comportamento das taxas de mortalidade e fecundidade, procura explicitar as implicações da transição demográfica, como as mudanças na estrutura etária e nos padrões de mortalidade e morbidade, o provável envelhecimento da população, e também o papel da política pública como vetor de desenvolvimento social e econômico.

Palavras-Chave: Transição Demográfica, Envelhecimento Populacional, Transição Epidemiológica, Políticas Públicas, Desenvolvimento Socioeconômico.

ABSTRACT

Considering the social and economic transformations occurred in Brazil in the second half of the twentieth century and in the beginning of the XXI century, the transformations brought by the demographic transition are distinguished, such as its implications. The current conjuncture of the country, where there are consequences of social inequality, problems with education, health, housing, unemployment, informality in the labor market, and deficitary systems such social security system, bring enormous challenges to public policies. This paper presents the theory of demographic transition, as this phenomenon occurs among Brazilian regions. For both analyzes of fertility's behavior and mortality rates. Implications of demographic transition, such as changes in age structure and patterns of mortality and morbidity, shall be explained, as well as aging population's probability, and the role of public policy as a vector of social and economic development.

Keywords: Demographic Transition, Population Aging, Epidemiological Transition, Public Policy, Socioeconomic Development.

INTRODUÇÃO

O Brasil, durante o século XX, passou por inúmeras mudanças bastante visíveis como a industrialização: processo que envolve a passagem de uma economia agrícola com poucas tecnologias para uma economia fortemente industrializada. Esse processo de industrialização, bem como o avanço da tecnologia trouxe inúmeras mudanças para a sociedade. Entre elas pode-se destacar a urbanização, fenômeno que é caracterizado pela migração da população rural para os centros urbanos, assim como as mudanças demográficas. Nestas, é possível observar um rápido crescimento da população, ocasionada pela queda da mortalidade infantil, ocorrida em sua maior proporção após a década de 1960, e conseqüentemente um aumento significativo da população jovem. Ainda dentro do cenário demográfico, observa-se a partir da década de 1970 uma queda na taxa de fecundidade, ou seja, as mulheres brasileiras passaram a ter menos filhos. Essa queda torna-se mais acentuada nas décadas posteriores. transcorrendo o final do século XX, bem como o início do século XXI.

No final do século XX, de acordo com o censo demográfico de 2000 - apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, observou-se um aumento da expectativa de vida da população brasileira, e evidenciam-se as tendências e estimativas para as próximas décadas de um provável envelhecimento da população brasileira. As expectativas estão baseadas nas quedas das taxas de mortalidade e fecundidade observadas, bem como na mudança etária da população brasileira - esse processo de mudança é característico da transição demográfica que o país vivencia.

Este estudo tem como objetivo compreender e analisar as mudanças ocorridas no âmbito da economia demográfica, apresentar como ocorreu a queda da taxa da mortalidade no Brasil, a queda da taxa da fecundidade, as alterações da faixa etária, bem como o aumento da expectativa de vida da população. Pretende ainda fazer com que o entendimento dessas mudanças e da atual conjuntura permita explicitar as implicações e conseqüências da transição demográfica para o caso brasileiro.

Para tanto o estudo estará respaldado na Teoria da Transição Demográfica, a qual apresenta três etapas centrais: a primeira consiste no princípio da precedência no tempo da queda da mortalidade; a segunda demonstra a transição reprodutiva, que corresponde a um controle da natalidade, e conseqüentemente à queda da fecundidade; e por último, através das influências do crescimento econômico moderno na dinâmica do crescimento populacional, ocorre um equilíbrio da taxa de natalidade e mortalidade, ou seja, ocorre uma baixa dessas taxas provocando um lento crescimento populacional.

O trabalho está dividido em três capítulos. Primeiramente será apresentada a teoria da transição demográfica, em um segundo momento será apresentado como o processo de transição demográfica atingiu o Brasil, e no último capítulo serão discutidas as implicações da transição demográfica para as regiões brasileiras e, frente a essas implicações, qual é o papel das políticas públicas, tanto de cunho social como econômico.

1 TEORIA DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A teoria da transição demográfica surgiu devido à necessidade de entendimento do crescimento populacional, numa tentativa de explicar dois fenômenos na história: em dados períodos, ocorre uma explosão demográfica, e entre esses períodos de explosão demográfica o crescimento vegetativo - diferença entre nascimentos e mortes em uma população - cai a quase zero. Dos três componentes dessa dinâmica, a mortalidade e a fecundidade são os determinantes básicos da teoria da transição demográfica, que não incorpora a questão da migração. Essa teoria busca explicar a trajetória da população desde níveis altos de mortalidade e fecundidade até outros cada vez mais baixos, e também estabelecer uma relação causal do crescimento da população com o desenvolvimento socioeconômico.

A teoria da transição demográfica foi formulada inicialmente pelo demógrafo Warren Thompson, em 1929, e compartilhada por Frank Notestein, em 1945. Segundo essa teoria, a população tem um crescimento desigual, ou seja, as taxas de fecundidade e de mortalidade nunca foram constantes no tempo, mas se alteram de acordo com o grau de desenvolvimento de cada nação. Segundo a visão macroeconômica de NOTESTEIN (1945), a queda da mortalidade e conseqüentemente o aumento populacional são conseqüências diretas do processo de mudança econômica, social e política, através da qual uma sociedade passa de uma estrutura tradicionalmente rural para uma economia com novos mecanismos e formas de produção. Essas mudanças trazidas pela modernização, como por exemplo, a industrialização, a urbanização, o desenvolvimento dos sistemas de transportes, a comunicação, as condições sanitárias e até mesmo a evolução da ciência médica, afetam apenas indiretamente a fecundidade. A partir daí ocorre uma defasagem entre as quedas da mortalidade e da fecundidade.

A teoria conceitua que a transição demográfica ocorre em quatro fases, sendo que inicialmente a população apresenta altos índices das taxas de mortalidade e natalidade, ocasionando um lento crescimento populacional. Em um segundo momento a taxa de mortalidade cai e a taxa de natalidade permanece elevada, provocando um rápido crescimento populacional. No terceiro, a taxa de natalidade

começa a cair, reduzindo o ritmo de crescimento da população e por último ocorre um equilíbrio da taxa de natalidade e mortalidade, ou seja, ocorre uma baixa dessas taxas provocando um lento crescimento populacional. Segundo THOMPSON, essas quatro fases, nas quais transcorre o processo da transição demográfica, ocorrem em tempos específicos de desenvolvimento econômico de cada nação, respectivamente na pré-industrial, industrial, na industrial madura e na pós-industrial. Essa abordagem, em que as fases da transição demográfica estão relacionadas com a modernização de uma economia tem como fundamento o fato de que nas sociedades agrárias e rurais as taxas de mortalidade e natalidade eram altas e começaram a cair em função do desenvolvimento urbano, industrial e econômico.

1.1 AS FASES DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A primeira fase da transição demográfica, a pré-industrial, é caracterizada por altas taxas de natalidade e mortalidade, e ocorre em sociedades rurais. O nascimento de crianças se dá de uma forma descontrolada, porém os índices de mortalidade são altos, devido às condições sanitárias deficitárias, como falta de saneamento básico e higiene, ou até mesmo a fatores relacionados a epidemias. Esses fatores contribuem também, portanto, para a baixa expectativa de vida, ocasionando um lento crescimento demográfico.

COALE E HOOVER (1966) relatam que nessa fase inicial a economia de um camponês agricultor, é caracterizada pela economia de subsistência, que utiliza técnicas relativamente lentas e o papel do mercado é relativamente sem importância, e essa sociedade apresenta tipicamente altas taxas de mortalidade. Essas taxas quase sempre oscilam em consequência de variações das safras, de incidência de epidemias e permanecem altas devido à alimentação pobre, condições sanitárias primitivas e ausência de serviços médicos preventivos e curativos. Já as taxas de natalidade são quase estáveis, porém em níveis elevados, resultantes das crenças e dos costumes sociais que necessariamente aparecem para que uma comunidade, onde as taxas de mortalidade são elevadas, possa continuar a existir, além da existência de vantagens

econômicas do grande número de filhos em uma família camponesa. Essas vantagens econômicas do nascimento de filhos se fazem presentes uma vez que o custo da educação é mínimo - dado seu baixo nível educacional, as crianças contribuem desde muito cedo para a produção agrária e constituem a tradicional fonte de segurança para os pais na velhice. Devido ao alto nível de mortalidade infantil nesse meio, essa segurança só pode existir se nascerem muitas crianças. O papel da mulher nesse tipo de sociedade é tipicamente de subordinação, e cabe a ela o ônus da criação dos filhos e dos afazeres domésticos.

Conforme COALE e HOOVER (1966) e de acordo com a teoria da transição demográfica, o desenvolvimento econômico tem o efeito de provocar a redução da mortalidade, e essa redução se dá inicialmente na segunda fase de transição. O desenvolvimento econômico envolve a evolução a partir de uma economia rural predominantemente agrária para uma economia com maior divisão do trabalho, empregando ferramentas e equipamentos mais complicados, economia mais urbanizada, mais orientada para venda de seus produtos no mercado, e caracterizada por modificações técnicas mais rápidas e profundas. Envolve ainda melhorias nos transportes, nas comunicações e na produtividade, e dessa forma ocorre o desenvolvimento da indústria e o aumento da importância do mercado.

Nessa segunda fase da transição demográfica, os índices de mortalidade baixam razoavelmente devido a melhorias de saneamento básico, avanços tecnológicos da área de saúde, melhores técnicas agrícolas, e maior acesso à educação. Nessa fase observa-se também uma migração da população rural para os centros urbanos, processo denominado como urbanização, em busca de novas oportunidades de trabalhos e melhores condições de vida. Dadas as melhorias de condições de vida, ocorre um aumento na expectativa de vida da população. Quanto à taxa de natalidade, esta ainda permanece elevada, causando um aumento no crescimento vegetativo, e conseqüentemente um significativo crescimento demográfico.

A teoria da transição demográfica (THOMPSON, 1929) afirma que as altas taxas de natalidade e mortalidade, presentes na sociedade agrária de renda baixa, são afetadas pelo desenvolvimento econômico. As mudanças da estrutura de produção,

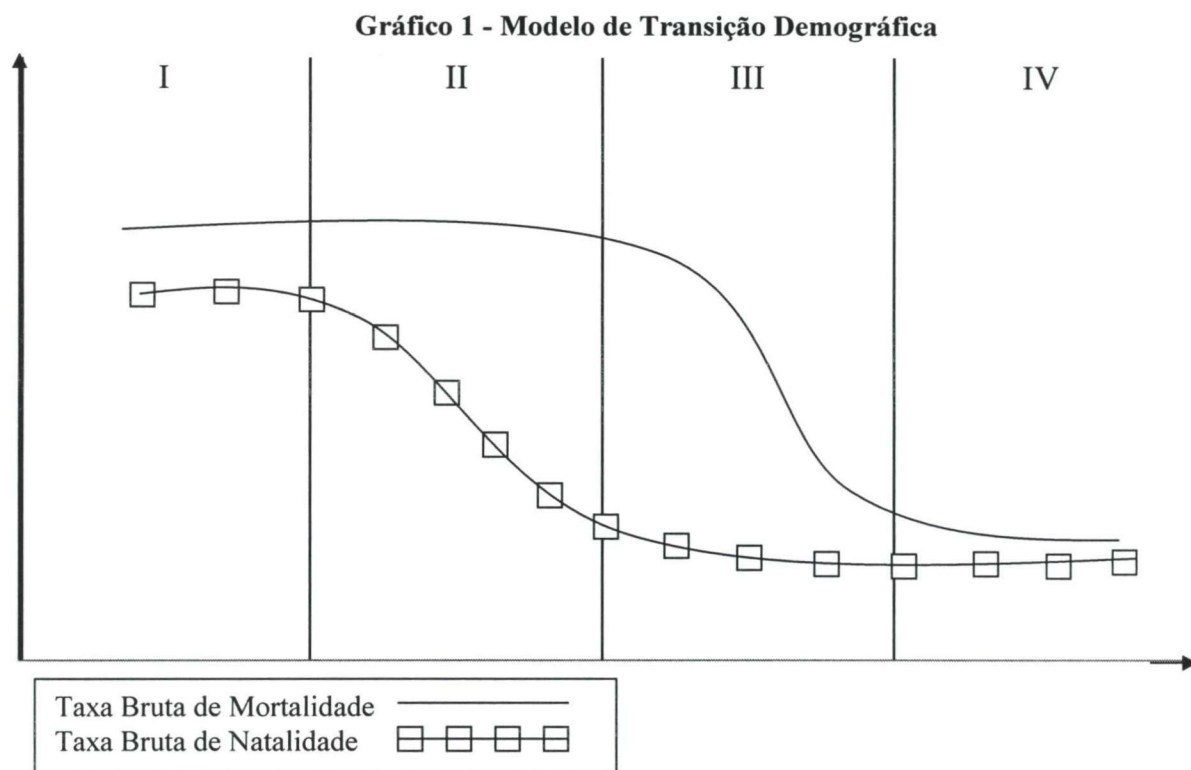
combinada com a diminuição da importância da família como unidade produtora, e em conjunto com o surgimento de um novo sistema impessoal de distribuição de tarefa, ou seja, o surgimento da mulher no mercado de trabalho, tende a aumentar as condições de mobilidade econômica. Dentro desse cenário uma família de menor tamanho tem maiores possibilidades, já a família grande perde suas vantagens econômicas, uma vez que as crianças passam a ser mais um ônus do que uma vantagem no cenário urbano em relação ao rural .

Assim se dá o início da terceira fase da transição demográfica - a industrial madura – que é caracterizada pela grande concentração urbana, de modo que a maior parte da população reside em áreas urbanas e uma pequena parte em áreas rurais. A queda da natalidade tem motivos complexos e diversificados, de aspectos econômicos, culturais e sociais, como por exemplo, expansão dos métodos contraceptivos, inclusão da mulher na educação e no mercado de trabalho, como já mencionado, além da substituição da agricultura de subsistência pela diferenciação agrícola entre outros. Segundo COALE e HOVEER (1966), o declínio da fecundidade inicia-se somente após um período de tempo em comparação com a queda da mortalidade, uma vez que a reação da taxa de natalidade é mais lenta à modificação econômica devido ao fato de ser mais dependente da alteração de hábitos e instituições há muito estabelecidos.

Com a queda da mortalidade e da natalidade, essas duas taxas seguem um curso descendente, quase que paralelo, sendo que o declínio da taxa de fecundidade fica atrás. Em um certo momento em que torna-se mais difícil obter consideráveis reduções da taxa de mortalidade, a taxa de natalidade volta a se aproximar da taxa de mortalidade: nesse momento, de acordo com a teoria de Thompson, chega-se à quarta fase - o período da pós-industrialização. As taxas de mortalidade ficam relativamente estáveis de ano para ano, e a taxa de natalidade, nesse momento responde a decisões voluntárias mais do que aos padrões culturais e sociais, e podem oscilar de ano para ano.

Nessa fase o crescimento vegetativo cai tendendo a zero, dadas as baixas taxas de mortalidade e natalidade, ficando abaixo da taxa de reposição populacional, ocasionando consequências como envelhecimento da população, uma diminuição da

população economicamente ativa frente à proporção de idosos, e trazendo consequências econômicas e sociais à nação como um todo.



1.2 A TRANSIÇÃO DA MORTALIDADE

A diminuição dos índices de mortalidade é anseio mútuo entre todas as nações - a humanidade desde suas origens, sempre esteve na busca incessante da sobrevivência. Desta forma, a redução da taxa de mortalidade é uma conquista social imprescindível, uma vez que ampliar a vida sempre será uma batalha a ser vencida e a luta eterna continuaria no sentido de melhorar a qualidade de vida da população.

A literatura mostra que a transição da mortalidade teve início no final do século XVIII, em países mais desenvolvidos economicamente, sendo que após a Segunda Revolução Industrial as taxas de mortalidade iniciaram uma forte trajetória de queda principalmente em países europeus.

Existem duas linhas de pensamentos principais que explicam a transição da mortalidade. Sendo que uma relaciona a transição da mortalidade à melhoria da

qualidade de vida da população e a contribuição positiva do desenvolvimento econômico. Já a outra enfatiza as melhorias de saneamento básico, avanços tecnológicos da medicina, programas de saúde pública e da melhoria da higiene pessoal.

A escola de pensamento que enfoca o desenvolvimento econômico alega que as reduções de doenças infecto-contagiosas, transmissíveis através do ar, água, alimentos, contato pessoal, objetos e insetos vetores, nos países que já se desenvolveram, ocorreram antes das grandes descobertas médicas. Assim, a contribuição principal seria o aumento da renda e as condições de moradia e nutrição. Segundo MCKEIBWN, RECORD e TURNER (1975) a melhoria da nutrição teria tido a maior influência na queda da mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida na Inglaterra e no País de Gales, ainda que o crescimento da renda nos Estados Unidos tenha causado efeito na baixa da mortalidade, ressaltando que esse fato ocorreu antes dos avanços da medicina, e que somente em um segundo momento a medicina teria contribuído para redução da mortalidade. Já os defensores do enfoque médico argumentam que a redução da mortalidade ocorreu após uma série de inovações médicas, tais como a noção de assepsia (1844), os anestésicos introduzidos em meados do século XIX, os bactericidas e a imunologia, introduzidos no último quartel desse mesmo século, além dos avanços da quimioterapia que se iniciam por volta de 1930. Segundo PRESTON e NELSON (1974) as novas tecnologias médicas e de saúde pública revolucionaram os tratamentos e reduziram as doenças infecto-contagiosas, mudando a estrutura da mortalidade não só nos países ocidentais.

Entretanto, o enfoque de ambas as escolas são contundentes e não excludentes. JOHANSSON e MOSK (1987) desenvolveram uma abordagem que busca integrá-los, através da criação de um esquema flexível que permite diferentes combinações com diferentes pesos das variáveis, defendidas por ambas as escolas, para cada determinante de mortalidade. Permitindo assim, um melhor entendimento da contribuição da educação para a prevenção e o controle das doenças.

Enfim, independente da escola de pensamento, existe um consenso que a transição da mortalidade está relacionada aos níveis de desenvolvimento

socioeconômico, seja de forma direta ou indireta, e os motivos que a tornam possível são dependentes da conjuntura social e econômica de cada país, conforme observado por COALE e HOOVER (p. 25, 1966):

A redução das taxas de óbitos pode ser atribuída parcialmente à maior regularidade do suprimento alimentar, à melhoria das condições de legalidade e ordem, e a outras conseqüências mais ou menos diretas da modificação econômica. Outros fatores que contribuem para esse declínio – melhorias das condições sanitárias, aperfeiçoamento de vacinas e outros meios de medicina preventiva, e progressos maiores e mais rápidos no tratamento das enfermidades – podem ser consideradas como conseqüências mais ou menos indiretas da modificação econômica. Os progressos do conhecimento médico podem ocorrer mais prontamente numa sociedade secularizada, menos presa à tradição, e que tenha recursos disponíveis para sustentar a pesquisa médica. Os meios de construir e a disposição de aceitar as redes de abastecimento d'água, os sistemas, de esgotos, e coisas assim, existem com maior probabilidade em uma sociedade industrial do que em uma sociedade agrária. Por idênticas razões, somente em uma economia adiantada, com características tais como alto grau de divisão do trabalho e altos níveis de produtividade, existem os meios de construir grande número de hospitais, de preparar e treinar grande número de médicos, etc. É muitas vezes difícil determinar num dado período histórico se foram as condições econômicas gerais ou os progressos médicos específicos que tiveram maior efeito... Esta conclusão deve ser considerada como altamente conjectural.

Outra contribuição dada por Coale e Hoover, é o fato observado que o desenvolvimento econômico real pode ser condição importante para o declínio da mortalidade, porém não é condição necessária para que isso aconteça. Os autores em questão argumentam que em muitas regiões de baixa renda, como por exemplo, a América Latina, a redução da mortalidade ocorreu sem grandes modificações econômicas, sendo que os motivos para a queda da taxa de mortalidade se deram através de inovações de baixo custo inseridas pela saúde pública. Ainda observaram que as baixas da mortalidade tornaram-se mais comuns e mais rápidas no século XX, dado o efeito combinado dos seguintes fatores: o aperfeiçoamento de antibióticos e inseticidas; a criação de organizações de saúde pública eficaz nas regiões de renda baixa e utilização de métodos sanitários convenientes e de baixo custo. Essa nova realidade deve-se também à contribuição dada pela experiência vivenciada pelos países que tiveram o início do desenvolvimento econômico nos séculos XVIII e XIX.

Assim pode-se dizer que a queda da mortalidade ocorre de maneira diferenciada, ou seja, não apresenta os mesmos padrões entre os países de renda alta e os de baixa renda. Nos países mais desenvolvidos economicamente, a queda da

mortalidade ocorre devido aos efeitos das variáveis endógenas, como avanço da tecnologia no setor de saúde, aumento da renda, enfim melhorias na qualidade de vida. Já nos países menos desenvolvidos, a queda da mortalidade se dá através de variáveis exógenas, ou seja, através da importação de tecnologias e também da criação de programas da rede de saúde pública e a aplicação de métodos sanitários. Contudo, a queda se faz presente em ambos os casos.

1.3 TRANSIÇÃO DA FECUNDIDADE

A transição da fecundidade é um fenômeno observado em todas as regiões do mundo. A mudança de atitude e comportamento da humanidade é um fator social muito importante - a preocupação dos casais para com o planejamento familiar com o intuito de uma melhor qualidade de vida é de suma importância, porém não cabe simplificar um processo complexo que envolve considerações não apenas dentro do âmbito familiar, mas que se estende à cultura, religião entre outros valores de uma determinada nação. Para NOTESTEIN (1945), os padrões de fecundidade seriam menos sensíveis às forças de modernização devido à dependência dos arranjos sociais, como doutrinas religiosas, códigos morais, educação, leis, entre outros.

De acordo com a teoria da transição demográfica, a transição da fecundidade ocorre em um segundo momento, após a queda da mortalidade, ambas impulsionadas pelas forças sociais da modernização, originadas do desenvolvimento econômico. Conforme já mencionado, segundo COALE E HOOVER (1966), a transição demográfica ocorre de maneira diferente entre os países de Primeiro Mundo e países de Terceiro Mundo. Ao perceber os diferentes contextos históricos, sociais e econômicos onde ocorreu a queda da fecundidade, Coale e Hoover abandonam a premissa da necessidade de certo patamar de desenvolvimento para que aconteça a transição dos níveis de fecundidade, passando a considerar o desenvolvimento econômico como condição suficiente, porém não necessária para a ocorrência dessa transição.

Entretanto, a transição da fecundidade se faz necessária para o desenvolvimento econômico, pois na hipótese de que em países subdesenvolvidos passassem pelo processo de transição da mortalidade devido a variáveis exógenas, e não ocorresse a transição da fecundidade, o país teria um rápido crescimento populacional e conseqüentemente uma elevação da dependência demográfica. Dessa forma, o grande número de jovens absorveria a poupança existente, prejudicando assim os investimentos privados e a capacidade do governo de levantar fundos para a decolagem do desenvolvimento. Nessa hipótese as altas taxas de crescimento demográfico seriam responsáveis pelo atraso econômico.

A transição da fecundidade começou ocorrer mesmo nos países subdesenvolvidos, sendo notável a partir da década de 1970. COALE (1979), após reavaliar o processo de transição demográfica, chega à conclusão de que os contextos econômicos podem variar, mas existem algumas pré-condições necessárias a todo o processo de transição demográfica, ressaltando três premissas presentes em qualquer processo de transição, quais sejam: o controle da fecundidade deve ser uma decisão consciente e racional, os casais devem perceber benefícios e vantagens na regulação da fecundidade e deve haver disponibilidade de métodos contraceptivos efetivos.

Em resumo, a abordagem da modernização mantém uma relação positiva entre desenvolvimento e transição da fecundidade, transição esta que pode ocorrer em sociedades com baixo grau de modernização. Assim, afirma-se que o desenvolvimento é suficiente para a transição da fecundidade, porém não essencialmente necessário. KNODEL e VAN DE WALLE (1979) fazem uma crítica explícita à abordagem da modernização ao dizer que “*o desenvolvimento é o melhor contraceptivo*”, no sentido de minimizar os efeitos dos determinantes econômicos da fecundidade e sobrevalorizar os efeitos dos determinantes culturais. Entretanto, cabe ressaltar que tanto os papéis dos determinantes econômicos quanto dos culturais são importantes e devem ser conciliados, uma vez que não são excludentes, sendo que o processo de modernização propicia o nascimento de pensamentos inovadores e a propagação de novas idéias. Esta visão foi observada por RETHERFORD e PALMORE (1983), os quais ainda

mostram que esse arcabouço da inovação-difusão é compatível com as três premissas - indispensáveis para a transição da fecundidade - sistematizadas por COALE (1979).

CADWELL (1976) busca correlacionar o processo de decisão de âmbito familiar com as mudanças ocorridas nas esferas econômica e social. Segundo ele, há somente dois tipos de regime de fecundidade entre o período de transição: um no qual não há ganho econômico com a restrição da fecundidade, e outro em que há ganho econômico com a restrição da fecundidade. Argumenta que em ambos os casos, o comportamento não é apenas racional, mas sim economicamente racional.

Dentro dessa visão microeconômica, BECKER (1994), defende que o tamanho da família é resultado direto do equilíbrio subjetivo das preferências em relações às restrições externas impostas pelo preço e pela renda. Ou seja, as famílias buscam elevar ao máximo sua função utilidade, relacionando número de filhos com outros bens de consumo. Assim, dada a relação custo-benefício, um aumento no preço relativo dos filhos reduziria a demanda por crianças e aumentaria a demanda por outros bens. Desse modo, a partir da combinação dos efeitos da renda e do preço, é que a demanda por crianças é formada - e ao mesmo tempo os índices de fecundidade.

Dessa forma, o número de filhos desejados tende a decrescer em face das mudanças na preferência e nos custos que favorecem a aquisição de bens de consumo em detrimento dos filhos. O estudo da transição da fecundidade observou que em vários países o número médio de filhos encontra-se abaixo do nível de reposição, ou seja, menor que 2,1 filhos por mulher. Daí observa-se que a preocupação inicial dos primeiros estudiosos que dissertaram sobre o crescimento da população, que estava baseado em uma suposta “explosão populacional”, se transfere para uma “implosão populacional”, diante das fases de transição demográficas que muitos países já sofreram. Sendo que o problema central da preocupação inicial seria a falta de recursos naturais, por um outro lado, a preocupação que começa a se modelar é a escassez de mão-de-obra. Contudo, segundo ALVES (2002), tanto as explosões e implosões demográficas são tendências de curto e médio prazo que não devem ser extrapoladas no longo prazo.

2 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL

A transição demográfica no Brasil ocorre de uma forma diferenciada dos padrões observados nos países desenvolvidos. As particularidades no caso brasileiro podem estar relacionadas com a dimensão demográfica do país, bem como com as diferenças de desenvolvimento apresentadas em suas próprias regiões. Ou seja, dentro de um país com grande desigualdade social e uma forte concentração de renda, é de fácil entendimento que suas regiões apresentem níveis de educação, habitação e saúde diferenciados, contendo assim, regiões mais desenvolvidas com melhores índices socioeconômicos e regiões menos desenvolvidas, com maior concentração de população carente, baixos níveis de escolaridade, condições de saúde deficitárias e baixa qualidade de vida. Também fatores como industrialização tardia e importação de tecnologia podem estar correlacionados à maneira com que se deu a transição demográfica. Dessa forma, será analisado de que forma ocorreu a queda da mortalidade e fecundidade, o aumento da expectativa de vida da população brasileira, bem como a modificação da estrutura etária dos brasileiros.

2.1 QUEDA DA TAXA DE MORTALIDADE NO BRASIL

A queda da taxa de mortalidade está relacionada a fatores socioeconômicos, ou seja, está diretamente relacionada com a mudança da estrutura social e econômica de um país. MEDEIROS (2001) faz duas considerações com importantes implicações para o entendimento das causas do declínio da mortalidade. A primeira causa está diretamente relacionada à melhoria do padrão de vida da população brasileira, ou seja, melhoria na nutrição, habitação e vestuário, na limpeza e higiene pessoal, na criação de sistemas de suprimento de água e de eliminação de dejetos. A segunda enfatiza os avanços tecnológicos nos métodos de controle de mortalidade, através da importação de conhecimentos, procedimentos e equipamentos médicos e de saúde pública dos países mais desenvolvidos.

No Brasil, durante os anos de 1950 a 1970, quando os serviços de saúde adquiriram os ganhos de escalas da medicina preventiva, como medidas de vacinação em massa e de cuidados primários com a saúde, possibilitaram uma queda rápida da mortalidade, porém sem alcançar os níveis vigentes nos países desenvolvidos. Outro fator importante para a queda da taxa de mortalidade infantil ocorrida no Brasil, foram os efeitos econômicos trazidos pelo processo de industrialização que se fortaleceu, e deu início a uma nova fase de desenvolvimento para o país na década de 1950. Essa nova fase proporcionou um desenvolvimento na economia brasileira, melhorando as condições de vida da sociedade, frente a novas oportunidades de emprego geradas pelo crescimento da indústria brasileira. Paralelamente ao desenvolvimento industrial ocorreu um processo de transição da população que residia em zona rural para os centros urbanos, fenômeno denominado como urbanização. A urbanização se dá, na maioria das vezes, pela motivação da população na busca de oportunidades de trabalho e melhores condições de vida. Dentro desse cenário de mudanças estruturais e econômicas que o Brasil passou na segunda metade do século XX, pode-se observar que as duas correntes teóricas que dão embasamento à queda da mortalidade estiveram presentes no caso brasileiro.

Embora seja visivelmente detectada a tendência decrescente da mortalidade, é de suma importância ressaltar que essa tendência não é homogênea entre as várias regiões do Brasil. Essa situação pode ser analisada através de uma visão econômica, uma vez que há disparidades de desenvolvimento tanto social como econômico entre as regiões brasileiras. Segundo YUNES e CARVALHO (1974), após um estudo retrospectivo no período de 1940 a 1970, é possível constatar que a evolução da mortalidade infantil está diretamente relacionada com a situação socioeconômica de cada região brasileira.

Segundo dados estatísticos apresentados em pesquisa divulgada pelo Departamento da População e Indicadores Sociais do IBGE, 1999, em 1930 a mortalidade infantil no Brasil era estimada em 168 crianças até um ano de idade, para cada 1.000 nascidas vivas, sendo que este valor já refletia um declínio de mortalidade.

embora lento, devido a implantação de políticas sanitárias, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 -Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões Brasil - 1930/1990.

Ano	Taxa de Mortalidade Infantil (%)					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1930	162,4	193,3	193,2	153,0	121,0	146,0
1935	152,7	170,0	188,0	145,0	120,0	133,0
1940	150,0	166,0	187,0	140,0	118,0	133,0
1945	144,0	156,0	185,0	130,0	113,0	123,0
1950	135,0	145,4	175,0	122,0	109,0	119,0
1955	128,2	127,5	169,6	108,0	94,7	114,0
1960	124,0	122,9	164,1	110,0	96,0	115,0
1965	116,0	111,3	153,5	96,0	84,0	99,0
1970	115,0	104,3	146,4	96,2	81,9	89,7
1975	100,0	94,0	128,0	86,0	72,0	77,0
1980	82,8	79,4	117,6	57,0	58,9	69,6
1985	62,9	60,8	93,6	42,6	39,5	47,1
1990	48,3	44,6	74,3	33,6	27,4	31,2

Fontes: Censo demográfico 1940-1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1950-1997; Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993,1995. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15-17, 1997.

Nas décadas seguintes a tendência de queda se mantém, fato observado e comprovado através dos valores das taxas de variação. Entre a segunda metade da década de 1960 e início da década de 1970, a redução da queda diminui sua intensidade, fato que pode estar relacionado à crise social e econômica vivida no Brasil naquele período.

A queda da taxa de mortalidade infantil após a década de 1980, pode ter sido resultado de forte relação com o modelo de intervenção na área das políticas públicas. tenham sido elas no campo da medicina preventiva, curativa, de saneamento básico e também, mais recentemente, na ampliação dos programas de saúde materno-infantil, voltados para o pré-natal, parto e puerpério. Programas que promoviam ainda, nas campanhas de vacinação, a conscientização das mães da importância do aleitamento materno e reidratação a partir de métodos naturais. Contribuíram com esses fatores as grandes mudanças nos padrões reprodutivos, como a forte queda da fecundidade ocorrida a partir dos anos 80 até o presente momento.

Porém, apesar da conjunção desses vários programas ter intensificado a queda da mortalidade infantil no Brasil, visto que a taxa era de 168% na década de 1930 para 48% na década de 1990, as disparidades dos percentuais entre as regiões do país - o

Nordeste com uma taxa elevada de 74% e o Sul com uma menor taxa, de 27% - mostram a grande desigualdade entre os territórios brasileiros.

Segundo publicado pelo Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, CGEE, (2008), o Brasil reduzirá sua mortalidade infantil no período de 1991-2010: para cada mil nascidas vivas, 23 deverão morrer antes de completar um ano. Essa redução na mortalidade estará presente em todas as regiões brasileiras, em algumas com maior intensidade, como no caso do Nordeste - 39,4 em cada mil crianças - outras em menor, como na região Sul - 12,8 para cada mil crianças nascidas vivas. Dessa forma, as diferenças regionais devem ser minoradas, porém no Nordeste vão continuar morrendo mais crianças antes de completar um ano do que nas demais regiões brasileiras, como mostra a tabela 2.

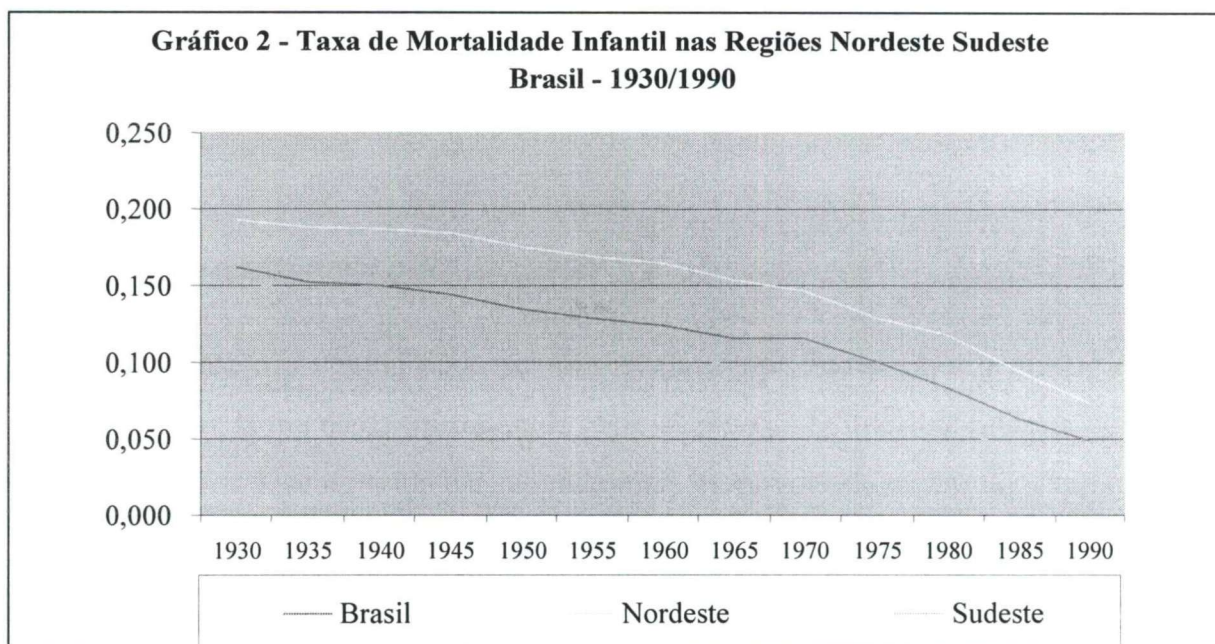
Tabela 2 – Mortalidade Infantil, Segundo as Grandes Regiões, Brasil, 1991-2010.

Ano	Por mil nascidos vivos					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1991	45,2	44,1	71,5	31,7	27,4	32,4
1995	38,6	37,9	59,4	27,0	24,1	28,0
2000	30,4	30,9	45,2	22,2	20,5	23,3
2005	26,6	26,6	38,2	18,9	17,2	20,1
2010	22,2	22,8	32,1	16,1	14,6	17,3

Fonte: IBGE, 2006

Nesse sentido, é possível observar que há necessidade de integração entre desenvolvimento econômico e políticas públicas de saúde - essas duas variáveis não são excludentes. Ao contrário: as inovações tecnológicas médicas dentro de uma sociedade com desigualdade socioeconômica, necessitam da intervenção de políticas públicas através de programas governamentais que promovam o acesso da população carente à saúde, proporcionando assim, melhores condições de vida a toda a população. Nesse sentido, conforme palavras de DIAZ-BRIQUETS (1978, p. 23): *“somente quando os aumentos da renda são trasladados a programas sociais e de saúde, os efeitos diretos sobre a mortalidade são notáveis e muito mais significativos do que os produzidos pelo aumento da renda por si só.”*.

No gráfico a seguir pode ser observado, com maior riqueza de detalhes, o comportamento da queda da mortalidade entre as regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, a primeira menos desenvolvida e a segunda mais desenvolvida economicamente.



Fontes: Censo Demográfico 1970-1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1972-1997. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1992-1993, 1995. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15-17, 1993.

Pode-se relacionar essa disparidade da queda da taxa de mortalidade entre as regiões brasileiras com o crescimento econômico de cada região, uma vez que ao concentrar em uma determinada região tanto os meios de produção como também o progresso técnico, os benefícios atingem apenas segmentos específicos da população, tendo assim uma forma desigual de distribuição de tais benefícios.

Apesar da necessidade explícita de uma maior intervenção governamental de políticas públicas nas regiões menos desenvolvidas, observa-se através da tabela 3, que os gastos com saúde são distribuídos de forma desigual. Observa-se que as áreas mais carentes (Norte/Nordeste) possuem menos amparo à saúde, ou seja, estas apresentam um número inferior de médicos por habitantes e possuem uma quantidade menor de leitos ao serem comparadas às regiões com melhores índices socioeconômicos (Sul/Sudeste). Também os recursos federais destinados às regiões Norte e Nordeste

são inferiores aos das regiões Sul e Sudeste, índices que podem ser observados através dos gastos federais com ambulatorio e assistência médica per capita.

Tabela 3 - Indicadores gerais de saúde, por Grandes Regiões - Brasil – 1994

Indicadores	Grandes Regiões					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Médicos (por 10 000 hab.)	13,53	6,16	7,74	19,18	12,79	12,02
Leitos (por 1 000 hab.)	3,26	2,05	2,88	3,56	3,78	3,86
Internações (por 1 000 hab.)	95,60	81,10	99,00	93,00	101,10	100,70
Gasto federal com internação per capita	22,61	12,32	19,34	24,75	27,35	23,42
Custo médio da internação	236,42	152,02	195,30	266,03	270,44	232,69
Gasto federal com ambulatorio per capita	20,05	11,38	16,03	24,08	21,07	18,66
Gasto federal em assistência médica per capita	20,05	11,38	16,03	24,08	21,07	18,66

Fonte: Kornis, George E., Rocha, Paulo de M. A saúde no Brasil dos "Tucanos": Quo Vadis?. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 1996. (Série estudos em saúde coletiva: 144).

Para que haja uma melhora significativa nos índices de mortalidade infantil, é necessário que ocorra uma equidade na alocação estrutural e também na distribuição dos gastos gerais com saúde no país. E ainda, é necessário dispensar atenção especial às regiões mais carentes, no sentido de intensificar as políticas públicas no setor da saúde para essas áreas que apresentam maiores índices na taxa de mortalidade infantil. Visto que o processo de queda da taxa de mortalidade do país como um todo depende diretamente de melhores resultados principalmente na região Nordeste. Mesmo constatando que nas demais regiões a tendência de queda da taxa de mortalidade é mais intensa, ainda são índices elevados se comparados aos países desenvolvidos, nos quais as políticas públicas sociais e de saúde são mais justas e igualitárias (Departamento de População e Indicadores Sociais, IBGE – 1999).

Outro fator observado que influencia diretamente a redução da mortalidade infantil é o nível de educação da mãe. Segundo WOOD (1994), a mortalidade está inversamente ligada à alfabetização, uma vez que a probabilidade de morte na infância está relacionada à educação da mãe, pois as mães com mais anos de escolaridade tendem a ser menos fatalistas em relação às doenças de seus filhos, e mais aptas a procurar por assistência médica. Ainda, mães com maior grau de educação estão mais aptas a utilizarem práticas de puericultura mais avançadas e, por fim, a educação pode modificar as relações intrafamiliares de modo que cause impacto positivo sobre a saúde das crianças.

Dessa forma, através dos dados da tabela 4, observamos que a mortalidade infantil está presente em maior percentual entre as mães sem instrução, diminuindo gradativamente de acordo com o aumento da instrução da mãe.

Tabela 4 - Taxa de mortalidade infantil média, segundo anos de estudo da mãe - Brasil - 1986/1995

Anos de estudo da mãe	Taxa de mortalidade infantil (%)	Anos de estudo da mãe	Taxa de mortalidade infantil (%)
Menos de 1	93,0	5 a 8	38,0
1 a 3	70,0	9 a 11	28,0
4	42,0	12 ou mais	9,0

Fonte: Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: BENFAM, 1997.

Embora haja melhorado o nível de alfabetização das mulheres no país, tanto em termos absolutos como relativos, segundo dados estatísticos IBGE, em 1996 ainda existiam cerca de 3,5 milhões de mulheres analfabetas, em idade fértil na fase de 15 a 49 anos, sendo que 63% destas mulheres eram nordestinas. Ou seja, exatamente essas mulheres, juntamente com parcelas de outros segmentos um pouco mais instruídas, é que estão à margem não só dos benefícios econômicos, mas também da maioria dos serviços básicos de saúde.

O motivo da redação aqui apresentada ter se baseado nos índices de mortalidade infantil exclusivamente, deve-se ao fato de que a queda da taxa de mortalidade apresentou maior redução para esse grupo etário. Os demais grupos etários também apresentaram redução de mortalidade, com exceção do grupo compreendido entre 15-24 anos do sexo masculino, cujas taxas aumentaram em

decorrência do crescimento da mortalidade por causas externas (BELTRÃO et al, 1997).

2.2 QUEDA DA TAXA DE FECUNDIDADE NO BRASIL

A queda da fecundidade constitui um evento demográfico significativo na história do Brasil, notável principalmente em razão do padrão da mudança da fecundidade por estratos socioeconômicos. Dessa forma, cabe ressaltar os fatores sociais e econômicos que, mesmo indiretamente, influenciam a fecundidade, como renda e educação.

Segundo MEDEIROS (2001), os diversos indicadores do desenvolvimento socioeconômico mostram que o Brasil tornou-se uma sociedade crescentemente urbana, com base industrial em expansão e população de nível educacional mais alto, sujeita a taxas de mortalidade mais baixas. Como consequência, a população ajustou o comportamento reprodutivo ao crescimento da economia e às transformações estruturais que acompanharam o processo de desenvolvimento. Essa nova reestruturação da sociedade gerou um conjunto de pressões que alteraram direta ou indiretamente os incentivos e desincentivos à procriação, como por exemplo, o aumento dos custos diretos e indiretos dos filhos, o aumento na proporção de mulheres na força de trabalho, bem como a crescente importância econômica da mulher no orçamento familiar.

A queda da fecundidade reúne diversos fatores, que interagem entre si de uma forma complexa. Do ponto de vista estrutural CARVALHO, PAIVA e SAWYER (1981), e PAIVA (1985), através da abordagem da proletarização, podem explicar o processo de queda da taxa de fecundidade no Brasil. Segundo os autores, no período que precede a transição da fecundidade, as altas taxas de fecundidade decorriam de um padrão de casamento precoce e sem a adoção generalizada de métodos contraceptivos, sendo reflexo da estrutura produtiva daquela época: sistema primário-exportador e economia de subsistência. Essa abordagem serve de fundamento para explicar a transição da fecundidade através de mudanças que ocorreram em três níveis:

monetarização da economia; ampliação da cesta de bens industrializados; substituição da economia de base familiar (subsistência) pela expansão e homogeneização do mercado de trabalho.

A abordagem de FARIA (1989) busca relacionar o declínio da fecundidade com processos de mudança institucional associados às políticas públicas promovidas pela esfera de governo federal após a década de 1960, destacando as políticas no âmbito de expansão de crédito ao consumidor, política de telecomunicações, previdência social, e política de atenção à saúde. Sustenta que as políticas públicas influenciam a queda da fecundidade através de “*vetores institucionais*” que proporcionam novos “*conteúdos de consciência*”. Já MERRICK e BERQUÓ (1983) consideram que o declínio da fecundidade no Brasil após a década de 1970 está relacionado com fatores como aumento dos níveis de educação e conseqüente redução do analfabetismo, aumento da participação feminina no mercado de trabalho, mudança no padrão de consumo através de inclusão de bens de consumo duráveis e crescimento das expectativas de consumo entre os grupos de baixa renda.

Contudo, cabe ressaltar que assim como na queda da taxa de mortalidade infantil, a queda da taxa de fecundidade explica-se através da conjunção de diversos fatores, tornando todas as abordagens não excludentes, ou seja, todas estão direta ou indiretamente relacionadas para a efetivação da queda da fecundidade.

O efeito mais evidente da queda da fecundidade é o declínio do crescimento populacional. Este, por sua vez, na história do Brasil, tem períodos bem característicos, os quais pode-se dizer correspondem às fases da transição demográfica. Segundo estudo sobre a dinâmica populacional brasileira na virada do século XX (BELTRÃO et al, 2004), até 1930 a população apresentava altas taxas de mortalidade e de natalidade, consequentemente taxas moderadas de crescimento. Apenas no período de 1870 a 1930 a taxa de crescimento esteve acima de 20% a.a., resultado este devido à migração internacional. A partir de 1940, os movimentos internacionais perderam importância e a mortalidade começa a declinar, sendo que a queda da mortalidade passou a ser responsável pela variação no ritmo de crescimento da população brasileira até 1970, apresentado taxas de crescimento populacional de

29,1% a.a. nas décadas de 1950 e 1960. Apenas a partir de 1970 os níveis de fecundidade começam a declinar, juntamente com a queda da mortalidade, conseqüentemente diminuindo as taxas de crescimento populacional.

Segundo dados do Censo de 1980, a população enumerada foi de 119 milhões, apresentando uma taxa anual de crescimento de 2,4%, contra 2,9% na década anterior, devido ao declínio da fecundidade. No Censo Demográfico de 1990 a população estimada foi de 147 milhões, apresentando um crescimento populacional de 1,9% - resultado inferior ao das duas décadas anteriores. Com o Censo de 2000, a tendência de queda de crescimento da população é confirmada mais uma vez, ficando em um percentual de 1,65%. Através dos censos demográficos de 1991 e 2000, pode-se observar claramente o processo de transição para baixos níveis de fecundidade.

Tabela 5 – Indicadores Populacionais 1991/2000 - Brasil

Indicadores	1991	2000	Taxa de Crescimento (%)
População			
0 a 14 anos	50.988.432	50.266.122	-0,16
%	34,73	29,60	
15 a 64 anos	88.751.196	109.597.948	2,39
%	60,45	64,55	
15 a 24 anos	28.582.350	34.081.330	1,99
%	19,47	20,07	
65 anos ou mais	7.085.847	9.935.100	3,86
%	4,83	5,85	
Total	146.825.475	169.799.170	1.65
%	100,00	100,00	
Razão de Dependência %			
Total	65,43	54,93	
Jovens	57,45	45,86	
Idosos	7,98	9,07	

Fonte: IBGE, Censos Demográficos 1991 e 2000

Pode-se dizer que a tendência do ritmo de crescimento da população brasileira é decrescente. Na década atual, 2000-2010, a taxa anual de crescimento da população brasileira deve ser de 1,5 % apontando para um crescimento muito próximo de zero na metade deste século. Ou seja, próximo da metade do século 21, a população brasileira deverá estacionar e decrescer durante a metade deste século (CGEE, 2008).

Considerando o Brasil como um todo, a taxa de fecundidade total, que corresponde à média de filhos tidos por uma mulher ao final da vida reprodutiva, passou de 5,5 filhos entre as mulheres nascidas entre 1900 e 1925, para 2,0 entre as mulheres nascidas entre 1975 e 1980. Sendo que as mulheres nascidas a partir dos anos 1970 já apresentam taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição (BELTRÃO et al, 2004).

Entretanto, o comportamento da fecundidade apresenta-se de maneira diferenciada entre as regiões do país. As regiões Norte e Nordeste apresentam maior taxa de fecundidade do que as encontradas nas regiões sul e sudeste. No período de 1970 a 1980, a taxa de fecundidade apresentava queda em média de 30% nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, já na região do Nordeste apresentou média aproximada de 10%.

Tabela 6 – Brasil e Regiões: Taxa de Fecundidade Total - 1970 e 1980

Regiões	1970	1980	Variação
Amazônia	8,1	6,4	-21,0
Nordeste Setentrional	7,3	6,8	-7,0
Nordeste Central	7,8	5,8	-6,6
Nordeste Meridional	7,6	6,2	-18,4
Leste	6,5	4,3	-33,8
Rio de Janeiro	4,2	2,9	-27,5
São Paulo	4,2	3,2	-23,8
Paraná	6,5	4,1	-36,9
Extremo Sul	5,1	3,3	-35,3
Centro Oeste	6,5	4,5	-31,8
Brasil	5,8	4,3	-25,9

Fonte: CARVALHO, J. A. M. de. O Tamanho da População Brasileira e sua distribuição etária: uma visão prospectiva. São Paulo: ABEP, Anais V Encontro Nacional de Estudos Populacionais.

Entre 1991 a 2010, as taxas de fecundidade no Brasil continuam a decrescer, chegando, em 2005, abaixo do nível de reposição de 2,0, e estima-se que para 2010 seja apenas de 1,8. As diferenças regionais se mantêm, porém com menores intervalos entre elas. Em 2005, segundo as estimativas do IBGE, as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste tinham uma fecundidade abaixo do nível de reposição, enquanto o Norte e o Nordeste ainda se mantinham acima. Em 2010, estima-se que todas as regiões

brasileiras terão fecundidade abaixo do nível de reposição, sendo a mais baixa a do Sul e a mais alta a do Norte (CGEE, 2008).

Tabela 7 – Taxa de Fecundidade Total, Segundo as Grandes Regiões, Brasil, 1991-2010

Regiões	1991	1995	2000	2005	2010
Norte	4,2	3,9	3,2	2,5	2,1
Nordeste	3,7	3,3	2,7	2,2	2,0
Sudeste	2,4	2,3	2,2	1,9	1,6
Sul	2,5	2,5	2,3	1,8	1,5
Centro-Oeste	2,7	2,5	2,3	2,0	1,8
Brasil	2,9	2,7	2,4	2,0	1,8

Fonte: IBGE, 2006

Além do comportamento da fecundidade apresentar-se de forma espacial diferenciada, também sofre variações entre os vários grupos etários. As mulheres mais jovens, entre 15 e 24 anos, vêm apresentando um aumento em termos relativos nas taxas de fecundidade - em contraposição ao que ocorre com o aumento da idade, ou seja, os demais grupos em idade reprodutiva apresentam queda das taxas de fecundidade com intensidade progressivamente maior à medida que aumenta a idade.

Tabela 8 - Proporção de mulheres de 15 a 24 anos de idade, por número de filhos, segundo as Grandes Regiões e grupos de idade – Brasil 1995

Grandes Regiões e grupos de idade	Proporção de mulheres de 15 a 24 anos de idade, por número de filhos (%)			
	Total	1	2	3
Brasil				
15 a 24 anos	27,4	16,5	7,4	2,5
15 a 17 anos	7,2	6,3	0,08	0,1
18 a 19 anos	21,8	16,2	4,6	0,8
20 a 24 anos	45,1	24,3	13,5	5,0
Norte				
15 a 24 anos	31,8	16,9	8,4	4,4
15 a 17 anos	10,4	9,3	1,0	0,2
18 a 19 anos	27,0	18,0	6,2	2,3
20 a 24 anos	51,9	22,6	15,7	9,0
Nordeste				
15 a 24 anos	67,1	27,6	5,2	0,1
15 a 17 anos	87,5	10,2	2,2	0,0
18 a 19 anos	72,2	22,5	5,2	0,1
20 a 24 anos	47,9	44,4	7,6	0,1

Continua

Tabela 8 - Proporção de mulheres de 15 a 24 anos de idade, por número de filhos, segundo as Grandes Regiões e grupos de idade – Brasil 1995

Grandes Regiões e grupos de idade	Proporção de mulheres de 15 a 24 anos de idade, por número de filhos (%)				Conclusão
	Total	1	2	3	
Sudeste					
15 a 24 anos	72,4	24,3	3,2	0,2	
15 a 17 anos	92,5	6,5	0,9	0,1	
18 a 19 anos	79,6	17,8	2,3	0,3	
20 a 24 anos	54,7	39,9	5,2	0,2	
Sudeste					
15 a 24 anos	72,4	24,3	3,2	0,2	
15 a 17 anos	92,5	6,5	0,9	0,1	
18 a 19 anos	79,6	17,8	2,3	0,3	
20 a 24 anos	54,7	39,9	5,2	0,2	
Sul					
15 a 24 anos	60,7	35,3	3,6	0,1	
15 a 17 anos	87,1	11,0	1,4	0,0	
18 a 19 anos	66,4	30,1	3,0	0,1	
20 a 24 anos	40,0	54,2	5,4	0,1	
Centro-Oeste					
15 a 24 anos	61,8	34,1	3,9	0,1	
15 a 17 anos	86,2	12,1	1,2	0,0	
18 a 19 anos	66,5	29,0	4,4	0,0	
20 a 24 anos	43,1	51,3	5,5	0,2	

Fonte: Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1995 (CD-ROM). Microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.

(1) Casadas no civil, religioso e sem declaração de tipo de união.

A tabela acima apresenta uma faixa etária de 15 a 24 anos, e seus dados foram estimados pelo IBGE, através do PNAD 1995. A faixa etária observada justifica-se pela importância do grupo jovem naquela época, dada a expansão desse grupo em virtude das altas taxas de natalidade observadas no período de 1965 a 1980, apesar da redução das taxas de fecundidade verificadas a partir de 1970. Essa parcela jovem da população feminina entre 15 e 24 anos, em 1995, correspondia aproximadamente a cerca de 14,3 milhões de mulheres, sendo a grande maioria, residentes em áreas urbanas.

Segundo dados do PNAD, 1995, quase um terço das mulheres dentro dessa faixa etária já tiveram filhos. Conforme observado por OLIVEIRA E ALBUQUERQUE (1996), houve uma mudança no padrão etário, ou seja, a estrutura

por idade da fecundidade passa a adquirir um padrão jovem, ocorre um expressivo aumento da fecundidade entre as adolescentes e jovens brasileiras, e ao mesmo tempo observa-se uma redução nas taxas de fecundidade das mulheres com mais idade.

A fecundidade na adolescência e suas implicações, sejam elas no âmbito demográfico, econômico ou social, trazem questões de abrangência internacional em relação à saúde da jovem mãe e de seu filho. Há uma discussão sobre até que ponto a gravidez das mulheres jovens pode ser considerada precoce e apresentar desvantagens. Nesse contexto, diversos autores mencionam a interrupção da escolaridade, entrada precoce no mercado de trabalho e até mesmo aumento da pobreza [MEDEIROS (1998), MELO (1996) e CAMARANO (1998)].

Outro fator observado, segundo OLIVEIRA E ALBUQUERQUE, é a redução do número de casamentos registrados em cartório, os quais correspondiam em 1986 a 1.007.474 e em 1994 apenas 763.169 mil; e também o aumento significativo das separações conjugais, de 63.691 em 1984 para 86.001 em 1994. Essa análise mostra uma tendência de comportamento nos anos 90 em relação ao padrão brasileiro de organização familiar das décadas anteriores.

Dentro das mudanças ocorridas no padrão familiar na década de 90, observa-se ainda, as mulheres como chefes de família: em 1981 16,9% das famílias tinham como pessoa responsável pela família a mulher, já em 1995 esse número passou para 22,9%. Esse fenômeno está ligado a uma série de outros fatores, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, a acentuada queda da fecundidade, e consequentemente uma mulher com menos filhos, ativa economicamente, torna-se livre e em condições de dissolver união, transformando-se em provedora da família.

Outro fator fundamental na análise da queda da fecundidade é a educação. Estudos evidenciam que a educação está diretamente ou indiretamente relacionada ao crescimento populacional, seja ela em relação aos níveis de fecundidade, de mortalidade, e até mesmo ao influenciar a expectativa de vida, uma vez que pessoas com acesso à educação têm melhores perspectivas na qualidade de vida. No Brasil, as mulheres que têm seus filhos precocemente possuem pouca escolaridade ou já não freqüentam a escola, estão em famílias com baixos rendimentos e não exercem

qualquer atividade produtiva. Assim, pode-se dizer que renda e educação estão correlacionadas e influenciam a taxa de fecundidade da população, cabendo dessa forma ressaltar que o padrão etário para o qual tenderá a fecundidade no Brasil dependerá, entre outros fatores, do nível de escolaridade e da condição de atividade feminina.

**Tabela 9 – Taxas de fecundidade total segundo as classes de anos de estudo das mulheres
Grandes Regiões – 1991/2000**

Grandes Regiões	Anos censitários e classes de anos de estudo das mulheres				
	1991				
	Sem instrução e menos de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 ou mais
Brasil	5,07	4,09	3,02	2,29	1,73
Norte	6,63	5,79	4,09	2,77	1,93
Nordeste	5,77	4,95	3,46	2,26	1,81
Sudeste	3,84	3,36	2,74	2,19	1,62
Sul	3,87	3,45	2,79	2,34	1,80
Centro-Oeste	4,03	3,61	2,91	2,44	1,99
	2000				
	Sem instrução e menos de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 ou mais
Brasil	4,12	3,62	2,97	2,22	1,48
Norte	5,45	4,59	3,67	2,42	1,78
Nordeste	4,32	3,81	3,00	1,92	1,50
Sudeste	3,44	3,22	2,86	2,21	1,44
Sul	3,62	3,43	2,86	2,28	1,46
Centro-Oeste	3,58	3,16	2,83	2,27	1,53

Fonte: Censo Demográfico 1991/2000

Observa-se que na medida em que são verificados ganhos nos anos médios de estudo, a taxa de fecundidade é menor, e ainda, a fecundidade feminina tende a ser mais tardia do que entre as mulheres com menos escolaridade. O mesmo fato pode ser observado entre mulheres economicamente ativas e não economicamente ativas, e entre aquelas que encontram-se em famílias com altos rendimentos, comparativamente às mulheres em camadas sociais de baixos rendimentos (IBGE, 2003).

2.3 AUMENTO DA EXPECTATIVA DE VIDA DA POPULAÇÃO

A expectativa de vida de uma população está diretamente relacionada a fatores que afetam seu bem estar, como por exemplo: serviços públicos que influenciam a

mortalidade, independente de decisões individuais; serviços que podem reduzir os custos e levam a uma melhoria no nível de saúde, como a disponibilidade de água potável, além de uma série de características individuais tais como a renda, que afeta a saúde através da nutrição; e moradia e educação, associadas à rapidez e eficiência com as quais os indivíduos respondem ao serviço de saúde e às ameaças ambientais (WOOD, 1994). Dessa forma, pode-se dizer que a mortalidade diferencial pode ser relacionada às características socioeconômicas da população como nível de renda, educação e lugar da residência, bem como também está associada aos avanços da medicina, fator este de suma importância no aumento da longevidade.

A renda é uma importante determinante do nível de mortalidade, pois o baixo poder de compra está associado a uma dieta pobre e a uma variedade de outros fatores que compõem o padrão de vida de uma população. A insuficiência de recursos monetários limita os investimentos em saneamento, reduz as reservas que servem como amortecedores em época de doença ou emergência, e relega as famílias a moradias deficientes em áreas de alto risco. Porém, o padrão de vida de uma população não pode ser medido apenas pela renda, mas também devem ser mensurados outros fatores relevantes como a alfabetização, a educação e o acesso aos serviços sociais. Nesse sentido, têm-se os fatores que determinam o envelhecimento populacional, ou seja, com a redução da taxa de mortalidade ocorre conseqüentemente o aumento da esperança de vida.

No Brasil a transição de queda das taxas de mortalidade e fecundidade, ocasionou um aumento da expectativa de vida da população. No último século o aumento da expectativa de vida foi superior a 100%. Segundo SANTOS (1978), a expectativa de vida no Brasil no início do século XX era de apenas 33,7 anos, e conforme dados do IBGE, a expectativa de vida ao nascer em 1990 era de 66,57 anos passando para 72,48 anos em 2007.

Tabela 10 – Expectativa de vida ao nascimento – Brasil 1900 a 2020 ambos os sexos

Anos	Expectativa Vida ao Nascer	Anos	Expectativa Vida ao Nascer
1900	33,7	1920	34.5
1910	34,1	1930	36.5

Continua

Tabela 10 – Expectativa de vida ao nascimento – Brasil 1900 a 2020 ambos os sexos

Conclusão			
Anos	Expectativa Vida ao Nascer	Anos	Expectativa Vida ao Nascer
1940	38,5	1970	57,1
1950	43,2	2000	68,6
1960	55,9	2020	72,1

Fonte: 1900-1950 – Santos (1978).

1960-2020 – United Nations (1985)

Porém, os ganhos na expectativa de vida são diferenciados entre os sexos, ou seja, homens e mulheres apresentam expectativas de vida diferentes, sendo que as mulheres têm uma expectativa de vida maior. Segundo dados apresentados no Texto para Discussão nº 1034, disponibilizado pelo IPEA, de autoria de BELTRÃO et al (2004), entre 1980 e 2000 a esperança de vida da população masculina ao nascer passou de 58,5 anos para 67,5 já para a população feminina a expectativa de vida aumentou de 64,6 anos para 75,9 anos no mesmo período.

Esse fato se deve aos altos índices de mortalidade brutal entre os jovens, por causas externas, como por exemplo homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, quedas acidentais e afogamento, com maior intensidade em meio ao sexo masculino, aumentando dessa forma os diferenciais de mortalidade entre homens e mulheres. Outro fator que contribuiu para essa diferença é a morte causada pelo vírus da AIDS: segundo dados do IBGE, na década de 1980 a relação de pessoas infectadas pelo vírus HIV era de 24 homens para apenas 01 mulher, e apesar dessa proporção ter caído no final do século XX de 2 para 1, suas conseqüências tiveram fortes influências sobre a expectativa de vida entre os sexos.

Tabela 11 – Esperança de vida ao nascer por Sexo e Óbitos Estimados segundo a Natureza da Morte Brasil – 1980 - 2001

Anos de Referência	Ambos os Sexos	Homens	Mulheres
1980	62,0	59,6	66,0
1991	66,0	62,6	69,8
1998	68,1	64,4	72,0
1999	68,4	64,6	72,3
2000	68,6	64,8	72,6
2001	68,9	65,1	72,9

Continua

Tabela 11 – Esperança de vida ao nascer por Sexo e Óbitos Estimados segundo a Natureza da Morte Brasil – 1980 – 2001

Conclusão

Ganhos na Esperança de Vida ao Nascer 1980-2001			
Em anos	6,2	5,5	6,9
Em meses	78,4	66,0	82,8
Considerando as mortes naturais			
1980	63,9	61,4	66,5
1991	67,0	65,1	70,5
1998	69,0	66,9	72,6
1999	70,0	67,2	72,9
2000	70,2	67,4	73,2
2001	70,3	67,5	73,3
Ganhos (em anos) na Esperança de Vida ao Nascer em Ausência de Mortes por Causas Externas			
1980	1,2	1,8	0,5
1991	1,0	2,5	0,0
1998	1,6	2,5	0,6
1999	1,6	2,6	0,6
2000	1,6	2,6	0,6
2001	1,4	2,4	0,4
Óbitos Totais Estimados no Modelo de Projeção Populacional pelo Método das Componentes Demográficas no Período 1980-2001			
Totais	23.742.109	13.740.536	10.001.573
Causas Naturais	21.828.923	12.164.770	9.664.153
Causas Externas	1.913.186 (100%)	1.575.766 (82,4%)	337.420 (17,6%)
Óbitos no Grupo Etário 10 a 39 Anos Estimados no Modelo de Projeção Populacional pelo Método das Componentes Demográficas no Período 1980-2001			
Totais	3.332.488	2.360.750	971.731
Causas Naturais	2.073.960	1.283.714	790.246
Causas Externas	1.258.528 (100%)	1.077.043 (85,6%)	181.485 (14,4%)
Percentual de Mortes por Causas Externas no Grupo 10 a 39 Anos de Idade em Relação ao Total de Mortes por Causas Externas 1980-2001			
Percentual	65,8%	68,4%	53,8%

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais

Assim como as taxas de mortalidade e fecundidade sofrem variações de acordo com as regiões do Brasil, a expectativa de vida ao nascer também apresenta variações entre as regiões brasileiras, conforme mostra a tabela a seguir.

Tabela 12 - Expectativa de vida ao nascer em 1991 a 1999 e ganho no período segundo sexo e região, Brasil

Região	Expectativa de vida ao nascer (anos)			
	1991	1999	Número de anos ganhos	%
Sul				
Homens	65,2	67,1	1,8	2,8
Mulheres	72,3	74,8	2,5	3,4
Sudeste				
Homens	63,5	64,9	1,4	2,3
Mulheres	71,7	74,1	2,4	3,3
Centro-Oeste				
Homens	64,0	66,0	2,0	3,1
Mulheres	70,4	72,7	2,3	3,3
Norte				
Homens	62,8	65,3	2,5	4,0
Mulheres	67,6	71,4	3,8	5,7
Nordeste				
Homens	58,8	62,4	3,6	6,0
Mulheres	66,2	68,5	2,3	3,4
Brasil				
Homens	62,2	64,3	2,1	3,4
Mulheres	69,7	72,3	2,6	3,7

Fonte: Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central 9CODEPLAN/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1999 (7).

As maiores diferenças estão entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil. Enquanto a região Sul tem valores tanto para o sexo feminino como para o masculino superiores à média brasileira, o Nordeste fica com valores inferiores à média nacional para ambos os sexos. Porém, cabe ressaltar que as regiões que apresentavam menores valores de expectativa de vida ao nascer, em 1991, tiveram os maiores ganhos no período apresentado.

Dada a queda das taxas de mortalidade e fecundidade, e o aumento da longevidade, o Brasil passará por uma transição de estrutura etária, ou seja, aos poucos deixará de ser um país jovem e entrará em um processo de constante envelhecimento populacional.

2.4 MODIFICAÇÕES NA ESTRUTURA ETÁRIA

A transição da estrutura etária é resultado das mudanças ocorridas nos pesos relativos das diferentes gerações, as quais são conseqüências, principalmente, do

declínio dos níveis de fecundidade. Para analisar essas mudanças, os grupos etários são divididos em três, segundo a literatura: o primeiro grupo etário é formado pela população entre a faixa etária de 0 a 14 anos, considerada em termos econômicos de população dependente; o segundo grupo apresenta a faixa etária de 15 a 64 anos, população economicamente ativa; e fazem parte do terceiro grupo a população com idade superior a 65 anos, população idosa e considerada economicamente inativa, ou seja, dependente economicamente.

Conforme dados do Censo Demográfico de 1980, o grupo etário de 0 a 14 anos, representava cerca de 40% da população, o grupo economicamente ativo representava cerca de 56% e a população idosa 4%. Esse quadro reflete a queda da mortalidade infantil e altos índices de natalidade daquela época. Estando, assim, o Brasil dentro da primeira fase da transição demográfica – fase em que inicia-se o processo de queda da mortalidade, porém mantendo altos índices de natalidade. Esse perfil populacional é retratado e demonstrado através de pirâmide etária de base larga e com diminuição gradativa até o topo da pirâmide.

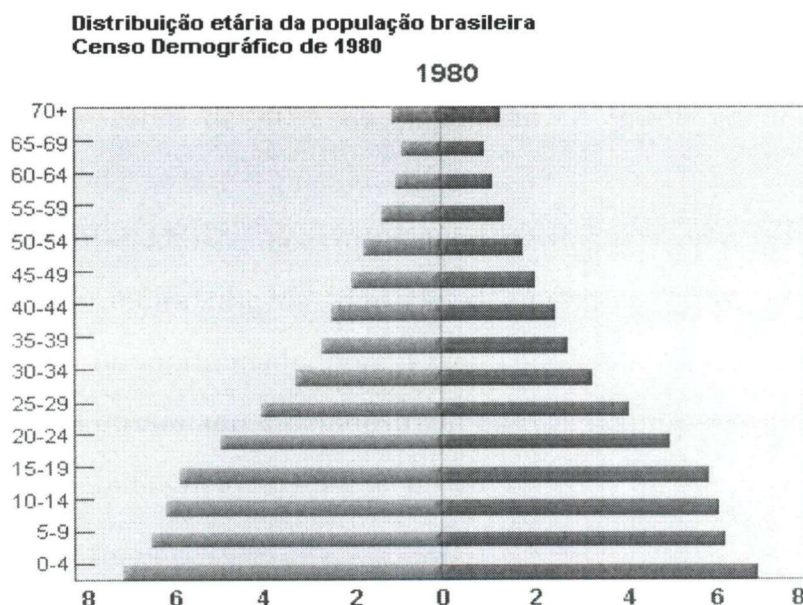


Figura 1: Distribuição etária da população brasileira no Censo Demográfico de 1980.

No Censo Demográfico de 1990, é possível observar uma redução considerável no grupo etário de 0 a 14 anos, um aumento significativo na população

economicamente ativa e um sensível aumento na população idosa. Esse panorama populacional brasileiro é demonstrado através de uma diminuição da base da pirâmide etária, e reflete a entrada do Brasil na segunda fase da transição demográfica, caracterizada pela manutenção de queda dos índices de mortalidade infantil e início da queda da taxa de fecundidade.

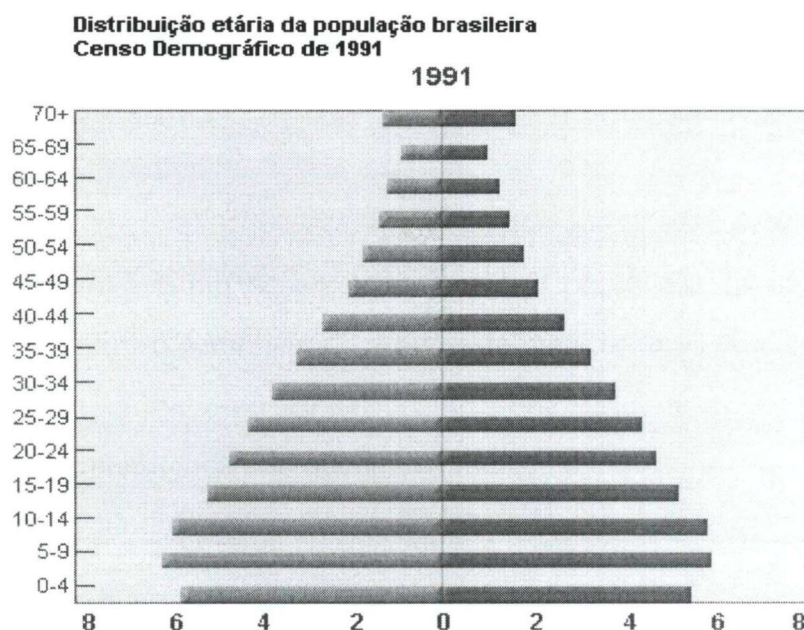


Figura 2: Distribuição etária da população brasileira no Censo Demográfico de 1991.

No final do século XX, de acordo com o Censo Demográfico de 2000, verifica-se a manutenção da queda da fecundidade observada através do contínuo decréscimo da população com faixa etária entre 0 a 14 anos. Dados os altos índices de natalidade ocorridos até meados da década de 1970, observa-se um grande contingente da população economicamente ativa. O Brasil tem, nessa fase, uma população jovem. Observa-se, no entanto, que mantidos os índices de baixa mortalidade e fecundidade, a tendência demográfica é que a população brasileira entrará em um processo de envelhecimento.

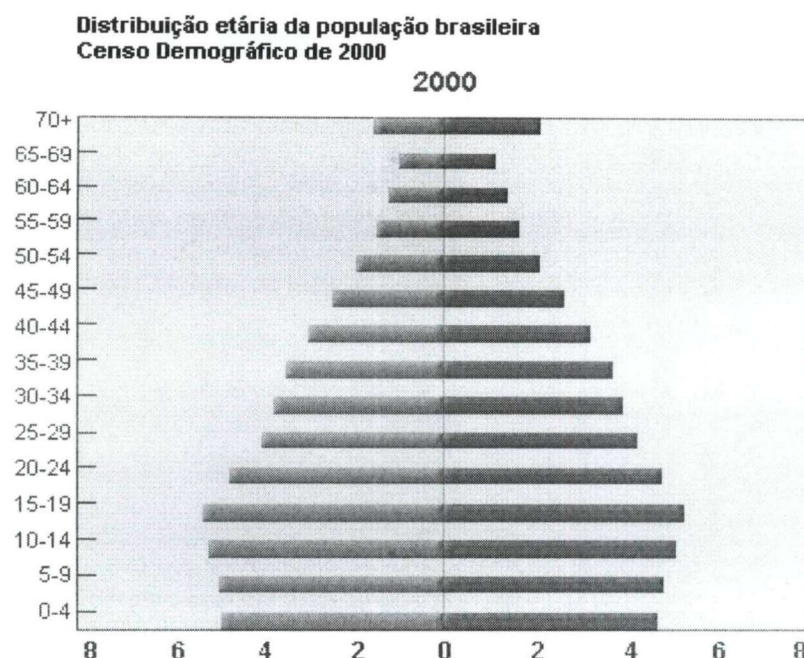


Figura 3: Distribuição etária da população brasileira no Censo Demográfico de 2000.

Segundo estudo da CGEE (2008), na transição da estrutura etária brasileira três fenômenos podem ser destacados. O primeiro refere-se à população jovem e está relacionado à acentuada redução do seu peso relativo, ou seja, o Brasil era um país jovem até a década de 1960, nessa época a população jovem correspondia a cerca de 42% da população total, enquanto no final do século 20 esse percentual diminuiu para 30%, e estima-se que na metade do século atual, serão apenas 18%. O segundo fenômeno é decorrente principalmente do declínio da fecundidade, o qual conseqüentemente gera um acréscimo do grau de envelhecimento da população, ou seja, um aumento da população com mais de 65 anos de idade. Espera-se que na década atual essa população deve atingir 7%. Em 1940 era de 2,4%, e segundo estimativas deve chegar a cerca de 19% em 2050, quando a população idosa deverá ser maior do que a jovem. Assim o Brasil passará de uma população extremamente jovem a uma população em rapidíssimo processo de envelhecimento, no decorrer do século 21. O terceiro fenômeno prevê que a população economicamente ativa continuará aumentando o seu volume até 2050, porém em termos proporcionais deverá começar a diminuir a partir de 2030.

A distribuição etária da população brasileira em números absolutos, entre 1940 e 2050, pode ser observada na tabela 13.

Tabela 13 - População Total, Segundo os Grandes Grupos Etários, Brasil 1940-2050

Período	Grupos Etários			Total
	0-14 anos	15-64 anos	65 anos e +	
1940	17.523.641	22.661.809	979.839	41.165.289
1950	21.670.246	29.008.161	1.263.360	51.941.767
1960	29.854.870	38.300.582	1.915.005	70.070.457
1970	39.130.433	51.083.523	2.925.081	93.139.037
1980	45.460.763	68.771.511	4.770.432	119.002.706
1990	51.789.936	88.410.746	6.391.897	146.592.579
2000	51.002.937	110.951.338	9.325.607	171.279.882
2010	53.020.931	130.619.449	13.193.706	196.834.086
2020	52.712.184	147.240.806	19.124.739	219.077.729
2030	50.553.835	158.329.914	28.853.927	237.737.676
2040	48.611.317	164.365.651	38.441.038	251.418.006
2050	46.324.365	164.546.946	48.898.653	259.769.964

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1940, 1950, 1960 e 1970; IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2004.

As transformações demográficas descritas no decorrer de todo esse capítulo colocam para as políticas públicas brasileiras grandes desafios. De um lado ocorre um crescente envelhecimento populacional, e por um outro ângulo ainda se tem um grande contingente de população jovem. Porém, de um modo em geral, a atenção tanto dos demógrafos como dos formuladores de políticas tem se voltado mais para o envelhecimento populacional, do que para os problemas dos jovens, como educação, primeiro emprego, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, entre outros, conforme observado por BELTRÃO, CAMARANO e KANSO (2004). Entretanto, para CGEE (2008), os jovens devem ser objeto fundamental das políticas públicas, em especial os jovens pobres. Pois são eles que em breve corresponderão à população ativa e posteriormente os idosos do futuro. Caso não haja políticas que permitam a mobilidade social dos jovens pobres, o Brasil estará reproduzindo pobreza.

3 IMPLICAÇÕES DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

3.1 RAZÃO DE DEPENDÊNCIA DEMOGRÁFICA E O BÔNUS DEMOGRÁFICO

Uma das conseqüências da transição demográfica é a alteração da estrutura etária, mencionada no capítulo anterior. Em um primeiro momento, dada uma visão ampla, uma menor taxa de fecundidade corresponde a um aumento da população em idade economicamente ativa (PIEA), e conseqüentemente uma redução da população dependente. De acordo com a literatura, a população dependente é formada por jovens menores de 15 anos, e idosos maiores de 65 anos. Teoricamente, a população dependente consome mais do que produz, e a população adulta em fase ativa, produz mais do que consome. Assim, esse período com maior número de PIEA afeta a economia de uma forma positiva, dada a redução da razão de dependência demográfica, a qual é obtida através do quociente entre a população dependente e a população potencialmente ativa, ou seja, a razão de dependência demográfica é dada através da soma da população de idosos e crianças dividida pela população adulta.

A razão de dependência total (RDT) pode ser desdobrada em razão da dependência jovem (RDJ) e em razão da dependência idosa (RDI). Segundo dados do CGEE até 1970, antes do declínio acelerado e generalizado da taxa de fecundidade, a RDT tinha valores extremamente altos. Por exemplo, em 1960 para 100 pessoas na PIEA, 83 pessoas eram jovens e idosos, correspondendo uma RDT de 83%. Ao desdobrar a RDT naquela época a RDJ correspondia a 78% e a RDI 5%, o que significava um sobrepeso da população jovem.

Segundo estudo apresentado por DINIZ e BRUNO (2006), a razão de dependência reduziu até o ano de 2000, e as projeções indicam que a redução continue pelos próximos anos até 2025, aproximadamente. Nesse período, a taxa de dependência deverá permanecer abaixo de 50 pessoas dependentes para cada 100 pessoas em idade ativa.

O comportamento da razão de dependência, durante o período de 1940 a 2000, bem como as estimativas até o ano de 2050, pode ser observado na tabela 14.

Tabela 14 - Razão de Dependência Total, de Jovens e de Idosos, e Distribuição Relativa, Brasil 1940-2050 (%)

Período	Razão de Dependência			Distribuição Relativa (%)		
	Total	Jovens	Idosos	RDJ	RDI	RDT
1940	81,65	77,33	4,32	94,7	5,3	100,00
1950	79,06	74,7	4,36	94,49	5,51	100,00
1960	82,95	77,95	5,00	93,97	6,03	100,00
1970	82,33	76,60	5,73	93,04	6,96	100,00
1980	73,04	66,10	6,94	90,50	9,50	100,00
1990	65,81	58,58	7,23	89,01	10,99	100,00
2000	54,37	45,97	8,41	84,54	15,46	100,00
2010	50,69	40,59	10,10	80,07	19,93	100,00
2020	48,79	35,80	12,99	73,38	26,62	100,00
2030	50,15	31,93	18,22	63,66	36,34	100,00
2040	52,96	29,58	23,39	55,84	44,16	100,00
2050	57,87	28,15	29,72	48,65	51,32	100,00

Fonte: IBGE, Censos Demográfico de 1940, 1950, 1960 e 1970; IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2004.

Do ponto de vista estritamente demográfico, o aumento da população ativa pode ser considerado um fator positivo para economia. Uma vez que, teoricamente, essa população produz, poupa, investe e contribui com impostos e para a previdência. Em resumo, com o aumento das pessoas no processo produtivo, há aumento da capacidade de investimento da sociedade e também do governo, dado o crescimento do produto interno bruto – PIB - per capita do país.

Esse cenário gera um bônus demográfico, porém, se as condições demográficas são favoráveis para que essa janela da oportunidade se abra, devem existir políticas públicas que garantam o emprego da mão-de-obra disponível. Cabe às políticas públicas o papel de incrementar a produtividade do trabalho, ampliar a mão-de-obra regulada pela legislação trabalhista e implantar política fiscal e previdenciária adequada dentro de um contexto de crescimento da economia. De um outro lado, caso a economia esteja estagnada ou com baixo crescimento, e caso haja informalidade no mercado de trabalho, políticas públicas fiscais e previdenciárias desequilibradas, a janela da oportunidade demográfica pode passar despercebida (CGEE, 2008).

Assim, as condições demográficas nas primeiras décadas do século XXI serão propícias ao desenvolvimento econômico e social do país, desde que essa oportunidade demográfica seja aproveitada pelo governo, o qual através de medidas

macroeconômicas poderá diminuir a desigualdade social e a concentração de renda. O papel das políticas públicas é fundamental, e a intervenção governamental é de suma importância, seja na área social, como fator redistributivo da riqueza acumulada no país para a população menos favorecida, combatendo a pobreza; seja na área econômica, como fator regulador do mercado, para que o acúmulo de capital obtido com o crescimento do PIB seja investido no processo produtivo, e que não seja desviado para o mercado financeiro, permitindo assim um crescimento sustentável do PIB brasileiro.

3.2 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO X PREVIDÊNCIA SOCIAL

Outro efeito da transição demográfica que tem implicações importantes para as políticas sociais e econômicas é a mudança da estrutura etária, na qual o país passa de uma população predominantemente jovem para iniciar um processo progressivo de envelhecimento. Esse processo ocorre através da queda da mortalidade, aumento da expectativa de vida e principalmente a queda da fecundidade, dessa forma a população jovem se reduz e aumenta o número de idosos.

Segundo BELTRÃO (2004), considera-se o envelhecimento da população a partir do momento em que ocorre uma mudança nos pesos dos vários grupos de idade no total da população, apresentando um maior peso nas idades mais avançadas, e um menor nas idades mais jovens. De acordo com dados do CGEE, em 1940 para cada 100 jovens, havia apenas 5,5 idosos, em 2000, essa relação já era de 18,3. A tendência é que, em 2050, para cada 100 jovens, existam 106 idosos. Em números absolutos, os idosos em 1940, eram menos de 1 milhão de pessoas, em 2000, chegaram a 9,3 milhões e, segundo estimativas serão em 2050 cerca de 49 milhões, ver tabela 13.

Com o aumento da dependência demográfica, conceito explicitado no item anterior, a economia passaria então a um período desfavorável, devido à menor contribuição do idoso no processo produtivo, e conseqüentemente sua dependência da população economicamente ativa, agora não tão representativa. Essa mudança na

estrutura etária da população causaria um impacto negativo na previdência social, devido à redução do número de contribuintes e à elevação do número de assegurados.

O envelhecimento da população brasileira torna-se um problema devido ao regime previdenciário no Brasil, no qual são as contribuições dos ativos que financiam os inativos. Apesar do sistema previdenciário já ter passado por mudanças, como a Emenda Constitucional 20, de 1998, a qual extinguiu a aposentadoria por tempo de serviço/contribuição, que levava a aposentadorias precoces, o sistema ainda é deficitário.

As causas para essa situação são várias, por exemplo, o desemprego, o trabalho informal (ver tabela 15), a terceirização de mão-de-obra e o descontrole da arrecadação previdenciária, entre outros, como dívidas dos setores privados para com a previdência e corrupção.

Tabela 15 – População Ocupada, Segundo Posição na Ocupação e Grupos Etários, Participação Relativa (%) e Totais Absolutos, 2000

Posição na Ocupação	Grupos Etários					Total
	0-14	15-29	30-49	50-64	65 e +	
Trabalhador doméstico c/ carteira	0,15	2,1	2,62	2,05	1,04	2,27
Trabalhador doméstico s/ carteira	8,70	6,53	4,78	3,92	3,53	5,37
Empregado com carteira	1,08	37,97	36,33	23,74	10,00	34,19
Empregado sem carteira	27,67	29,58	21,66	19,40	15,20	24,31
Empregador	0,00	1,05	3,80	4,90	6,02	2,89
Conta própria	10,70	14,65	26,34	37,19	45,65	23,46
Aprendiz ou estagiário	3,27	0,81	0,12	0,11	0,22	0,44
Não remunerado, em ajuda	38,63	5,00	2,12	2,97	3,72	3,98
Trabalhador p/ o próprio consumo	9,80	2,30	2,23	5,71	14,63	3,10
Total	1.142.438	24.621.445	30.288.327	8.094.269	1.483.413	65.629.892

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Através dos dados da tabela 15, pode ser observado que a maioria da população economicamente ativa não contribui para a previdência, e outro fator

preocupante é o crescimento acelerado da população idosa, conseqüentemente gerando graves problemas de financiamento da previdência social. Desse modo, é inquestionável que o sistema previdenciário necessita de uma profunda reforma, ou seja, o modelo deve ser repensado. Porém, as políticas necessárias para que essa reforma aconteça trazem prejuízos de cunho eleitoral no curto prazo, enquanto que os benefícios decorrentes da reforma previdenciária ocorreriam gradualmente e a longo prazo. Ficando, dessa forma, em aberto uma questão fundamental, como ajustar o sistema previdenciário em meio a transformações no ambiente econômico, político e social e nas variáveis demográficas, em um país com sérios problemas sociais e econômicos.

3.3 MUDANÇAS NOS PADRÕES DE MORBIDADE E MORTALIDADE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

As mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade são conceituadas através da transição epidemiológica, que ocorre a longo prazo, caracterizada pelos padrões de doenças, invalidez e morte de uma população. Essa mudança ocorre juntamente com outras transformações, sejam elas demográficas, sociais ou econômicas. Segundo FRENK (1991), essa transição engloba três mudanças básicas: mudanças nas causas de mortes por doenças transmissíveis para doenças não transmissíveis e causas externas; transferência das ocorrências de mortalidade e morbidade da população jovem para a população mais idosa, e enfim, a transformação da predominância da mortalidade para a morbidade.

Segundo CHAIMOWICZ (1997), há uma correlação entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, correlação esta explicada a partir de um exemplo de um país que apresente altas taxas de mortalidade, tendo como causa doenças transmissíveis, com tendência a atingir a população mais jovem. A partir de um determinado momento em que esse país passa pelas fases iniciais da transição demográfica, e posteriormente começa a apresentar uma população mais idosa, as características das doenças que afetam a população também passam por uma mudança.

ou seja, as doenças que atingem a população idosa diferenciam-se daquelas que afetam a população jovem.

Dentro de uma sociedade com um número considerável de pessoas idosas, as doenças crônicas e degenerativas tornam-se predominantes. Suas complicações exigem tratamentos mais intensivos e uma maior utilização dos serviços de saúde. Dentro desse padrão de doenças, destaca-se o acidente vascular cerebral, popularmente chamado de derrame, fraturas pós-queda, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, assim como as seqüelas provocadas pela diabetes, como amputações e cegueiras, e também a dependência causada pela demência de Alzheimer.

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com o modelo apresentado pela maioria dos países industrializados. Essa situação pode estar relacionada a diversos fatores, tais como: uma evidente “*superposição*”, e não uma transição de fato entre as etapas caracterizadas por doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; há reintrodução de doenças, como dengue, cólera e malária, o que gera segundo a literatura uma “*contra-transição*”; o processo se desenrola de uma maneira que haja a morbidade e também a mortalidade, devido a ocorrência de ambos os padrões, ocasionando uma “*transição prolongada*”; e por último, as situações epidemiológicas diferenciadas vivenciadas nas diversas regiões brasileiras tornam-se contrastantes, ocorrendo uma “*polarização epidemiológica*” (CARMO, BARRETO e SILVA JR, 2003).

Porém, apesar das discrepâncias dos quadros epidemiológicos observados, há que se ressaltar que no cenário geral as doenças cardiovasculares - que correspondem a todas as doenças crônicas do aparelho circulatório e são causadas pelo stress, má-alimentação, ausência de atividade física, sedentarismo entre outros fatores - atingem parte significativa da população e representam o maior percentual de gastos do governo. De acordo com informações disponibilizadas na Revista Scielo Brasil, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, segundo estudo publicado na revista em 2004, foram registrados aproximadamente dois milhões de casos de doenças cardiovasculares graves. O custo de tratamento desses casos em 2004, foi de R\$ 30.8

bilhões, correspondendo a um custo individual por paciente de aproximadamente R\$ 9.640,00.

O alto custo de tratamento dessas doenças é consequência de internamentos prolongados, utilização de técnicas medicinais mais avançadas, como por exemplo, a medicina intervencionista. Esta, por sua vez, possui equipamentos que necessitam de altos investimentos, tanto na aquisição como na manutenção, e que permitem um tratamento menos invasivo - ou seja, as tradicionais cirurgias para tratamento cardíacos e cerebrais muitas vezes são substituídas, com sucesso, por intervenções como angioplastia e embolização. Essas técnicas permitem a dilatação de artérias obstruídas por placas de gordura, ou até mesmo o fechamento de coágulos nas artérias, com utilização de próteses através de tratamentos hemodinâmicos, porém com custos superiores aos tratamentos convencionais como as cirurgias.

Enfim, as implicações da transição de saúde no Brasil, principalmente a presença da mortalidade e da morbidade, fazem com que haja uma pressão crescente por maiores gastos governamentais com doenças típicas de idosos. E por outro lado, permanecem os entraves para o desenvolvimento humano e econômico, em função das altas taxas de mortalidade e morbidade infantil ainda presentes em algumas regiões brasileiras. O desafio dos formuladores de políticas públicas tem sido buscar uma solução que atenda a jovens e idosos, simultaneamente (CGEE, 2008). Uma vez que a questão da saúde é fundamental para que haja não somente um crescimento econômico, mas que este seja acompanhado do desenvolvimento, através do acesso à saúde, e consequentemente haja uma melhor qualidade de vida para toda a população. Ainda, cabe ressaltar que os gastos com saúde na infância não são independentes dos gastos na fase adulta, ou seja, gastos com investimento na saúde infantil têm efeitos duradouros sobre a saúde dos indivíduos, portanto, contribuem para a redução ou adiamento da manifestação de doenças crônicas em populações em envelhecimento. Assim, para que seja possível uma contenção nos gastos crescentes com a saúde dos idosos, é necessário investir na saúde dos indivíduos ainda jovens.

3.4 A SITUAÇÃO DA EDUCAÇÃO NA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

A defasagem e as diferenças regionais em relação às etapas da transição demográfica verificadas na questão da saúde, no comportamento das taxas de mortalidade e fecundidade, conforme relatado anteriormente, também podem ser observadas na área da educação. A educação é uma variável presente e atuante na transição demográfica, ela influencia diretamente nas taxas brutas de mortalidade e fecundidade, sendo, portanto, evidente o grau de sua importância.

Do mesmo modo como o comportamento de cada região em relação às taxas de mortalidade e fecundidade é específico, estas regiões também apresentam demandas diferenciadas de educação. Uma vez que há uma diminuição da população jovem brasileira - compreendida entre a faixa etária de 0 a 19 anos de idade - que compõe a demanda por educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, conseqüentemente há também diminuição da demanda por educação. Assim, como a diminuição da população jovem se comporta de forma diferenciada entre as regiões brasileiras, a demanda por educação segue a mesma variação.

Como exposto anteriormente, as regiões Norte e Nordeste ainda apresentam uma taxa de fecundidade maior quando comparadas às regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Desse modo, ao apresentar maior índice de natalidade, apresentam também uma maior demanda por educação na fase jovem de sua população. Esse fenômeno pode ser observado através da tabela abaixo:

Tabela 16 – Evolução das matrículas por regiões – Brasil, 1991/2001

Região/Ano	Total	1ª a 4ª	%	5ª a 8ª	%
Brasil					
1991	29.203.724	19.383.791	66,4	9.819.933	33,6
1996	33.131.270	20.027.240	60,4	13.104.030	39,6
2001	35.370.016	19.769.035	55,9	15.600.981	44,1
Cresc. % 89/98	21,1	2,0		58,9	
Norte					
1991	2.246.339	1.671.491	74,4	574.848	25,6
1996	2.820.531	1.954.909	69,3	865.622	30,7
2001	3.283.197	2.152.934	65,6	1.130.263	34,4
Cresc. % 89/98	46,2	28,8		96,6	

Continua

Tabela 16 – Evolução das matrículas por regiões – Brasil, 1991/2001

					Conclusão
Região/Ano	Total	1ª a 4ª	%	5ª a 8ª	%
Nordeste					
1991	8.650.474	6.314.964	73,0	2.335.510	27,0
1996	10.475.469	7.245.010	69,2	3.230.459	30,8
2001	12.475.608	7.532.828	60,4	4.942.780	39,6
Cresc. % 89/98	44,2	19,3		111,6	
Sudeste					
1991	11.965.480	7.417.955	62,0	4.547.525	38,0
1996	12.958.674	7.014.934	54,1	5.943.740	45,9
2001	12.677.719	6.517.194	51,4	6.160.525	48,6
Cresc. % 89/98	6,0	-12,1		35,5	
Sul					
1991	4.201.369	2.613.396	62,2	1.587.973	37,8
1996	4.475.774	2.458.130	54,9	2.017.644	45,1
2001	4.380.912	2.271.164	51,8	2.109.748	48,2
Cresc. % 89/98	4,3	-13,1		32,9	
Centro-Oeste					
1991	2.140.062	1.365.985	63,8	774.077	36,2
1996	2.400.822	1.354.257	56,4	1.046.565	43,6
2001	2.552.580	1.294.915	50,7	1.257.665	49,3
Cresc. % 89/98	19,3	-5,2		62,5	

Fonte: CASTRO (1999).

Enquanto o Sul, Sudeste e Centro-Oeste apresentam taxas negativas de matrícula no ensino de 1ª a 4ª séries, de -13,1%, -12,1% e -5,2% respectivamente. o Norte e Nordeste, apresentam um crescimento das taxas de matrículas de 28,8% e 19,3% respectivamente, no período compreendido entre 1991 e 2001. Já as matrículas no ensino de 5ª a 8ª séries, no mesmo período, apesar de as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste também apresentarem um crescimento positivo no índice das matrículas - de 32,9% (Sul), 35,5% (Sudeste) e 62,5% (Centro-Oeste) -, ainda ficam muito abaixo dos índices apresentados nas regiões Norte e Nordeste, de 96,6% e 111,6%, respectivamente. A origem dessas desigualdades regionais do ingresso escolar pode estar relacionada com as diferenças apresentadas por regiões no processo de transição demográfica.

Segundo publicação da Revista Brasileira de Estudos de População, apesar das fases e ritmos da transição demográfica serem diferenciadas entre as regiões, pode-se dizer que a demanda escolar de educação infantil, ensino fundamental e ensino médio, tende a diminuir nas próximas décadas - favorecendo dessa forma o direcionamento de

recursos para a tão necessária melhoria da qualidade do ensino. Bem como, favorecer a busca pelo objetivo da universalização do acesso à escola, e mais do que isso: garantir o acesso de todos à educação, garantindo também a permanência dos alunos na escola, pelo menos até que eles concluam o ensino fundamental e médio.

3.5 O PAPEL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA DIMINUIÇÃO DA DESIGUALDADE FRENTE À TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Em um país em desenvolvimento, com graves problemas de desigualdade social devido à concentração de renda, o papel das políticas sociais é de grande importância, e estas devem agir como fonte redistributiva da renda. Uma vez que a concentração de renda tem um custo social pesado, é imprescindível que o governo implemente uma série de políticas sociais para compensar essa concentração e garantir a estabilidade política necessária ao desenvolvimento econômico.

A situação de desigualdade no Brasil, em 2000, era extrema - conforme dados da tabela 17. Praticamente 30% da população tinha renda familiar per capita de menos de meio salário mínimo. Acumulando renda per capita de até um salário mínimo, encontrava-se 54% da população do país. Abaixo de três salários mínimos, estava 75% da população brasileira, e apenas 3% com renda per capita superior a 10 salários mínimos.

Tabela 17 – Distribuição Relativa da População, por Renda Familiar Per Capita (em Salários Mínimos) Segundo Grandes Grupos Etários, Brasil, 2000 (%)

Renda Familiar Per Capita (em salários mínimos)	Total	Grupos Etários		
		0-14 anos	15-64 anos	65 anos e +
0 a 0,5	29,45	42,41	24,92	15,83
0,5 a 1	24,37	24,94	23,49	31,05
1 a 2	21,60	17,81	23,26	21,98
2 a 3	8,57	5,72	9,74	9,59
3 a 5	7,35	4,61	8,44	8,72
5 a 10	5,34	3,03	6,23	6,96
10 +	3,32	1,47	3,91	5,87
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2000.

Segundo Medeiros (2001) as políticas sociais têm o condão de aumentar a capacidade de consumo das famílias dos trabalhadores, e se traduzem em gastos do governo em habitação, transporte e saneamento, o que incentiva a expansão da demanda agregada e o desenvolvimento tecnológico. De outro lado, ao socializarem os custos referentes aos riscos do emprego industrial e a reprodução da força de trabalho, essas políticas liberam reservas de capital privado para investimentos e garantem uma reserva de mão-de-obra em diversos níveis de qualificação. Como os gastos sociais tornam uma parte significativa da demanda decidida por mecanismos políticos, o Estado Social funciona como um mecanismo de reação contracíclica às flutuações da demanda típica de políticas keynesianas - ou seja, além de instrumento de política macroeconômica também é um mecanismo de regulação política da sociedade. Dessa forma, frente às implicações apresentadas da transição demográfica - como as diferenças de taxa de fecundidade, mortalidade, morbidade e diferentes situações educacionais nas diferentes regiões brasileiras - cabe ao Estado, através de políticas públicas, a tentativa de amenizar essas diferenças sociais, com o intuito de reduzir a desigualdade social.

Um fator que deve ser levado em consideração na formulação das políticas públicas é a composição de idade de uma população. Dentro do ponto de vista das mudanças na estrutura etária, três fenômenos devem ser levados em conta: a redução do peso relativo da população jovem, o aumento da população idosa e o aumento na proporção da PIEA até meados de 2030. Assim, as políticas de educação, saúde, mercado de trabalho e previdência devem considerar a estrutura etária - do contrário, a eficiência dessas políticas ficará comprometida, assim como a obtenção dos objetivos maiores de um desenvolvimento econômico com justiça social (CGEE, 2008).

Segundo o Censo Demográfico de 2000, a população jovem estava concentrada entre os mais pobres: 42% pertenciam às famílias com menos de meio salário mínimo - em termos absolutos cerca de 20 milhões de pessoas. Esses jovens devem ser objeto fundamental das políticas públicas. Como já mencionado, são esses jovens que entrarão, em breve, na PIEA e serão os idosos do futuro. Assim, se não

houver políticas públicas que permitam a mobilidade social dessa população, o Brasil estará reproduzindo pobreza.

A população idosa no Brasil também necessita de especial atenção: segundo dados do IBGE apresentados pelo CGEE, 2008, durante a primeira década do século XXI, a população idosa aumentará, em média, 387 mil pessoas por ano. Entre 2040 e 2050, estima-se que esse aumento corresponderá a mais de um milhão de indivíduos por ano. Além do envelhecimento da população, deve ser considerada a longevidade, ou seja, o aumento na esperança de vida ao nascer. Esse fator é de grande importância para os formuladores de políticas referentes aos idosos, pois com o aumento da esperança de vida, maior será o tempo de participação dos idosos nos programas de seguridade social. Segundo o CGEE, o sistema de previdência social não está adequado à nova situação demográfica, pois se trata de um sistema compatível com um padrão demográfico caracterizado por baixa taxa de dependência de idosos, e baixa longevidade.

Enfim, o papel das políticas públicas é de extrema importância, tanto na área de saúde, educação, previdência social como também nos programas de transferência de renda. Gerar empregos, aumentar o número de contribuintes para com a previdência social, garantir acesso à educação e saúde para toda a população são questões que impreterivelmente devem constar na pauta de prioridades dos formuladores de políticas públicas.

4 CONCLUSÃO

Através dos dados demográficos, sociais e econômicos do Brasil, é visível a demografia da desigualdade, onde está presente a concentração de renda, a deficiência da educação, da saúde, do sistema previdenciário, entre outros problemas abordados, como desemprego e informalidade no mercado de trabalho. Sendo de fácil percepção que a transição demográfica ocorre de forma desigual entre as regiões brasileiras, e também ocorre de forma diferenciada entre as classes sociais. Os pobres apresentam maior nível de fecundidade do que os ricos, as classes menos favorecidas economicamente estão à margem da mortalidade e mais suscetíveis à morbidade, por razões adversas e inaceitáveis para os dias de hoje, como a falta de saneamento básico e acesso à saúde. Ainda, as diferenças culturais também se tornam barreiras ao desenvolvimento, onde se observa que as mulheres com menos nível de instrução tendem a ter mais filhos, seus filhos estão mais sujeitos à mortalidade na infância e também há uma correlação entre a educação das mães e o nível de educação de seus filhos.

Dessa forma, as políticas públicas, seja no âmbito social, econômico ou previdenciário, não podem ser consideradas em separado, pois fazem parte de um cenário que envolve questões macro e micro de como elevar as taxas de crescimento, aumentar o nível de escolaridade da população, melhorar o acesso à saúde pública, incrementar as taxas de emprego, melhorar a distribuição de renda, entre outras variáveis socioeconômicas.

A atuação do governo é fundamental: a necessidade de investimento, seja em habitação, saúde, saneamento, educação, transporte, entre outros fatores, além de propiciar um aumento do poder de consumo da população, dado um aquecimento da economia, no qual ocorre uma geração de emprego, é impreterível para o desenvolvimento da nação. Pode-se dizer que haverá uma melhoria na qualidade de vida da população através desses investimentos, uma vez que terão melhores

condições de moradia e acesso a saneamento básico, bem como acesso à saúde e educação.

Investimento na área de saúde é de suma importância, visto as mudanças do perfil da mortalidade e morbidade. Com a tendência da diminuição da população jovem e aumento da população idosa, para que essa última não pese nos gastos do governo, é primordial o investimento na medicina preventiva em todas as faixas etárias, incentivando a população aos cuidados com alimentação, e a conscientização dos prejuízos causados pelos maus hábitos, sejam eles tabaco, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo entre outros.

Investimento na educação é imprescindível, visto que esse fator é de suma importância no combate à desigualdade social. Apresentar propostas diferenciadas de educação para combater a disparidade de instrução dos indivíduos dentro das regiões brasileiras. Sendo que uma das intervenções iminentes é garantir o prosseguimento dos estudos daqueles residentes nas áreas menos desenvolvidas, garantindo dessa forma que não haja evasão escolar principalmente nas regiões do Norte e Nordeste. Mesmo que medidas adotadas para educação não sejam suficientes para que se erradiquem as desigualdades regionais, são de grande importância para que essas desigualdades não se tornem ainda mais dramáticas.

Frente à tendência do envelhecimento da população uma situação a ser estudada é como financiar a previdência social, sendo que hoje com uma população economicamente ativa maior que a população dependente, a previdência já apresenta déficits orçamentários. Dessa forma, segundo BELTRÃO (et al, 2004), a questão fundamental é como ajustar os sistemas previdenciários em meio as transformações no ambiente econômico, político e social, e nas variáveis demográficas em uma sociedade com sérios problemas de desigualdade de renda, grande contingente no mercado informal, baixa escolaridade e governos com sérios problemas orçamentários.

Enfim, dentro de um cenário de tamanha diversidade, os desafios para as políticas públicas também são diversos. Os bônus e os ônus da transição demográfica

devem ser levados em consideração pelos governantes para que se tenha como promover justiça social em um país tão desigual.

5 REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz. *A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica*. Texto para Discussão n°. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

ALVES, J. E. D.; BRUNO, M.A.P. *População e Crescimento Econômico de Longo Prazo no Brasil: Como Aproveitar a janela de Oportunidade Demográfica?* Texto para Discussão n. 1311, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ie.ufrj.br/datacenter/ie/pdfs/seminarios/pesquisa/texto1311.pdf>

BARRETO, M.L. et al. *Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século*. Brasília, Epidemiologia e Serviço de Saúde, vol.12 – n.2, Jun, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lartigo_mudancas_morbimortalidade.pdf

BECKER, S. G. *“The Demand for Children”* In: A Treatise on the Family. 1994. p93-112. apud SOARES, W.; AGUIRRE, M.C. Redes Sociais, Gênero e Fecundidade: a fuga do reino das citações. In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Minas Gerais, nov, 2002.

BELTRÃO, K. I. et al. *Transformação no padrão etário da mortalidade brasileira em 1979-1994 e o seu impacto na força de trabalho*. Rio de Janeiro, IPEA, 1997. (Texto para Discussão n° 512). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/1997/td_512.pdf

BELTRÃO, K. I. et al. *Transição Demográfica no Brasil: Uma Agenda para Pesquisa*. Rio de Janeiro, IPEA, 1993. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/ppp/ppp12/parte9.pdf>

BELTRÃO, K. I. *Dinâmica Populacional Brasileira na Virada do Século XX*. Rio de Janeiro, IPEA, 2004. (Texto para Discussão n° 1034). Em co-autoria com Ana Amélia Camarano e Solange Kanso. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/2004/td_1034.pdf

BELTRÃO, K.I. et al. *O Idoso e a Previdência Social*, In: CAMARANO, A.A. (orgs). Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60. Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

BRASIL: *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro: BENFAM, 1997. 182p.

CADWELL, J. C. *“Toward a Restatement of Demographic Transition Theory”*. Population and Development Review. 1976. vol. 2, p.321-366 apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

CAMARANO, A. A. *Fecundidade e anticoncepção da população de 15-19anos*, In: VIEIRA, E. M. et al. (orgs). *Seminário gravidez na adolescência*. Rio de Janeiro: Ponto & Linha, p. 35-46, 1998.

CARVALHO, J.A.M.: PAIVA, P.T.A.: SAWYER, D.R. *A Recente Queda da Fecundidade no Brasil: evidências e interpretação*: Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFGM, 1981. (Monografia, 12).

Centro de Gestão e Estudos Estratégicos, CGEE. *Populações e políticas sociais no Brasil: os desafios da transição demográfica e das migrações internacionais*. Brasília. p. 19-144. 2008.

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. apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

COALE, A.: HOOVER, E. *População e Desenvolvimento Econômico*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1966.

DIAZ-BRIQUETS, S. *Income redistribution and mortality change: the cuban case*. México: Organização Mundial de Saúde, 1978.

FARIA, V. E. *Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Conseqüências não Antecipadas e Efeitos Perversos*. In: CIÊNCIAS sociais hoje. São Paulo, ANPOCS, 1989.

JOHANSSON, S.; MOSK, C. *Exposure, resistance and life expectancy: disease and death during the economic development of Japan, 1900-1960*. Population Studies, London, v.41, n.2, p;207-235, Jul. 1987. apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

KNODEL, J.; VAN DE WALLE, E. *Lessons From the Past: policy Implication of Historical Fertility Studies*. Population and Development Review, New York, v.r, n.2, p.217-246, Jun. 1979. apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

KORNIS, G. E., ROCHA, P. M. A saúde no Brasil dos “Tucanos”. Quo Vadis? Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 1996. (Estudos em saúde coletiva, n. 144)
MEDEIROS, M. *A Maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social*. In: VIEIRA, E.M. et al. (orgs). Seminário gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Ponto & Linha, p. 74-91, 1998.

MEDEIROS, M. *A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990*. Brasília: IPEA, 2001. (Texto para Discussão nº 852). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td_0852.pdf

MELO, A. V. *Gravidez na adolescência: nova tendência na transição da fecundidade no Brasil*. Anuais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: Abep, p. 1.439-1.454, 1996.

MERRICK, T.; BERQUÓ, E. *The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility*. Washington, National Academy, 1983. apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

MCKEOWN, T.; RECORD, R.; TURNER, R. *An Interpretation of Decline of Mortality in England and Waler During the Twentieth Century*. Population Studies, London, v.29, n.3, p391-722, Nov. 1975. apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

NOTESTEIN, F. *Population: the long view*. In: SCHULTZ, T.W. (Ed.) Food for the world. Chicago: Universit of Chicago press, 1945. apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

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 apud ALVES, José Eustáquio Diniz. A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica. Texto para Discussão nº. 4, Rio de

Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em:
<http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

PAIVA, P.T.A. *O processo de proletarianização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil*. In: MIIRÓ, C. et al. *Transição da Fecundidade: análises e perspectivas*. São Paulo: CLACSO, 1985.

RETGERFOP.D, R.; PALMORE, J. *Diffusion process affecting fertility regulation*. In: BULATAO, R.; LEE, R. (Ed.) *Determinantes of fertility in developing countries*. Washington: National Academy Press, 1983. p.761-796 apud ALVES, José Eustáquio Diniz. *A Polêmica Malthus Versus Condorcet Reavaliada à Luz da Transição Demográfica*. Texto para Discussão nº. 4, Rio de Janeiro: IBGE/ENCE, 2002. Disponível em: <http://www.ced.uab.es/jperez/pags/Teorias/Textos/Diniz2002.pdf>

REVISTA SCIELO. *Impacto econômico dos casos de doença cardiovascular grave no Brasil: uma estimativa baseada em dados secundários*. Maria Inês Reinert Azambujal; Murilo Foppal, II; Mário Fernando de Camargo MaranhãoIII; Aloyzio Cechella Achuttill. Arq. Bras. Cardiol. v.91. n.3, São Paulo, Set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001500005&lng=pt&nrm=is0

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1979.

WOOD, Charles H. *A Demografia da Desigualdade no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 1994.

Sites visitados:

<http://www.ipea.gov.br>
<http://www.ibge.gov.br>
<http://www.ipardes.gov.br>
<http://www.ippuc.org.br>
<http://portal.mec.gov.br>
<http://www.datasus.gov.br>