

**ESCOLA NACIONAL DE CIÊNCIAS ESTATÍSTICAS  
MESTRADO EM ESTUDOS POPULACIONAIS E PESQUISAS SOCIAIS**

**ALINE DA CUNHA MIRANDA**

**CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**Rio de Janeiro  
Abril de 2007**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**ALINE DA CUNHA MIRANDA**

**Dissertação apresentada à  
Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE,  
como requisito para a obtenção do título de  
Mestre em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Amélia Camarano**

**Rio de Janeiro  
Abril de 2007**

**FOLHA DE APROVAÇÃO****ALINE DA CUNHA MIRANDA****CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS  
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**Dissertação apresentada à  
Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE,  
como requisito para a obtenção do título de  
Mestre em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais**

**APROVADO EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**BANCA EXAMINADORA****Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>****Instituição:****Assinatura:** \_\_\_\_\_**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>****Instituição:****Assinatura:** \_\_\_\_\_**Prof. Dr.****Instituição:****Assinatura:** \_\_\_\_\_

*Em memória de minhas avós, Odette e Dinar.*

## **AGRADECIMENTOS:**

Ao meu marido Cláudio Felipe, pelo carinho, paciência e inestimável ajuda prestada na elaboração deste trabalho.

Aos meus pais Áurea e Ademir e irmã Elaine, pelo incentivo, apoio e por todas as condições que criaram para que eu conseguisse dedicar-me ao Mestrado.

À minha tia Aída e meus primos André, Adriana e Andréa sempre presentes em minha vida e torcendo pelo meu sucesso.

À Ana Amélia Camarano, minha orientadora, pela ajuda, paciência e parceria no desenvolvimento desta dissertação.

À Solange Kanso e Maria Tereza Pasinato, pelo apoio e boa vontade em esclarecer minhas dúvidas sobre as bases de dados e pela ajuda na busca de referências bibliográficas.

Aos funcionários do IPEA pela receptividade e gentileza.

À Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) e aos atenciosos funcionários.

Aos professores do Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisa Social pela disponibilidade, ensinamentos e incentivos.

Aos amigos Viviane Duarte, Daniela Gomes, Marcelo Vieira, Daniele Machado, Celso, Simone e Adelmo pelo apoio, companheirismo e pela torcida positiva para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional.

Aos colegas de Mestrado, pelos grupos de estudo, pelo carinho e companheirismo que certamente contribuiram para a superação de cada um de nós.

*“Conseguir envelhecer bem é não se deprimir, ter uma vida ativa, não ter um problema grave de saúde e aproveitar a maturidade que a velhice proporciona”.*

*Fernanda Torres, atriz.*

**RESUMO:**

Este trabalho analisa como vive o idoso do Estado do Rio de Janeiro e busca investigar se as condições de vida dessa população melhoraram nos últimos anos. Assumindo que o que determina a “dependência” dos idosos é a sua perda de autonomia (física e mental) e de renda, esta dissertação procurou mostrar se estas condições mudaram no período estudado, que foi de 1991 a 2003. Considerou-se para isto, indicadores de saúde, de participação no mercado de trabalho, rendimentos e posição na família. Diante da participação deste segmento no mercado de trabalho e no orçamento familiar, da ampliação do acesso aos serviços de saúde e da evolução tecnológica da medicina, esperava-se que ao longo dos anos transformações ocorressem no que diz respeito à realidade social dessa população.

Os dados utilizados nas análises foram os provenientes, principalmente, dos Censos Demográficos (IBGE), contudo, alguns indicadores propostos foram calculados a partir das informações das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs), bem como dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde .

Pode-se dizer, em geral, que os idosos residentes no Estado do Rio de Janeiro estão vivendo mais e em melhores condições de vida. Estas são inferidas pelo aumento na proporção de alfabetizados, no rendimento médio do idoso, na contribuição dos idosos na renda familiar, no aumento da esperança de vida da população idosa e quanto à percepção da própria saúde, entre 1998 e 2003, uma maior proporção de idosos que se auto-avaliaram como tendo bom estado de saúde. Também, observou-se uma redução na proporção de idosos com dificuldades nas atividades da vida diária. Em síntese, pode-se dizer que houve uma melhoria nas condições de vida dos idosos do Estado do Rio de Janeiro e uma redução de sua “dependência”.



**ABSTRACT:**

The main purpose of this study is to analyse living conditions of the Rio de Janeiro elderly population and searches to investigate if these conditions had improved in recent years. Assuming that the determinants of the “dependence” of the elderly population it is their lack of autonomy (physics and mental) and of income, this dissertation tried to show if these autonomy conditions had changed in the studied period, from 1991 to 2003. It was considered indicators of health, participation in labour force, income and position in the family. The participation of this population group in labour force and in the family budget, as well as better health conditions suggest transformations to the social reality of this population. Also, a reduction in the “dependence” of the elderly population.

The data used in the analyses are obtained from Demographic Censuses (IBGE). However, some considered indicators had been calculated from the Brazilian National Household Sample Surveys (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD) and data from the Ministry of Health.

It can be said, in general, that the studied elderly population are living more and in better conditions of life due to the increase in the literacy ratio on income, on life expectation and it to health conditions. Also, a reduction it was observed in the proportion of those with difficulties in the activities of daily life.

## SUMÁRIO

Lista de Gráficos	xi
Lista de Tabelas	xiii
<b>1. Introdução</b>	<b>1</b>
<b>2. Características Demográficas</b>	<b>5</b>
2.1 Composição da população por sexo e idade	5
2.2 Composição por idade da população idosa	7
2.3 Gênero e velhice	8
2.4 Composição por cor ou raça	12
2.5 Escolaridade	14
2.6 Composição por estado conjugal	15
<b>3. Mortalidade e Saúde</b>	<b>17</b>
3.1 Nível da mortalidade	17
3.2 Causas de morte	18
3.3 Condições de saúde	22
3.4 Deficiência	27
3.5 Sumário dos resultados	32
<b>4. Violência</b>	<b>33</b>
4.1 Mortalidade por causas externas	34
4.2 Internações por causas externas	37
4.3 Sumário dos resultados	40
<b>5. Trabalho e Rendimentos</b>	<b>41</b>
5.1 Visão Geral	41
5.2 Ocupação dos idosos	45
5.3 Posição na ocupação	46
5.4 Horas trabalhadas	47
5.5 Aposentadoria	48
5.6 Idoso aposentado que trabalha	50
5.7 Rendimentos	52
5.8 Sumário dos resultados	55
<b>6. Arranjos Familiares que Contêm Idosos</b>	<b>56</b>
6.1 Posição no domicílio	56

6.2 Arranjos familiares no Estado do Rio de Janeiro .....	60
6.3 Participação na renda da família .....	62
6.4 Composição dos domicílios DE e COM idosos .....	64
6.5 Características das famílias DE e COM idosos .....	66
6.6 Idosos com dificuldades para a vida diária .....	68
6.7 Sumário dos resultados .....	71
<b>7. Comentários finais .....</b>	<b>73</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>I</b>

## Lista de Gráficos

Gráfico 1	Rio de Janeiro: Taxa anualizada de crescimento da população residente, segundo os grandes grupos etários 1940-2000	5
Gráfico 2	Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 1940	6
Gráfico 3	Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 1980	6
Gráfico 4	Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 1991	6
Gráfico 5	Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 2000	6
Gráfico 6	Rio de Janeiro: População idosa 1940-2000	7
Gráfico 7	Rio de Janeiro: Proporção da população idosa por cor/raça 1991 e 2000	12
Gráfico 8	Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa por cor/raça, segundo o sexo 1991 e 2000	13
Gráfico 9	Rio de Janeiro: Esperança de vida ao nascer (e0) e aos 60 anos (e60) por sexo 1991 e 2000	18
Gráfico 10	Rio de Janeiro: Proporção de idosos pelo tipo de serviço procurado, 1998 e 2003	26
Gráfico 11	Rio de Janeiro: Proporção da população idosa portadora de alguma deficiência por grupos de idade e sexo 2000	28
Gráfico 12	Rio de Janeiro: População economicamente ativa 1991 e 2000	42
Gráfico 13	Rio de Janeiro: Taxas específicas de atividade da população idosa 1991 e 2000	43
Gráfico 14	Rio de Janeiro: Proporção da população idosa ocupada por sexo e idade	45
Gráfico 15	Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa por sexo, segundo as horas trabalhadas 1991 e 2000	47
Gráfico 16	Rio de Janeiro: Proporção da população idosa aposentada por sexo e idade 1991 e 2000	48
Gráfico 17	Rio de Janeiro: Proporção da PEA idosa aposentada por sexo e idade 1991 e 2000	49
Gráfico 18	Rio de Janeiro: Taxas específicas de atividade da população idosa aposentada por sexo e grupos de idade 1991 e 2000	50
Gráfico 19	Rio de Janeiro: Composição do rendimento da população idosa, segundo as fontes de rendimento - 2000	52

Gráfico 20	Rio de Janeiro: Proporção de homens idosos, segundo as classes de rendimento por idade 1991 e 2000	54
Gráfico 21	Rio de Janeiro: Proporção de mulheres idosas, segundo as classes de rendimento por idade 1991 e 2000	54
Gráfico 22	Rio de Janeiro: Proporção de idosos classificados como responsáveis pelo domicílio por estado conjugal e sexo 2000	59
Gráfico 23	Rio de Janeiro: Proporção de idosos classificados como outros parentes por estado conjugal 2000	60
Gráfico 24	Rio de Janeiro: Distribuição percentual segundo a presença de idosos 1991 e 2000	61
Gráfico 25	Rio de Janeiro: Participação percentual na renda da família dos vários membros por tipo de família 2000	63
Gráfico 26	Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos domicílios DE idosos por tipo 1991 e 2000	65
Gráfico 27	Rio de Janeiro: Composição percentual dos domicílios COM idosos 1991 e 2000	66

## Lista de Tabelas

Tabela 1	Rio de Janeiro: Razão de sexo da população idosa por grupos de idade 1980 - 2000	10
Tabela 2	Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa alfabetizada por sexo 1970-2000	14
Tabela 3	Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa por estado conjugal e sexo 1950-2000	15
Tabela 4	Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos óbitos da população idosa, segundo as principais causas de morte 1991 e 2000	20
Tabela 5	Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos óbitos por doenças do aparelho circulatório da população idosa por sexo, segundo algumas causas específicas 1991 e 2000	21
Tabela 6	Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos óbitos da população idosa por sexo e idade, segundo as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório 1991 e 2000	22
Tabela 7	Rio de Janeiro: Proporção de idosos, segundo a sua avaliação de saúde por idade e sexo 1998 e 2003	23
Tabela 8	Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa pelo tipo de doença declarado, segundo sexo 1998 e 2003	24
Tabela 9	Rio de Janeiro: Proporção da população idosa coberta por plano de saúde, segundo o sexo 1998 e 2003	25
Tabela 10	Rio de Janeiro: Proporção de idosos portadores de alguma deficiência, segundo o tipo de deficiência e o sexo 2000	30
Tabela 11	Rio de Janeiro: Distribuição percentual de idosos por grau de dificuldade em exercer algumas atividades 1998 e 2003	31
Tabela 12	Rio de Janeiro: Distribuição dos óbitos da população idosa por causas externas e sexo 1991 e 2000	36
Tabela 13	Rio de Janeiro: Proporção dos óbitos da população idosa decorrentes de quedas e acidentes de trânsito e transporte no conjunto das causas externas, segundo sexo e faixa etária	36
Tabela 14	Rio de Janeiro: Distribuição percentual das internações por causas externas da população idosa por grupos de idade, sexo e tipo de causa 2000	38
Tabela 15	Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população economicamente ativa idosa por posição na ocupação e sexo 2000	46
Tabela 16	Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos idosos, segundo a posição no domicílio 1991 e 2000	57

Tabela 17	Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos idosos, segundo a posição no domicílio por sexo e idade 1991 e 2000	58
Tabela 18	Rio de Janeiro: Tamanho médio e número médio de filhos nas famílias, segundo a presença de idosos 1991 e 2000	62
Tabela 19	Rio de Janeiro: Número médio de membros, segundo a relação com o chefe dos domicílios DE idosos 1991 e 2000	67
Tabela 20	Rio de Janeiro: Algumas características das famílias DE e COM idosos 1991 e 2000	68
Tabela 21	Rio de Janeiro: Proporção de idosos, segundo dificuldades para a realização das atividades da vida diária e sexo 1998 e 2003	69
Tabela 22	Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos idosos com dificuldades nas atividades da vida diária por tipo de família 1998 e 2003	70
Tabela 23	Rio de Janeiro: Proporção de idosos com dificuldades para a realização das atividades da vida diária por sexo e condição no domicílio 1998 e 2003	70

## 1. Introdução

O fenômeno do envelhecimento populacional iniciou-se nos países desenvolvidos na segunda metade do século XX e, recentemente, está atingindo de forma mais acentuada os países em desenvolvimento. Esse fenômeno é muitas vezes visto com preocupação, sendo até considerado como uma ameaça ao futuro, por serem os idosos considerados improdutivos, grandes consumidores de recursos públicos, principalmente, de benefícios previdenciários e serviços de saúde (Camarano e Pasinato, 2004). Essa preocupação deriva-se da constatação de que o grupo populacional considerado em idade dependente cresce a taxas mais elevadas que o em idade ativa. Isto se deve à queda da fecundidade e ao aumento da esperança de vida ou redução da mortalidade. Segundo Moreira (2000), do ponto de vista demográfico, uma população envelhece quando a taxa de crescimento da população considerada idosa é superior à da população jovem por um período sustentado de tempo. Como decorrência modifica-se a estrutura etária, aumentando a participação relativa dos idosos no total da população, amplia a razão entre a população idosa e a jovem e a idade média da população incrementa.

No entanto, reconhece-se que o aumento da esperança de vida em todas as idades é uma das grandes conquistas do século XX, mas que gera também desafios sociais, econômicos, políticos e culturais (Lloyd – Sherlock, 2004). No Brasil, de acordo com Beltrão, Camarano e Kanso (2004), a proporção da população de 60 anos e mais no total da população brasileira passou de 4,0% em 1940 para 8,6% em 2000. Espera-se que ela alcance 14% em 2020. A Esperança de vida da população masculina brasileira passou de 58,5 anos para 67,5 entre 1980 e 2000. A população feminina experimentou ganhos mais elevados que a masculina, de cerca de 11 anos, passando de 64,6 para 75,8 anos (Camarano, Kanso e Mello, 2004). O acréscimo na expectativa de vida é resultante do avanço de políticas econômicas e sociais e da tecnologia médica que resultaram em uma melhoria das condições de vida em geral e de saúde, em particular.

O aumento da idade traz vulnerabilidades tais como perda de autonomia, dependência econômica, debilidades físicas e mentais trazidas pelas doenças próprias da velhice e maior demanda por serviços de saúde e necessidade de cuidados. De acordo Camarano (2006), pode-se esperar para o futuro próximo um crescimento a taxas elevadas do contingente de idosos que vivem por mais tempo. Segundo a autora, a perspectiva para médio prazo é de continuação da redução da mortalidade em todas as idades e, em especial, nas avançadas, onde se encontra a



maior proporção de pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, com dificuldades para lidar com as atividades do cotidiano e por isso é importante que sejam examinadas as oportunidades, problemas e desafios de uma proteção social efetiva para esta população.

A presente dissertação tem como objetivo analisar as condições de vida da população idosa do Estado do Rio de Janeiro e as transformações nelas ocorridas nos últimos anos. Estaremos considerando como população idosa, a formada pelas pessoas de 60 anos e mais, conforme definido pela Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) e pelo Estatuto do Idoso. A escolha em investigar a população idosa do Rio de Janeiro se deu em função do crescimento desta estar ocorrendo de forma mais acelerada do que no resto do país. Os dados utilizados são os provenientes, principalmente, dos Censos Demográficos, das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs), bem como dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde no sistema DATASUS.

O trabalho está dividido em seis capítulos além desta introdução. O primeiro descreve as características demográficas da população estudada. Considerou-se a composição por sexo e idade da população idosa por cor ou raça, escolaridade, o seu ritmo de crescimento e composição por estado conjugal. Neste sentido, trata-se de uma exploração inicial, visando, principalmente, detalhar alguns aspectos das condições de vida dos idosos. Aborda, também, a questão da feminização da velhice que é um tema bastante discutido nos estudos de envelhecimento devido à menor mortalidade feminina e, por conseguinte, a predominância das mulheres nessa população. A maior preocupação com a questão do envelhecimento populacional e, em especial, com o feminino, decorre do fato de se encarar esse contingente como dependente e vulnerável não só do ponto de vista econômico, como também de debilidades físicas, o que pode acarretar perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades do cotidiano. O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergeracionais e um assunto com fortes características de gênero. Em geral, são as mulheres as mais dependentes de cuidado e as tradicionais “cuidadoras” (Camarano, 2003).

O segundo capítulo trata de mortalidade e saúde. As informações sobre causas da mortalidade desempenham um papel fundamental na avaliação do processo saúde-doença e contribuem de maneira decisiva para o conhecimento dos perfis de saúde de uma população e para a formulação de políticas e programas de saúde (Paes, 2000). O que era antes um privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Essa grande

conquista do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio. Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde (Veras e Lima-Costa, 2003), outro desafio diz respeito à violência que é tratada no terceiro capítulo.

Do ponto de vista epidemiológico, a violência contra os idosos é um fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A vitimização dos velhos, no entanto, é um fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações são reconhecidas desde as estatísticas epidemiológicas mais antigas. Nesse momento histórico, o crescimento da população idosa oferece um clima de publicização e de politização das informações sobre maus-tratos e abusos de que são vítimas, tornando-as um tema obrigatório na pauta de questões sociais (Ministério da Saúde, 2005).

O quarto capítulo aborda a inserção do idoso no mercado de trabalho. Conforme considera Camarano (2001), a análise da participação do idoso nas atividades econômicas tem um caráter diferente das análises tradicionais de mercado de trabalho. No caso brasileiro, a renda do trabalho tem uma participação importante na renda do idoso. A preocupação central não é com a pressão que o idoso possa fazer neste mercado, mas a de analisar a sua participação como um indicador de sua dependência ou não. Uma particularidade muito específica do mercado de trabalho brasileiro é a participação do aposentado. O aumento da parcela da PEA constituída por aposentados pode estar refletindo, por um lado, a maior cobertura do benefício previdenciário e, por outro, o aumento da longevidade conjugado com melhores condições de saúde, que permitem que uma pessoa ao atingir os 60 anos esteja em boas condições cognitivas, físicas e psicológicas para exercer uma atividade econômica.

O quinto capítulo analisa as condições do idoso no domicílio onde reside e as suas relações familiares. Dada a predominância, em quase todo o mundo, de um modelo de políticas sociais que privilegia o enxugamento do Estado, as famílias estão sendo cada vez mais requeridas para cuidarem dos seus segmentos “vulneráveis”. Apoios intergeracionais têm sido crescentemente importantes como estratégias de sobrevivência, embora sob a forma de arranjos familiares diferenciados. Na velhice, principalmente no caso da mulher, a constituição de uma família continua sendo fundamental para os tipos de arranjos familiares e a ajuda potencial de filhos e outros parentes nas etapas avançadas de suas vidas. Por outro lado, um conjunto de

resultados internacionais desmistifica a idéia de que residir com os filhos ou fazer parte de famílias extensas seria garantia de uma velhice segura (Goldani, 1999). Do ponto de vista da população idosa, dois fatores são importantes na determinação da sua “necessidade” de co-residência: as suas condições de saúde e autonomia e a sua renda quando da perda da capacidade laboral (Camarano, 2003).

Finalmente, no último capítulo tecem-se os comentários finais.

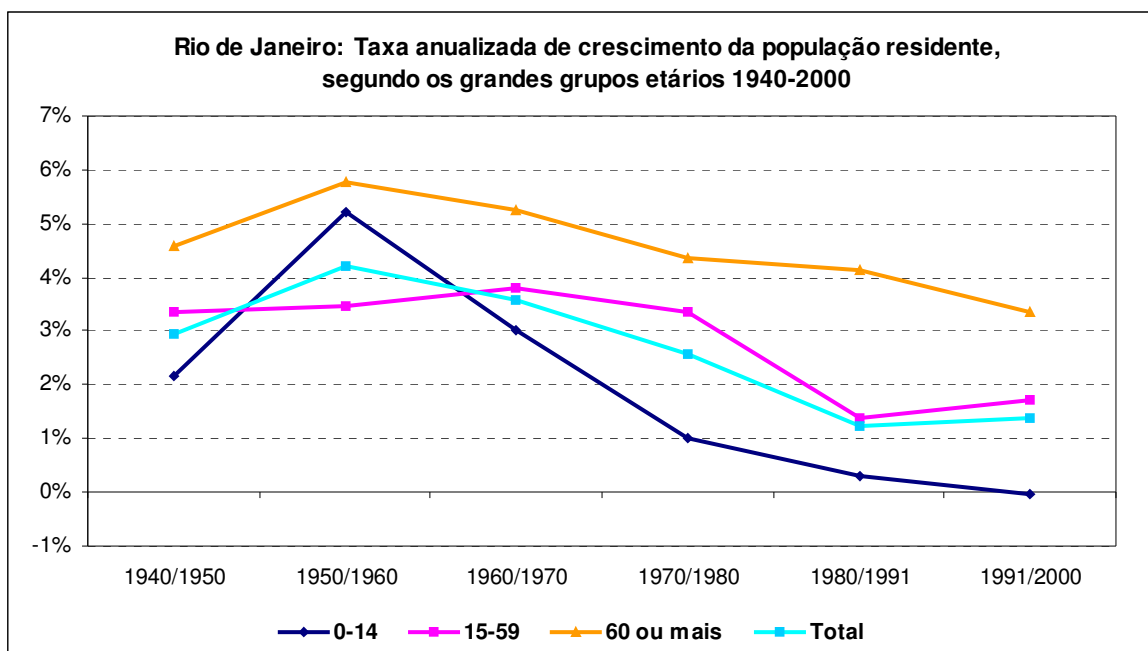
## 2. Características Demográficas

### 2.1 Composição da população por sexo e idade

O Estado do Rio de Janeiro representa 0,5% do território do país, abriga cerca de 8,5% da população brasileira (14.391.282 habitantes em 2000) e possui um dos maiores índices de concentração populacional do país, 328 habitantes por quilômetro quadrado. Apresenta, também, a maior taxa de urbanização do Brasil. Em 2000, 96,0 % da população do Estado residia em áreas urbanas (Fundação CIDE, 2005).

Considerando o total da população do Rio de Janeiro, a mais elevada taxa de crescimento foi observada entre os anos de 1950 e 1960 (4,19%), conforme mostra o gráfico 1. O ritmo de crescimento acompanhou o padrão nacional, ou seja, a população cresceu a taxas elevadas entre 1940 e 1970 e desacelerou a partir daí. A população idosa apresentou taxas de crescimento que atingiram valores superiores às taxas apresentadas pelas demais faixas de idade, caracterizando o processo de envelhecimento populacional.

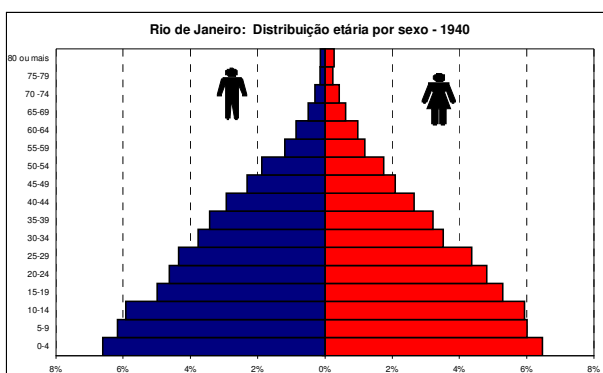
**Gráfico 1**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos de 1940 a 2000

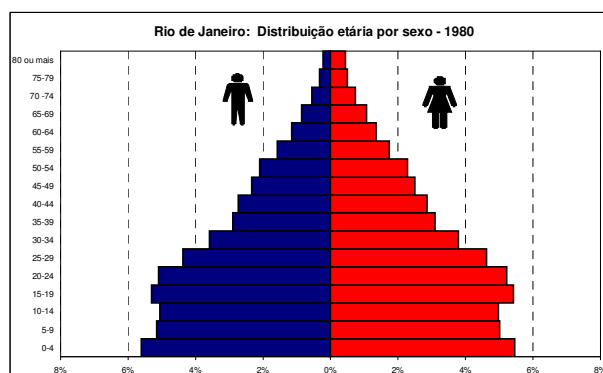
Em 1940, a população do Estado do Rio de Janeiro podia ser considerada uma população jovem, 37,1% era constituída por crianças entre 0 e 14 anos (ver gráfico 2). Como consequência da queda da fecundidade, já a partir do ano de 1960, a estrutura etária modificou-se, no sentido de seu envelhecimento o que ocorreu de forma intensa no Rio de Janeiro comparativamente ao Brasil (ver gráficos 3, 4 e 5). Tal situação é refletida no estreitamento da base da pirâmide o que configura uma população com menor proporção de jovens em relação à população total e uma proporção maior de adultos e de pessoas idosas. Ou seja, a queda da fecundidade gerou uma modificação nos pesos relativos dos diversos grupos etários, levando a um processo conhecido como *envelhecimento pela base*. A redução da mortalidade, especialmente nas idades mais avançadas, leva a que esse segmento populacional que passa a ser mais representativo no total da população sobreviva por períodos mais longos, resultando no *envelhecimento pelo topo* (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004).

Gráfico 2



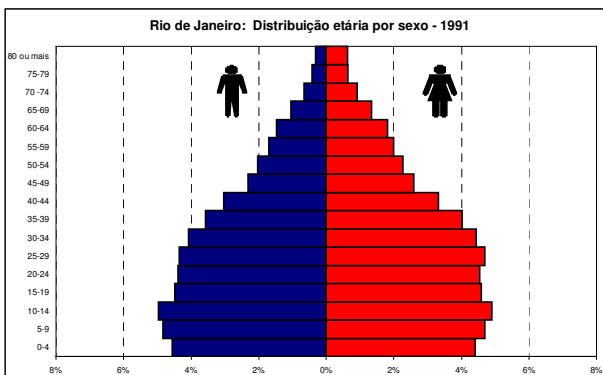
Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 1940

Gráfico 3



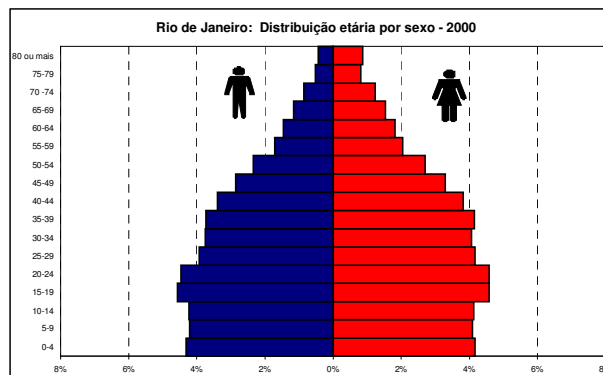
Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 1980

Gráfico 4



Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 1991

Gráfico 5

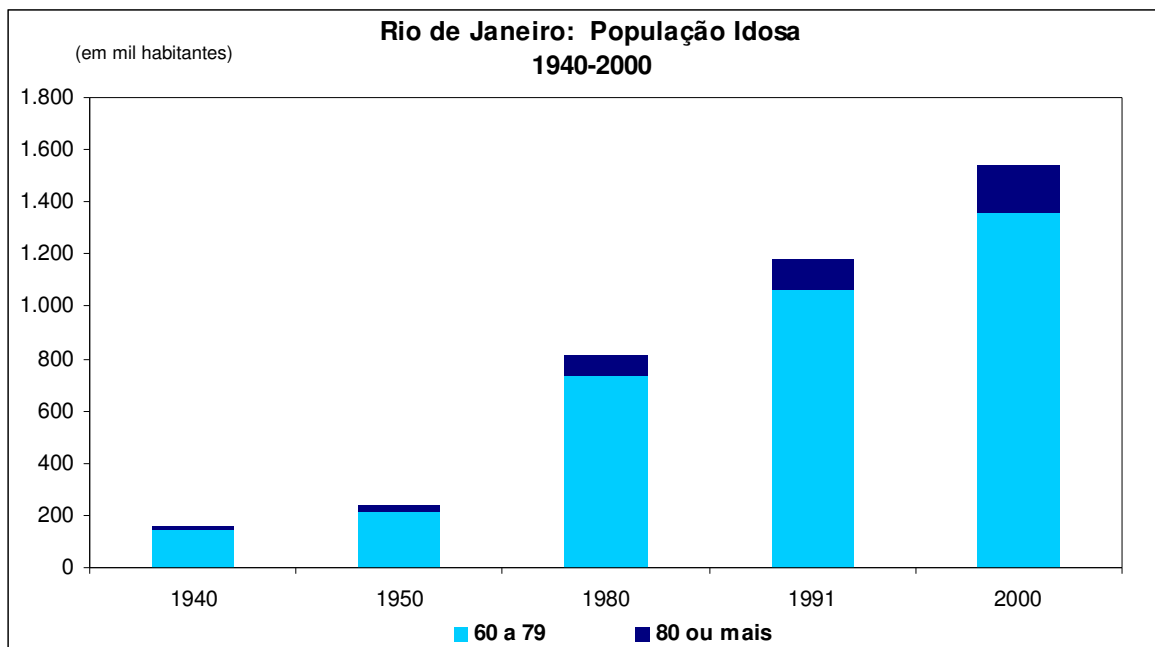


Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 2000

## 2.2 Composição por idade da população idosa

Entre 1940 e 2000, o número de pessoas idosas no Estado do Rio de Janeiro aumentou cerca de 10 vezes (ver gráfico 6). Este aumento foi relativamente maior nos grupos etários mais avançados (80 anos ou mais). Em relação à população total a proporção da população de 60 a 79 anos passou de 4% para 9,4% e a referente à população de 80 ou mais passou de 0,4% para 1,3%. Portanto além do aumento da população idosa observou-se um envelhecimento dessa população, como já foi verificado para a população brasileira por Camarano, Kanso e Mello (2004). O aumento da representatividade do grupo de 80 anos ou mais é, em grande parte, resultado do aumento da expectativa de vida aos 60 anos, o que será visto no capítulo 3. Isto sugere que os avanços da tecnologia médica, a ampliação das redes de abastecimento de água e esgoto, o aumento da cobertura dos serviços de saúde, dentre outros fatores devem ter desempenhado um papel importante nesse crescimento.

**Gráfico 6**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos de 1940 a 2000

### 2.3 Gênero e velhice

A feminização da velhice é um tema comumente discutido na literatura. Esse processo se deve à menor mortalidade feminina, o que leva a que a população feminina predomine entre a população idosa. Além das diferenças biológicas, outros motivos também explicam a menor mortalidade feminina, tais como os descritos por Veras, Ramos e Kalache (1987). Estes são: diferença de exposição a riscos de trabalho; taxas de mortalidade maiores nos indivíduos do sexo masculino por causas externas (acidentes em geral, acidentes de trânsito, homicídios, quedas, suicídios e outras); diferenças no consumo do tabaco e álcool; diferenças de atitude em relação às doenças e incapacidades (as mulheres, em geral, são mais atentas ao aparecimento de sintomas e utilizam mais os serviços de saúde do que os homens); assistência médico-obstétrica, atualmente mais comum, evitando a mortalidade materna, o que no passado representava uma das causas de morte mais importante entre as mulheres. Além disso, homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferente. A idade não é um fator que homogeneiza as condições entre os idosos. Ao contrário, à medida que envelhecem, homens e mulheres se tornam menos parecidos e todas as conseqüências das diferenças genéticas se juntam e aparecem como determinantes para a sua saúde e longevidade (Goldani, 1999).

Segundo Neri (2001), nos estudos mais recentes, o foco da discussão não se restringe apenas ao aumento do número de mulheres na população idosa e na questão da dependência financeira, mas também na maior fragilidade física das mulheres em relação aos homens e na maior perda de autonomia. A autora ressalta que alguns estudos epidemiológicos mostram que a maior longevidade das mulheres idosas significa mais risco do que vantagem, uma vez que elas são física e socialmente mais frágeis do que os homens e que a feminização da velhice é vista, inclusive, como um problema médico social. Como conseqüência da sua maior longevidade as mulheres idosas ficam expostas a períodos mais longos de doenças crônicas. Essa observação sugere a importância dos cuidados médicos para com a mulher idosa, sem, no entanto esquecer os demais fatores sociais relacionados com a velhice na mulher, entre os quais despontam a redução de renda, a perda do companheiro e a solidão no final da vida (Veras, Veras, Ramos e Kalache, 1987).

A preocupação com a feminização da velhice tem levado a que poucos esforços estejam sendo empenhados em questões relacionadas ao envelhecimento masculino\*. É sabido que os homens experimentam maiores dificuldades com a saída do mercado de trabalho o que por vezes gera alcoolismo e até suicídios. Por outro lado, os homens têm maiores dificuldades na constituição de vínculos afetivos o que, dadas às mudanças na nupcialidade, pode dificultar a sua obtenção de cuidados na velhice (Camarano, 2006).

O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergeracionais e apresenta fortes características de gênero. Em geral, são as mulheres as mais dependentes de cuidado e as tradicionais “cuidadoras”. Cuidar de netos é, em geral, visto como uma extensão do trabalho doméstico feminino (Camarano, 2003). Goldani (1999) chama a atenção sobre a falta de visibilidade dos problemas da mulher idosa, vista como dependente da família, mas que cumpre a função de cuidadora de todos. Segundo a autora, a questão de gênero em termos de provisão de cuidados e ajuda mútua, é importante não só porque as mulheres estão mais conectadas com o espaço familiar, mas também pelas diferenças de recursos e oportunidades entre elas e os homens. As mulheres continuam sendo a maior fonte de recurso e de ajuda para seus pais e parentes idosos. Mudanças de gênero nos padrões de ajuda aos idosos não parecem estar ocorrendo e isso gera preocupação quanto à longevidade feminina, acompanhada das transformações em suas trajetórias, redefinição de papéis e responsabilidades. Para a autora, o entendimento do porquê das mulheres idosas estarem mais propensas do que os homens a se envolver no processo de intercâmbio com os filhos, e em geral cuidar mais dos idosos da família, resultaria de uma combinação de fatores. Entre eles, destacariam-se os culturais com grande peso para as relações e divisão de papéis de gênero socialmente definidas, discriminação e falta de oportunidades educacionais e de trabalho. Goldani considera, no caso do Brasil, que isto é verdadeiro para as coortes de mulheres atualmente idosas e acredita que para as suas filhas a situação tenda a melhorar.

Conforme assinalam Camarano e El Ghaouri (2003), existe uma preocupação quanto ao suporte familiar para os idosos devido ao menor número de membros na família dada a queda na fecundidade e a entrada da mulher no mercado de trabalho. Para as autoras, isto pode implicar em alterações na função tradicional da família de suporte e apoio aos idosos, seja pelo menor número de membros na família para cuidar destes ou pelo menor tempo da

---

\* Para este assunto, ver Romero (2002)



mulher para assumir o cuidados dos parentes idosos. A crescente inserção feminina no mercado de trabalho favorece a ajuda material ao idoso e desfavorece as demais ajudas. Na medida em que uma pessoa se aposente em boas condições de saúde, essa preocupação pode ser minimizada. Por outro lado, as tendências crescentes de divórcio e separações em quase todo o mundo podem enfraquecer os laços familiares e reduzir o apoio aos idosos dependentes.

**Tabela 1**

**Rio de Janeiro: Razão de sexo da população idosa por grupos de idade 1980-2000**

	1980	1991	2000
60-64	0,85	0,81	0,81
65-69	0,80	0,78	0,75
70-74	0,76	0,72	0,70
75-79	0,66	0,65	0,64
80 ou mais	0,50	0,51	0,51
Total	0,76	0,73	0,71

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1980 a 2000

A tabela 1 apresenta a razão de sexo\* da população idosa por grupos de idade, ilustrando a predominância das mulheres idosas no Rio de Janeiro. Tal fato é ainda mais evidente com o aumento da idade. Verificou-se em 2000 que no Estado do Rio, no grupo etário de 60 a 64 anos, os homens representavam 45% da população nessa faixa de idade e as mulheres 55%. Na faixa de 80 anos e mais essa diferença foi ainda mais significativa, os homens representavam 34% e as mulheres 66%. Pode-se dizer que além da menor mortalidade feminina, os movimentos migratórios desempenharam um papel importante nesse sentido. Uma consequência do fenômeno da migração diferencial por sexo é o aumento da razão de masculinidade rural e uma redução desta razão nas áreas urbanas (Camarano e Abramovay, 1999). Por exemplo, no Sudeste observa-se uma maior proporção de população idosa na zona urbana, resultante da migração de pessoas jovens das zonas rurais para as

\* Razão entre o número de homens e mulheres de uma dada população

urbanas e do Nordeste para os estados do Sudeste (Bercovich, 1993). Fato relevante desse processo é que com o passar dos anos esse grupo jovem de migrantes se transformará em novas parcelas da população idosa das grandes cidades (Veras, Ramos e Kalache, 1987).

*Berquó (1980), analisando dados do Brasil de 1970, constatou que as mulheres tendiam a deixar as zonas rurais com mais frequência que os homens. Esta situação continuou nas décadas seguintes, mostrando uma preferência das mulheres em dirigir-se a alguns Estados. Particularmente os do Sudeste. Este fenômeno provoca razões de sexo mais elevadas nas zonas rurais de origem e valores menores nas zonas de atração (Citado em Bercovich, 1993, pág. 130).*

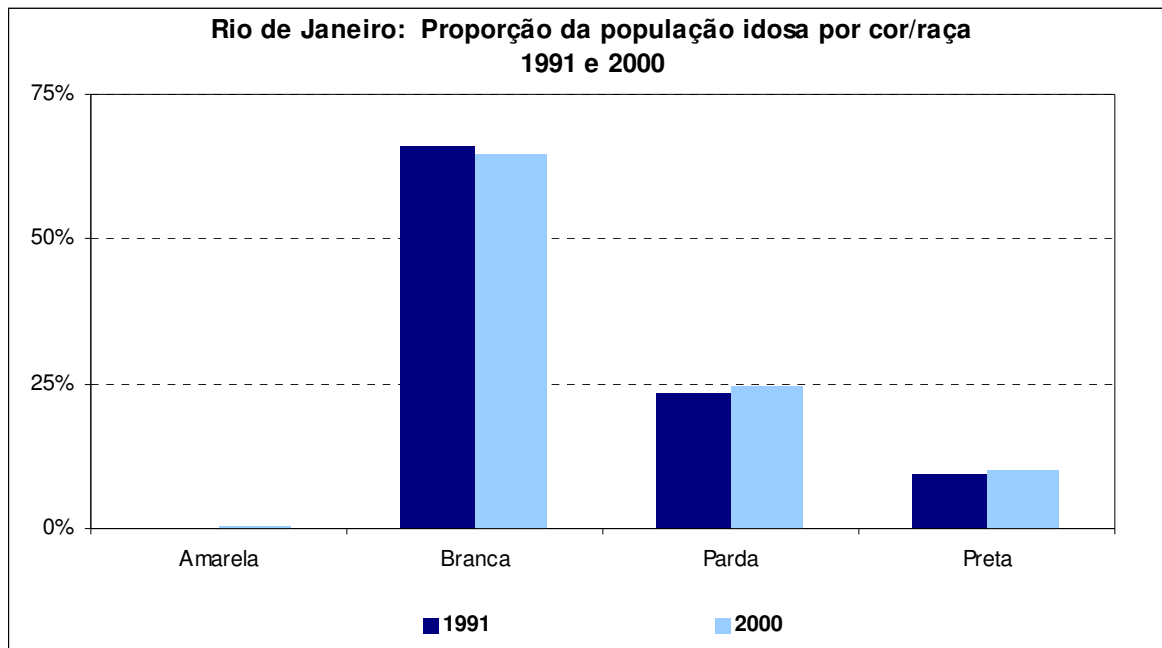
Para Camarano e Abramovay (1999), as possíveis hipóteses para a migração feminina seriam uma maior oferta de trabalho no meio urbano e à expansão do setor de serviços, tanto em empresas como em residência; a carga de trabalho pesada no interior das unidades de produção familiar rural, sem qualquer contrapartida que lhes indique horizontes em que sua permanência no campo possa ser valorizada. Deixar a residência paterna é o caminho mais curto para a independência econômica; ligação entre processos migratórios e formação educacional que apesar de baixa é um pouco maior do que as dos homens rurais.

Um estudo sobre as tendências demográficas no município do Rio de Janeiro realizado por Camarano, Kanso, Beltrão e Sugahara (2004), mostra que a migração no município é seletiva por sexo e idade. Uma particularidade da população carioca é a elevada proporção de mulheres em relação à de homens, tendência essa crescente no Rio. A razão entre os sexos no município passou de 0,92 para 0,88 entre 1980 e 2000. A queda nessa razão entre 1980 e 2000 se dá a partir do segmento etário de 30 anos. Como as mulheres tradicionalmente predominaram na migração para o Rio, a redução desse processo pode ter contribuído para que a queda da razão entre os sexos não fosse ainda mais expressiva. Por outro lado, a mais elevada mortalidade masculina na cidade contribui para a redução dessa razão.

## 2.4 Composição por cor ou raça

A maior proporção dos idosos do Estado do Rio de Janeiro era de cor branca seguida dos pardos e pretos tanto em 1991 quanto em 2000 (ver gráfico). Em 1991, a proporção de brancos foi de 65,9% e em 2000 64,5%. Os pardos representavam 23,7% e 24,4% nos dois anos respectivamente. A proporção de amarelos era pouco representativa, em 2000 correspondiam a 0,2% e os pretos 9,9%. Tais proporções em 2000 não se diferenciaram da população do Estado como um todo, em que 54,7% eram brancos, 33,5% pardos, 10,6% pretos e 0,2% amarelos. No Brasil a distribuição da população idosa por cor/raça em 2000 correspondia a 60,7% de brancos, 30,7 % pardos, 7,0% pretos. Amarelos e indígenas constituíam uma parcela pequena da população idosa, 1,2% (Camarano, Kanso e Mello, 2004).

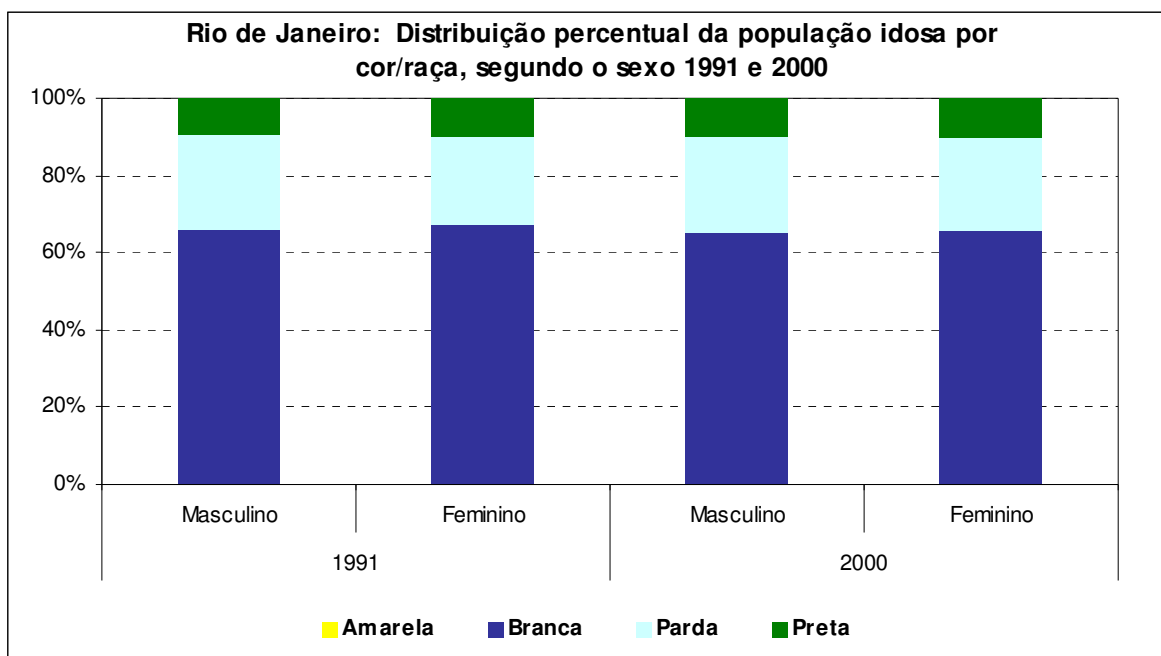
**Gráfico 7**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Não foram observados diferenciais expressivos na distribuição proporcional por cor/raça quanto ao sexo no Estado do Rio de Janeiro nos dois anos considerados. A proporção de mulheres brancas era ligeiramente maior do que a de homens brancos. Essa diferença foi de 1,3% em 1991 e passou para 0,5% em 2000. Em relação aos que se declararam pardos a maior parte era masculina. Nesse caso a diferença passou de 1,7% para 0,9%. Em 1991, comparadas aos homens, as mulheres declaradas pretas apresentaram proporção um pouco mais elevada 9,7% contra 9,3% de homens. Em 2000 eram 10,2% contra 9,7%. Entre os amarelos as proporções não sofreram alterações. No Brasil comparadas aos homens, as mulheres idosas apresentaram em 2000 uma proporção mais elevada de brancas e uma bem menor de pardas e pretas (Camarano, Kanso e Mello, 2004).

**Gráfico 8**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

## 2.5 Escolaridade

De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004), entre 1940 e 2000, foram observados no Brasil importantes avanços nos níveis educacionais da população idosa. A proporção de alfabetizados apresentou um aumento significativo, que foi mais intenso entre as mulheres (146%). Entre os homens, o aumento foi de 59%. No entanto, apesar de os ganhos no período terem sido mais significativos entre as mulheres, foram os homens idosos que se encontraram em melhores condições de alfabetização em 2000: 68,9%. Entre as mulheres, a proporção comparável foi de 63,4%.

No Rio de Janeiro, entre os anos de 1970 e 2000 a proporção de idosos alfabetizados aumentou expressivamente. Em 1970, 54,7% sabiam ler e escrever, em 2000, essa proporção passou para 82,7%. Observou-se também que, apesar dos avanços, ainda existiam em 2000 266 mil idosos analfabetos no Estado. A partir de 1980, as mulheres idosas passaram a apresentar proporções mais elevadas de alfabetização do que os homens (ver tabela 2).

**Tabela 2**

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa alfabetizada por sexo 1970-2000**

		1970	1980	1991	2000
Alfabetizadas	Masculina	31,3	33,8	34,8	35,8
	Feminina	23,4	37,2	42,3	46,9
Não alfabetizadas	Masculina	16,9	9,4	7,5	5,7
	Feminina	28,4	19,6	15,4	11,6
		100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE / Censos Demográficos de 1970 a 2000

## 2.6 Composição por estado conjugal

Analisando o perfil dos idosos por estado conjugal, a tabela 3 revela um aumento de idosos que se declararam separados, desquitados e divorciados. Em 1950 do total de homens 0,6% encontravam-se nessa condição; em 2000 já eram 6,8%. Entre as mulheres o aumento foi de 0,3% para 5,6%. Em todo o período analisado observou-se que a proporção de viúvas é maior para as mulheres do que para os homens. Em 2000 a proporção de idosas nessa condição era três vezes maior que a de idosos. Segundo Camarano (2003), isso se deve a maior longevidade da mulher e o recasamento mais freqüente entre os homens idosos. A proporção de idosos casados cresceu tanto para mulheres quanto para os homens entre 1950 e 2000 e a proporção homens solteiros não sofreu modificações, já em relação às mulheres houve um pequeno aumento.

**Tabela 3**

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa por estado conjugal e sexo 1950 - 2000**

Estado Civil	1950		1970		1980		2000	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Solteiros	12,8	13,5	11,0	12,2	6,1	10,5	12,0	14,8
Casados	66,8	26,3	65,5	21,2	78,8	34,4	68,1	34,4
Separados, desquitados e divorciados	0,6	0,3	3,5	2,6	3,8	4,8	6,8	5,6
Viúvos	19,8	59,9	19,9	64,0	11,3	50,3	13,1	45,1
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE / Censos Demográficos de 1950, 1970, 1980 e 2000

Segundo Pereira, Veras e Curioni (2003), as mulheres têm maiores possibilidades de viverem sozinhas nas idades mais avançadas. Em quase todo o mundo, o número de viúvas é maior que o de viúvos. Os diferenciais por sexo quanto ao estado conjugal são devidos, de um lado, à maior longevidade das mulheres e, por outro, a normas sociais e culturais prevalentes em nossa sociedade que levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. O novo casamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas (Camarano, 2003). Para Goldani (1999), a fase da viuvez no curso de vida das mulheres

idosas merece atenção especial pelas diferentes interpretações que tem gerado. A “ameaça” que a viuvez representa para as mulheres na velhice não se deve ao fato de que estas ficarão sem um homem, mas, sobretudo, pelo que representa esta condição em si mesma. Viver só nas idades mais avançadas é um fator de risco por uma série de aspectos negativos, e as viúvas têm maior probabilidade de viver sós que outras pessoas idosas. Debert (1999) tem uma visão diferenciada sobre a questão. Segundo ela, a tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. Em um contexto marcado por mudanças culturais radicais, a idéia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal. Além disso, idosas de todas as classes sociais formam hoje um segmento cada vez mais visível e diferenciado, que responde de modos mais variados às várias demandas da sociedade e do envelhecimento, num mundo crescentemente globalizado (Neri, 2001). Conforme destacou Camarano (2003), a viuvez vinha sendo apontada, em geral, como sinônimo de solidão e pobreza, contudo mudanças marcantes afetaram as condições de vida das mulheres idosas brasileiras. Uma delas, por exemplo, é mostrada pela redução do percentual de mulheres idosas sem rendimentos e outra pelo aumento na proporção de mulheres idosas chefes de família.

### 3. Mortalidade e Saúde

#### 3.1 Nível da mortalidade

De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004), no Brasil, foi observado para homens e mulheres um aumento na esperança de vida ao nascer e aos 60 anos entre 1980 e 2000. A esperança de vida masculina passou de 58,5 para 67,5 anos. As mulheres experimentaram ganhos mais elevados. Em 1980, a esperança de vida era 64,6 anos e em 2000 passou para 75,8 anos. Isto foi resultado da queda da mortalidade que beneficiou ambos os sexos, mas foi mais expressiva entre as mulheres. Como resultado, elas em 2000, apresentaram uma esperança de vida de 8,4 anos mais elevada que a dos homens, o que resulta na sua maior representatividade dentre a população idosa.

Para a população do Estado do Rio de Janeiro, o cálculo da esperança de vida\* obedeceu rigorosamente ao uso do método direto para a estimativa de uma tabela de sobrevivência. Foram utilizados, como dados básicos, os óbitos obtidos pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) ocorridos em 1991 e 2000 e a população censitária localizada temporalmente na metade do ano. Ambas as informações foram classificadas segundo grupos etários específicos, a saber: os menores de 1 ano de idade, a faixa de 1 a 4 anos e as idades agrupadas em intervalos quinquenais até o grupo aberto considerado, neste caso 80 anos ou mais.

A esperança de vida da população idosa masculina passou de 63,8 anos para 65,4 entre 1991 e 2000 (ver gráfico 9). Entre as mulheres, ela aumentou de 73,0 anos em 1991 para 73,9 anos em 2000. Ao contrário do que se observou para o Brasil como um todo, os ganhos na esperança de vida feminina foram menores que os da masculina. Observou-se, também, que em 1991, os homens que chegassem aos 60 anos poderiam viver mais 15,6 anos. Em 2000 esta expectativa passou para 17,1 anos. Já as mulheres em 1991 que completassem 60 anos de idade, teriam mais 19,1 anos de vida pela frente e em 2000 mais 20,8 anos de vida. Neste último caso, os ganhos na esperança de vida feminina foram maiores que na masculina.

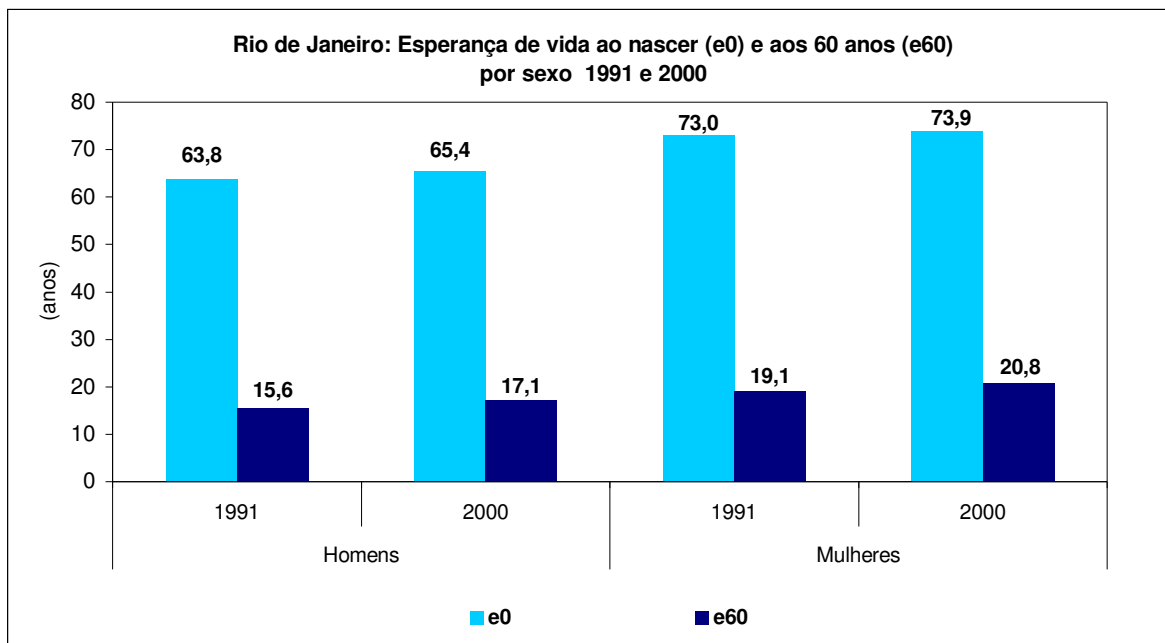
---

\* É o número médio estimado de anos que se espera que a pessoa sobreviva a partir de sua idade.



Para Camarano, Kanso e Mello (2004), os idosos brasileiros não só estão vivendo mais, mas desfrutando de melhores condições de vida devido à ação conjunta de três fatores, dentre outros, a ampliação da cobertura previdenciária, o maior acesso aos serviços de saúde e o crescimento da tecnologia médica. As autoras argumentam que as demandas na área de saúde dos idosos diferem das observadas para o restante da população, visto que o seu perfil de morbidade é caracterizado, principalmente por enfermidades crônicas. Esses consomem mais remédios, mais serviços de saúde, suas internações em hospitais são mais frequentes, assim como sua permanência nos mesmos é mais longa.

**Gráfico 9**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM)

### 3.2 Causas de morte

A vantagem das mulheres quanto à sua maior esperança de vida pode ser parcialmente atribuída às diferenças em doenças que acometem uns e outros. A taxa de doenças letais é muito maior entre os homens idosos que entre as mulheres idosas, entre as quais predominam as doenças não fatais, mas incapacitantes e crônicas, entre elas artrite e hipertensão. Entre os

homens prevalecem as doenças isquêmicas do coração. As mulheres idosas experimentam taxas mais altas de morbidade, mas exibem taxas de mortalidade mais baixas do que os homens para as mesmas moléstias (Neri, 2001).

Com base nos dados do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) foram analisadas as principais causas de morte em idosos no Estado do Rio de Janeiro. A categorização foi realizada segundo capítulos da Classificação Internacional de Doenças, CID-9 e CID-10. Para efeito de comparação foi necessário compatibilizar a CID-9 com a CID-10. A compatibilização dos Capítulos das CID-9 e CID-10 foi realizada conforme sugerida na literatura por Laurenti (1991): doenças infecciosas e parasitárias (Capítulo 1 da CID-9 e da CID-10); neoplasias (Capítulo 2 da CID-9 e da CID-10); doenças do aparelho circulatório (Capítulo 7 da CID-9 e Capítulo 9 da CID-10); doenças do aparelho respiratório (Capítulo 8 da CID-9 e Capítulo 10 da CID-10); doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (Capítulo 3 da CID-9 e Capítulo 4 da CID-10); sintomas, sinais e afecções mal definidas (Capítulo 16 da CID-9 e Capítulo 18 da CID-10); doenças do aparelho digestivo (Capítulo 9 da CID-9 e Capítulo 11 da CID-10); causas externas (Capítulo 17 da CID-9 e Capítulos 19, 20 e 21 da CID-10); doenças do aparelho geniturinário (Capítulo 10 da CID-9 e Capítulo 14 da CID-10); e um grupo consistindo de todas as demais causas não incluídas anteriormente, denominado outras causas.

Nos anos de 1991 e 2000, dentre as principais causas de morte da população idosa no Rio de Janeiro, observou-se o predomínio das doenças do aparelho circulatório, que incluem as cerebrovasculares e isquêmicas do coração. Estas representaram 37,7% do total de óbitos da população idosa, ocupando o primeiro lugar no ranking das causas de mortalidade em 2000. Os dados analisados indicam uma tendência de queda na proporção de óbitos por essa causa. Em 1991 elas foram responsáveis por 47,7% dos óbitos na população de 60 anos ou mais (ver tabela 4). Dentre esse grupo de causas, as doenças isquêmicas do coração foram mais importantes entre os homens (15,8% em 2000) e as doenças cerebrovasculares entre as mulheres idosas (18,0% em 2000).

Segundo Camarano, Kanso e Mello (2004), a participação relativa das doenças do aparelho circulatório no total de óbitos brasileiros tem decrescido ao longo dos anos. Em 1980, foram responsáveis por cerca de 46,8% do total de morte da população idosa e, em

2000, por 36,8%. As autoras salientam que tal fato parece estar relacionado ao aumento dos cuidados médicos envolvendo diagnósticos e tratamentos mais eficazes para as pessoas com propensão a desenvolver doenças cardiovasculares. O estilo de vida também foi considerado um fator importante na redução da mortalidade. Por outro lado, está se trabalhando com a distribuição relativa, ou seja, pode ter acontecido um aumento nas taxas de mortalidade por esta causa, mas menor que por outras.

A segunda causa de morte que mais atingiu os idosos do Rio de Janeiro no período estudado foram as neoplasias (tumores) que, ao contrário do observado em relação às doenças do aparelho circulatório, apresentaram proporção crescente; 14,7% dos óbitos em 1991 e 16,0% em 2000. As doenças do aparelho respiratório apareceram em terceiro lugar e também se verificou aumento na proporção dos óbitos por este tipo de causa. O aumento da mortalidade por esta causa, principalmente entre as mulheres com idades mais avançadas, pode ser explicado, em parte, pela melhoria no diagnóstico (Camarano et al., 1999).

**Tabela 4:**

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos óbitos da população idosa, segundo as principais causas de morte 1991 e 2000**

	1991	2000
Doenças do aparelho circulatório	47,7	37,7
Neoplasias (Tumores)	14,7	16,0
Doenças do aparelho respiratório	11,6	12,8
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	6,3	8,0
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	7,6	11,8
Doenças do aparelho digestivo	4,0	3,7
Causas externas	3,2	3,1
Doenças infecciosas e parasitárias	2,1	2,6
Doenças do aparelho geniturinário	1,8	2,0
Outras	1,1	2,4

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / DATASUS

Tabela 5:

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos óbitos por doenças do aparelho circulatório da população idosa por sexo, segundo algumas causas específicas 1991 e 2000**

	Homens		Mulheres		Total	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
Doenças cerebrovasculares	16,4	15,8	17,2	18,0	33,6	33,8
Doenças isquêmicas do coração	16,8	16,7	14,8	14,8	31,6	31,5
Doenças circ.pulmonares,outr.form.doenças coração	9,6	8,4	11,5	10,0	21,1	18,4
Doenças hipertensivas	3,8	4,6	4,7	6,6	8,5	11,2
Febre reumática aguda e doença reumática crônica do coração	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3
Outras doenças do aparelho circulatório	2,2	2,4	2,9	2,4	5,1	4,8
Doenças artérias, das arteríolas e dos capilares (Arteriosclerose)	1,2	0,6	2,1	0,9	3,3	1,5
	48,8	48,0	51,2	52,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / DATASUS

Na tabela 6, ao se analisar as três primeiras causas de óbitos por faixa de idade, observa-se que nos anos de 1991 e 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pela maior proporção dos óbitos de homens na faixa de 60 a 79 anos e mulheres na faixa de 80 anos ou mais. As neoplasias foram mais importantes entre homens de 60 a 69 anos e mulheres de 60 a 79 anos. As doenças do aparelho respiratório atingiram homens na faixa de 70 a 79 anos e mulheres na faixa de 80 anos ou mais.

Tabela 6:

**Distribuição percentual dos óbitos da população idosa por sexo e idade, segundo as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório 1991 e 2000**

	Homens		Mulheres	
	1991	2000	1991	2000
Doenças do aparelho circulatório				
60-69	40,0	36,5	26,3	23,9
70-79	36,3	38,8	34,6	33,5
80 ou mais	23,7	24,7	39,1	42,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Neoplasias (Tumores)				
60-69	47,5	41,3	41,2	37,1
70-79	36,3	39,3	35,5	37,2
80 ou mais	16,2	19,4	23,3	25,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Doenças do aparelho respiratório				
60-69	31,2	25,2	19,3	16,7
70-79	36,7	38,7	30,5	31,4
80 ou mais	32,0	36,1	50,2	51,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / DATASUS

### 3.3 Condições de saúde

Com o advento da descoberta dos antibióticos e outros avanços nas ciências da saúde, os países desenvolvidos conseguiram retardar o processo do envelhecimento individual e aumentar a expectativa média de vida humana ao nascer, no século passado. A questão que se coloca hoje para a pesquisa biomédica não é meramente conseguir adiar o envelhecimento e aumentar o tempo de vida humana, mas sim, prolongar a duração da vida com qualidade (Hoffmann, 2002). Os idosos necessitam de maior atenção na área de saúde, pois esta população demanda serviços específicos. De acordo com Veras e Lima-Costa (2003), o idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos. Muitas vezes, na

velhice, os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão e a pobreza. A falta de companhia do velho, nos dias atuais, está diretamente ligada às transformações que se operam no interior das famílias (Veras, Ramos e Kalache, 1987). Esta seção analisa as condições de saúde da população idosa do Rio de Janeiro a partir dos dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 1998 e 2003. Foram considerados os seguintes indicadores: auto-avaliação do estado de saúde, cobertura de plano de saúde e tipo de serviço geralmente procurado. Tanto em 1998 quanto 2003, a maioria dos idosos avaliou o seu estado de saúde como muito bom e bom e essa proporção cresceu no período estudado. Como esperado a avaliação como ruim ou muito ruim cresce com a idade. Os diferenciais por sexo mostraram uma maior proporção de mulheres que avaliaram as condições de saúde em regular, ruim ou muito ruim.

**Tabela 7:**

**Rio de Janeiro: Proporção de idosos, segundo a sua avaliação de saúde por idade e sexo 1998 e 2003**

		HOMENS		MULHERES	
		1998	2003	1998	2003
<b>60 a 64 anos</b>	MUITO BOM E BOM	59,3	65,3	50,1	56,8
	REGULAR	33,1	27,8	43,6	37,1
	RUIM E MUITO RUIM	7,7	6,9	6,3	6,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>65 a 69 anos</b>	MUITO BOM E BOM	50,8	60,1	47,9	48,1
	REGULAR	43,2	33,2	43,0	44,1
	RUIM E MUITO RUIM	6,0	6,6	9,1	7,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>70 anos ou mais</b>	MUITO BOM E BOM	43,7	49,8	32,5	46,3
	REGULAR	44,8	39,3	50,4	41,5
	RUIM E MUITO RUIM	11,5	10,9	17,1	12,2
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

De acordo com Camarano (2003), os dados da PNAD saúde de 1998 mostram, para a população idosa brasileira, que aproximadamente 85% dos homens idosos e 83% das mulheres reportaram estarem em boas condições de saúde. As mulheres apresentam uma chance maior do que os homens de experimentarem as doenças típicas da última fase da vida, tais como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração e depressão. No Rio de Janeiro, isto também se verificou nos dois anos analisados conforme mostra a tabela 8.

**Tabela 8:**

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa pelo tipo de doença declarado, segundo o sexo 1998 e 2003**

	1998			2003		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Artrite	28,1	71,9	100,0	27,8	72,2	100,0
Bronquite ou asma	39,6	60,4	100,0	31,1	68,9	100,0
Depressão	30,9	69,1	100,0	23,7	76,3	100,0
Diabetes	34,9	65,1	100,0	40,8	59,2	100,0
Doença coluna ou costas	32,9	67,1	100,0	34,1	65,9	100,0
Doença do coração	35,8	64,2	100,0	37,8	62,2	100,0
Hipertensão	34,7	65,3	100,0	34,0	66,0	100,0
Insuficiência renal	33,3	66,7	100,0	43,0	57,0	100,0

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

Nota: Em 1998, doença já diagnosticada ou, de modo geral, já percebida.

Em 2003, doença já diagnosticada por médico ou profissional de saúde.

A tabela 9 chama a atenção para a baixa proporção de idosos no Rio de Janeiro com cobertura de Plano de Saúde, proporção esta que diminuiu entre 1998 e 2003, com exceção dos homens com mais de 70 anos. A cobertura foi maior entre as mulheres e na faixa etária de 70 anos ou mais. Essa baixa cobertura leva os idosos a ficarem mais dependentes da rede pública de saúde ou da rede privada. Conforme lembram Pereira, Veras e Curioni (2003), a grande maioria dos idosos brasileiros possui renda média de até um salário mínimo, o que não

lhes garante, na maioria das vezes, uma condição de vida satisfatória, principalmente quando essa é a única fonte do sustento familiar, o que é comprovado pelo aumento dos domicílios sob a responsabilidade dos idosos. Isto dificulta a associação num plano de saúde particular.

**Tabela 9:**

**Rio de Janeiro: Proporção da população idosa coberta por plano de saúde, segundo o sexo 1998 e 2003**

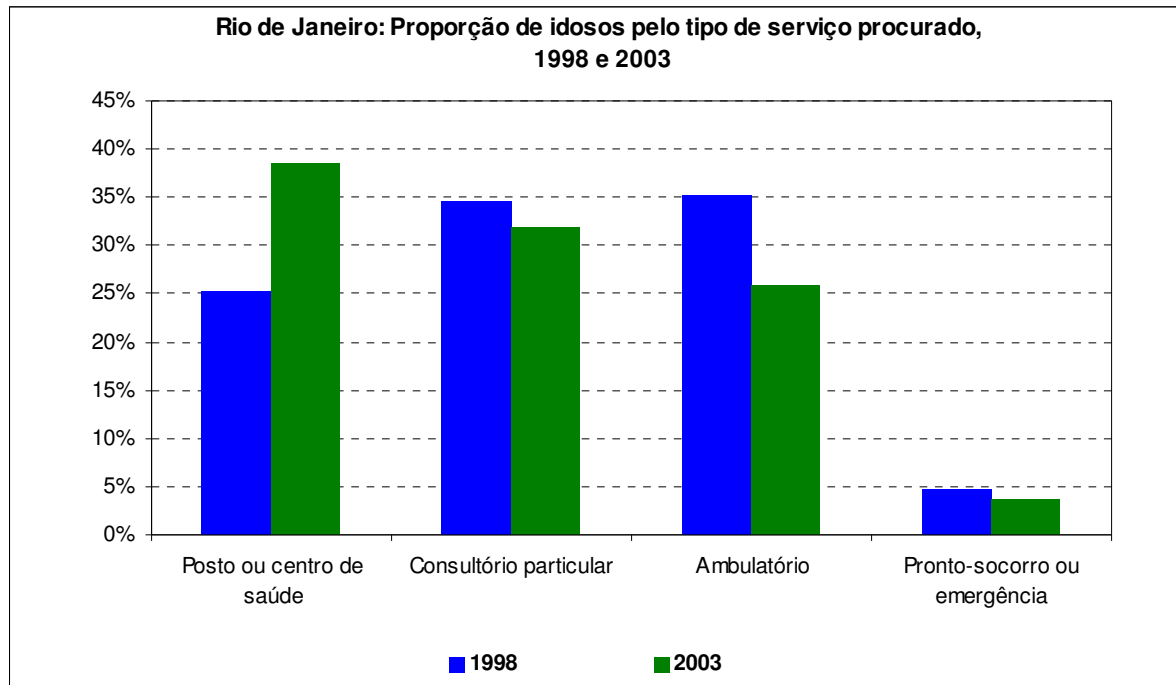
		HOMENS		MULHERES	
		1998	2003	1998	2003
<b>60 a 64 anos</b>	COBERTA	33,6	29,3	38,1	31,7
	NÃO COBERTA	66,4	70,7	61,9	68,3
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>65 a 69 anos</b>	COBERTA	34,8	31,9	39,5	33,2
	NÃO COBERTA	65,2	68,1	60,5	66,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
<b>70 anos ou mais</b>	COBERTA	36,4	36,9	42,1	37,1
	NÃO COBERTA	63,6	63,1	57,9	62,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

Em 1998, dentre os serviços de uso regular dos idosos do Rio de Janeiro, em ordem de importância, apareceram: ambulatório (35,3%), consultório particular (34,6%), posto ou centro de saúde (25,4%) e pronto socorro ou emergência (4,7%). Em 2003 posto ou centro de saúde apareceram como os serviços mais utilizados (38,5%), seguido dos consultórios particulares (31,9%), ambulatório (25,9%) e pronto-socorro ou emergência (3,6%).



Gráfico 10



Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

Para Nunes (2004), a prestação de cuidados médico-hospitalares direcionada para atividades curativas exigindo cada vez mais especialistas e incorporando tecnologias mais dispendiosas tem-se tornado mais cara para todas as idades, mas, principalmente, para os idosos. Caldas (2003), acrescenta que a hospitalização de todos os afetados não é possível, seja por motivos de custo ou por motivos de qualidade da assistência, portanto, de acordo com a autora é importante questionar o próprio modelo de assistência, que deve priorizar a promoção da saúde visando um envelhecimento bem-sucedido.

### 3.4 Deficiência

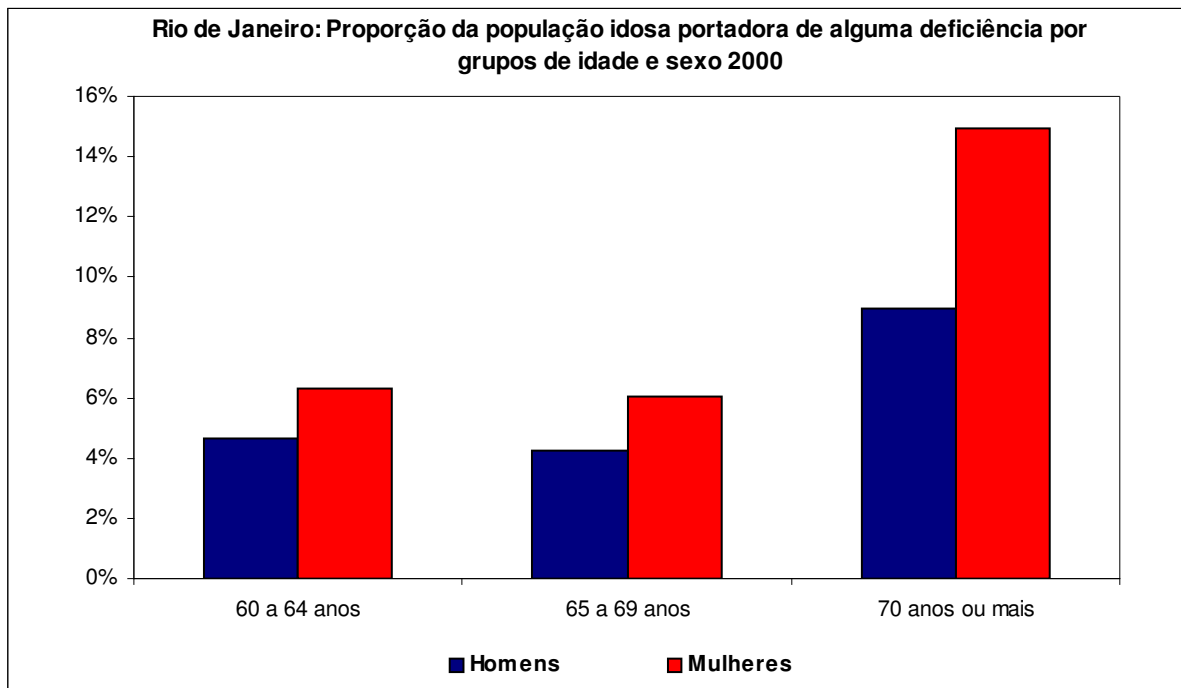
Medeiros e Diniz (2004), chamam a atenção para o debate sobre deficiência, que tem ocupado cada vez mais espaço nas políticas públicas brasileiras e ganhado mais importância com o envelhecimento crescente da população, dado que o principal grupo de deficientes concentra-se entre os idosos. Os autores ressaltam que tal debate tem enfrentado barreiras no que diz respeito à terminologia correta a ser usada. Quando se discute deficiência, observam, que do ponto de vista do modelo médico, a pessoa deficiente é identificada como alguém com algum tipo de inadequação para a sociedade (limitações físicas). Por outro lado, o modelo social identifica a deficiência na inadequação da sociedade em prever e ajustar-se à diversidade, ou seja, incluir todos, sem exceção, nas atividades da vida social. Para os autores, o rigor excessivo na definição de deficiência pode ter consequências negativas. Como a deficiência é tratada como uma situação de incapacidade total, ajustes na sociedade, necessários para a melhoria de condições de vida dos idosos, tem recebido pouca ou nenhuma atenção das medidas de apoio a deficiência.

Neves e Chen (2002) consideram os fatores biológicos e psicológicos ao lado dos sociais como os determinantes do nível de ajustamento ou de desadaptação do idoso à sua existência o que traria dificuldades em se traçar uma linha demarcatória entre o “normal” e o “patológico”. Segundo as autoras, um dos passos para o alcance do envelhecimento saudável consiste no esclarecimento e na obtenção de informações sobre a adaptação em relação às alterações fisiológicas, morfológicas, bioquímicas e psíquicas, naturais que o avanço da idade acarreta e que não podem ser consideradas como doenças. No entanto, devem ser cuidadas da mesma forma que as necessidades específicas na infância, adolescência e idade adulta o são.

O Censo Demográfico 2000 levantou informações a respeito das incapacidades referentes às características corporais e das dificuldades na realização de tarefas como forma de identificação das deficiências. Para o Censo, deficiência consiste na existência de deficiência mental permanente que limite as atividades habituais, avaliação da capacidade de enxergar, avaliação da capacidade de ouvir, avaliação da capacidade de caminhar/subir escadas, existência de algumas deficiências físicas (paralisia permanente total, paralisia permanente das pernas, paralisia permanente de um dos lados do corpo, falta de alguma das

seguintes partes do corpo (perna, braço, mão, pé ou dedo polegar)). Nesse ano, dentre a população idosa do Estado do Rio de Janeiro 45,2% eram portadores de alguma deficiência, sendo 39,6% do sexo masculino e 60,4% do feminino. O gráfico 11 ilustra o aumento da incidência da proporção de idosos portadores de alguma deficiência com a idade. Mostra também, que os diferenciais por sexo são maiores nas idades mais avançadas.

**Gráfico 11**



Fonte: IBGE / Censo Demográfico 2000

A freqüência das doenças crônicas e a maior esperança de vida nas idades avançadas são as duas principais causas do crescimento da proporção de idosos portadores de incapacidades. Uma avaliação geriátrica eficiente e completa pode contribuir para a redução dessa proporção. O diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários, buscam manter as pessoas nos seus lares. A história, o exame físico e o diagnóstico tradicional não são suficientes para um levantamento extenso

das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso. A prática clínica geriátrica deve se preocupar com a qualidade de vida e conter ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis destas funções. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde (KARSCH, 2003; Paixão Jr et al., 2005). De acordo com Caldas (2003), as evidências empíricas mostram que as doenças causadoras de dependência geram gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar ainda não é conhecido no Brasil. A necessidade de assistência permanente ao enfermo gera um custo elevado para os familiares, pois, atualmente, nenhum sistema de atenção à saúde prevê uma oferta suficiente dos serviços necessários a uma população portadora de dependências.

A Tabela 10 apresenta a proporção de idosos portadores de alguma deficiência segundo o tipo de deficiência e sexo. Entre os idosos com deficiência no Rio de Janeiro predominam os portadores de deficiência visual (16,1%) seguida dos com deficiência motora (14,8%) e auditiva (8,4%). As mulheres predominavam entre os idosos com alguma dificuldade visual, motora ou auditiva. O mesmo ocorreu em relação à deficiência mental, porém em menores proporções. Também, em relação ao grau de dificuldade em exercer atividades que são importantes para seu cotidiano, observou-se nos anos de 1998 e 2003 que as mulheres idosas do Estado do Rio de Janeiro apresentaram uma chance maior do que os homens de experimentá-las. Estas são dificuldades em abaixar ou curvar-se; subir ladeira ou escadas; alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; locomover-se; realizar exercícios pesados e trabalhos domésticos. A tabela 11 revela que, no período analisado, de maneira geral houve um decréscimo no percentual de idosos com tais limitações físicas apontando para uma melhoria das condições de vida.

**Tabela 10:****Rio de Janeiro: Proporção de idosos portadores de alguma deficiência, segundo o tipo de deficiência e o sexo 2000**

Deficiência	Homens	Mulheres	Total
Deficiência visual - incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar	6,2%	9,9%	16,1%
Deficiência motora - incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas	5,1%	9,7%	14,8%
Deficiência auditiva - incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de ouvir	3,9%	4,5%	8,4%
Deficiência mental permanente	1,0%	1,2%	2,3%
Deficiência física - tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente	0,7%	0,7%	1,4%
Deficiência física - falta de membro ou de parte dele (perna, braço, mão, pé ou dedo polegar)	0,3%	0,1%	0,4%
Pelo menos uma das deficiências enumeradas	10,2%	15,6%	25,8%
Nenhuma destas deficiências	13,2%	17,6%	30,8%
	40,6%	59,4%	100,0%

Fonte: IBGE / Censo Demográfico 2000

Tabela 11:

**Distribuição percentual de idosos por grau de dificuldade em exercer algumas atividades  
1998 e 2003**

		Homens		Mulheres	
		1998	2003	1998	2003
ALIMENTAR-SE, TOMAR BANHO OU IR AO BANHEIRO	Não consegue / Tem grande dificuldade	4,8	4,3	6,0	6,2
	Tem pequena dificuldade / Não tem dificuldade	95,2	95,7	94,0	93,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
CORRER, LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PRATICAR ESPORTES OU REALIZAR TRABALHOS PESADOS	Não consegue / Tem grande dificuldade	30,0	26,2	43,0	37,3
	Tem pequena dificuldade / Não tem dificuldade	70,0	73,8	57,0	62,7
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
EMPURRAR MESA OU REALIZAR CONSERTOS DOMÉSTICOS	Não consegue / Tem grande dificuldade	13,2	9,2	21,0	18,2
	Tem pequena dificuldade / Não tem dificuldade	86,8	90,8	79,0	81,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
SUBIR LADEIRA OU ESCADA	Não consegue / Tem grande dificuldade	19,2	15,4	32,1	28,2
	Tem pequena dificuldade / Não tem dificuldade	80,8	84,6	67,9	71,8
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
ABAIXAR-SE, AJOELHAR-SE OU CURVAR-SE	Não consegue / Tem grande dificuldade	15,5	13,0	27,8	25,8
	Tem pequena dificuldade / Não tem dificuldade	84,5	87,0	72,2	74,2
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
ANDAR MAIS DO QUE 1 KM	Não consegue / Tem grande dificuldade	16,6	12,3	27,8	23,6
	Tem pequena dificuldade / Não tem dificuldade	83,4	87,7	72,2	76,4
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0
ANDAR CERCA DE 100 METROS	Não consegue / Tem grande dificuldade	5,5	3,5	10,5	8,1
	Tem pequena dificuldade / Não tem dificuldade	94,5	96,5	89,5	91,9
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

### 3.5 Sumário dos resultados

Observou-se um aumento da esperança de vida da população idosa masculina de 63,8 anos para 65,4 e da feminina de 73,0 para 73,9 anos entre 1991 e 2000 como resultado da redução da mortalidade. Observou-se, também, que em 2000, os homens que chegassem aos 60 anos poderiam viver mais 17,1 anos. Já as mulheres teriam mais 20,8 anos de vida. Dentre as principais causas de morte de idosos no Rio de Janeiro predominaram as doenças do aparelho circulatório ocupando o primeiro lugar no ranking no período analisado. As doenças isquêmicas do coração foram as principais causas de mortes dos homens idosos e as cerebrovasculares as principais entre as mulheres. A tendência observada foi de queda na proporção de óbitos por essas causas. Por outro lado, a proporção de óbitos por neoplasias, segunda causa de morte que mais atingiu os idosos do Estado, ao contrário do observado em relação às doenças do aparelho circulatório, cresceu.

Quanto à percepção da própria saúde, observou-se para os anos de 1998 e 2003 um crescimento na proporção de idosos que se auto-avaliaram como tendo estado de saúde muito bom e bom. Dentre os serviços de uso regular dos idosos do Rio de Janeiro, em ordem de importância, destacam-se: Ambulatório, Consultório Particular, Posto ou Centro de Saúde e Pronto Socorro ou Emergência. Cresceu a proporção de idosos no Rio de Janeiro sem cobertura de Plano de Saúde.

Dentre as incapacidades referentes às características corporais e dificuldades na realização de tarefas como forma de identificação de deficiências foi verificado nos anos de 1998 e 2003 que as mulheres idosas foram mais atingidas pelas deficiências do que os homens. Entre os idosos do Estado do Rio de Janeiro predominavam a deficiência visual seguida da motora e auditiva. De maneira geral, observou-se um contingente maior de idosos do sexo feminino incapazes ou com alguma dificuldade visual, motora ou auditiva.

#### 4. Violência

De acordo com o relatório da OMS (2002), violência refere-se ao o uso da força física ou/e poder, real ou em ameaça, contra si próprio ou contra outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Minayo (2003) conceitua "Violência" como referente às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais.

Para o Ministério da Saúde (2005), mencionar negligência e omissão explicitamente como formas de violência é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver. Souza et al. (1999) alertam que o crescimento da violência social e suas diversas manifestações, indicado pelos dados de mortalidade, passaram a constituir uma preocupação a nível mundial desencadeando estudos acadêmicos, governamentais e movimentos da sociedade civil organizada. Segundo os autores, a escassez de estudos e conhecimento sobre a morbidade por violência no Brasil é mais evidente quando o grupo investigado é a população idosa.

Avaliaremos, a seguir, alguns indicadores sobre o impacto do fenômeno da violência contra idosos na mortalidade e internações hospitalares. Os dados analisados são provenientes do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH / SUS), disponibilizados pelo Ministério da Saúde e referem-se aos anos de 1991 e 2000. Os óbitos por violência fazem parte do grupo de óbitos por causas externas na Classificação Internacional de Doenças. Causas externas constituem uma categoria estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, traumas e lesões (Minayo, 2003). Fazem parte desse conjunto de causas as mortes decorrentes de acidentes de transporte público, de trânsito,



quedas, homicídios, afogamentos e envenenamentos. Estas ocuparam o sétimo lugar entre as causas de morte da população idosa do Estado do Rio de Janeiro nos anos de 1991 e 2000, o que representa aproximadamente 3% do total das mortes nesse período.

#### **4.1 Mortalidade por causas externas**

A mortalidade por causas externas apesar de atingir ambos os sexos não ocorre de modo uniforme entre eles, ou seja, os homens são mais afetados do que as mulheres, embora tenha crescido a participação de mulheres no Estado do Rio de Janeiro. Do total de mortes por causas externas, a proporção referente ao sexo masculino declinou de 66,2% em 1991 para 58,9% em 2000. Por outro lado, a proporção referente ao sexo feminino cresceu de 33,8% para 41,1% no mesmo período. Acidentes de trânsito e transporte foram responsáveis pela maior parte dos óbitos por causas externas da população idosa estudada em 1991 e quedas em 2000. Isto ocorreu em razão do aumento da proporção de óbitos por quedas entre as mulheres (ver tabela 12). A distribuição dos óbitos por acidentes de trânsito e transporte também se diferenciou por sexo e subgrupos de idade. A maior incidência foi observada entre homens de 60 a 69 anos nos dois anos considerados. Apesar dos óbitos femininos representarem menos do que a metade dos do sexo masculino, verificou-se um crescimento na proporção de mortes femininas no período avaliado (ver tabela 13).

As quedas constituíram a principal causa de óbitos por causas externas das mulheres idosas do Estado do Rio de Janeiro nos dois anos considerados. Estas proporções são diferenciadas por sexo e idade: 15,2% dos óbitos masculinos por causas externas em 1991 e 19,9% em 2000. Entre as mulheres, representaram 33,0% dos óbitos em 1991 e 34,7% em 2000. No conjunto das causas externas, a incidência de mortes por quedas atingiu o seu máximo entre os maiores de 80 anos, cuja proporção entre as mulheres passou de 58,0% em 1991 para 46,3% em 2000. A proporção de mortes do sexo masculino deste grupo etário passou de 31,6% para 32,5% no período.

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), as quedas que ocorrem e vitimam pessoas idosas podem ser atribuídas a vários fatores: fragilidade física, uso de medicamentos que podem provocar algum tipo de alteração no equilíbrio, na visão e/ou presença de enfermidades como osteoporose. Costumam também estar associadas à omissão e negligência dos cuidadores. Nas residências, onde a maioria dos idosos sofre quedas, freqüentemente, não há medidas de prevenção, por parte das famílias como, por exemplo, o cuidado de colocar dispositivos de apoio em banheiros ou melhor iluminação dos ambientes. O mesmo ocorre nas instituições de longa permanência para idosos. Nas ruas, sobretudo nas travessias, suas dificuldades na locomoção e de responder com prontidão aos sinais são freqüentes causas de atropelamentos e quedas por não haver compreensão e respeito de motoristas e transeuntes em relação às limitações que sofrem e ao apoio que lhes poderia ser oferecido.

Além dos acidentes de trânsito e transporte e das quedas, os homicídios e suicídios também vitimam idosos. A proporção de óbitos da população idosa por causas externas decorrentes de homicídios no Rio de Janeiro cresceu de 6,6% em 1991 para 9,3% em 2000. A incidência de mortes por este tipo de causa foi maior entre os homens passando de 8,8% para 14,1% no período considerado. A parcela de mortes masculinas por suicídios também cresceu de 2,8% em 1991 para 5,0% em 2000. Para Camarano, Kanso e Mello (2004), a mortalidade por causas externas está relacionada diretamente com o cotidiano dos idosos, ou seja, a circulação dos idosos pelos espaços públicos que, apesar das leis existentes com o intuito de normalizá-los, são ainda bastante inadequados. Minayo (2003) mostra com base em alguns estudos internacionais e nacionais que as quedas ocorrem mais entre as mulheres devido, na maioria das vezes, a enfermidades e fragilidades como osteoporose, mais incidente no sexo feminino, e que provocam lesões e traumas que ocorrem normalmente entre o quarto e o banheiro, ou seja, dentro do ambiente doméstico. Problemas de coluna e postura também podem levar a quedas. Mathias, Mello Jorge e Andrade (2006), ressaltam que os acidentes de trânsito e transporte acontecem, com mais freqüência entre homens idosos mais jovens. Para os autores, esses idosos estão inseridos no mercado de trabalho e por isso a sua maior exposição. Além disso, os homens usam mais o espaço público e as mulheres o privado.

O Estatuto do Idoso regula o direito aos idosos com idade igual ou superior a 60 anos e estabelece como dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos seus direitos e zelar por sua dignidade. (...) A violação de direitos e, mais especificamente, a violência que sofre o

idoso na atualidade está mobilizando setores da sociedade, já podendo ser considerada mais um dos relevantes problemas de saúde pública. A tarefa mais premente que está colocada para a família, à sociedade e ao governo, é o de sistematizar o conhecimento das formas de violência e propor medidas de prevenção e assistência a cada uma (Filho e Fragoso, 2004).

**Tabela 12:**

**Rio de Janeiro: Distribuição dos óbitos da população idosa por causas externas e sexo 1991 e 2000**

Causas de morte	Masculino		Feminino		Total	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
Acidentes de trânsito e transporte	26,3	27,1	21,6	20,8	24,7	24,5
Quedas	15,2	19,9	33,0	34,7	21,2	26,0
Homicídios	8,8	14,1	2,3	2,5	6,6	9,3
Suicídios	2,8	5,0	2,1	1,6	2,5	3,6
Afogamento e submersões acidentais	2,7	1,9	0,9	0,1	2,1	1,2
Envenenamento (intoxicação ou subst. nocivas)	1,5	0,2	0,7	0,0	1,2	0,1
Outras causas externas	42,8	31,9	39,4	40,2	41,7	35,3
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / DATASUS

**Tabela 13:**

**Rio de Janeiro: Proporção dos óbitos da população idosa decorrentes de quedas e acidentes de trânsito e transporte no conjunto das causas externas, segundo sexo e faixa etária**

		Homens		Mulheres		Total	
		1991	2000	1991	2000	1991	2000
Acidentes de trânsito e transporte	60 a 64 anos	26,5%	25,3%	32,7%	36,1%	27,9%	27,7%
	65 a 69 anos	30,8%	32,8%	31,1%	36,5%	30,9%	33,8%
	70 a 74 anos	28,2%	31,2%	27,4%	33,3%	27,9%	32,0%
	75 a 79 anos	24,5%	26,9%	24,4%	24,2%	24,5%	25,7%
	80 anos e mais	20,9%	19,8%	8,8%	7,9%	15,0%	12,5%
	Total	26,3%	27,1%	21,6%	20,8%	24,7%	24,5%
Quedas	60 a 64 anos	9,3%	11,6%	12,2%	15,7%	10,0%	12,5%
	65 a 69 anos	8,0%	15,1%	10,8%	16,7%	8,7%	15,6%
	70 a 74 anos	11,6%	22,6%	22,6%	25,4%	15,7%	23,6%
	75 a 79 anos	19,5%	19,9%	28,9%	36,3%	22,9%	27,1%
	80 anos e mais	31,6%	32,5%	58,0%	46,3%	44,5%	40,9%
	Total	15,2%	19,9%	33,0%	34,7%	21,2%	26,0%

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM / DATASUS

De acordo com Minayo (2003), a violência contra os idosos é muito mais intensa, muito mais disseminada e muito mais presente nas sociedades e, também, na sociedade brasileira, do que os números revelam. Os registros de morte e de morbidade por "causas externas" referem-se, exclusivamente, aos casos de lesões, traumas ou fatalidades que passam pelos serviços de saúde ou pelo Instituto Médico Legal, constituindo-se na ponta do *iceberg* de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências, familiares ou institucionais.

#### **4.2 Internações por causas externas**

O Ministério da Saúde (2005), aponta em seu relatório sobre o impacto da violência na saúde que, no Brasil, as informações sobre morbidade provocada por esta causa em idosos ainda são pouco consistentes e subnotificadas, fato observado, também, na literatura internacional. Os únicos dados agregados sobre a questão correspondem aos agravos que chegam aos hospitais do SUS. O relatório também aponta que no país no ano de 2000 foram realizadas 92.796 internações de idosos por violências e acidentes na rede SUS, sendo que 52,1% se deveram a quedas, 19,1%, acidentes de transporte e trânsito, 3,0% a agressões e 0,8% a lesões autoprovocadas.

De acordo com os dados do Sistema de Internações Hospitalares (SIH), disponibilizados pelo SUS / Ministério da Saúde, apresentados na tabela 14, as quedas representaram a causa principal de internações por causas externas no Rio de Janeiro em 2000 (46,4%). As mulheres experimentaram uma incidência mais elevada, principalmente as mais velhas. Observou-se que 14,8 % de internações se deram por quedas entre idosas com 60 a 69 anos de idade, 18,1% nas com 70 a 79 anos e 19,4% nas com mais de 80 anos. A segunda causa de internações que mais atingiu os idosos do Estado foram os acidentes de transporte, responsáveis por 39,7% das hospitalizações por causas externas. Há algumas diferenciações por idade e sexo nas hospitalizações por acidentes de transporte. No grupo de 60 a 69 anos foram hospitalizados mais homens (23,3%) do que mulheres (14,2%). As hospitalizações de homens de 70 a 79 anos corresponderam a 15,5% e mulheres 13,7%. A partir de 80 anos, o

quadro se inverteu. Dentre as mulheres, 8,3% das internações foram daquelas com 80 anos ou mais e 5,4% de homens nesta faixa etária. As agressões foram responsáveis por 1,1% das internações de idosos por causas externas e as lesões autoprovocadas por 0,5%.

**Tabela 14:**

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual das internações por causas externas da população idosa por grupos de idade, sexo e tipo de causa 2000**

<b>Tipo</b>		<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
Acidentes de transporte	60 a 69	23,3	14,2	18,1
	70 a 79	15,5	13,7	14,5
	80 anos ou mais	5,4	8,3	7,1
	<b>Total</b>	<b>44,2</b>	<b>36,3</b>	<b>39,7</b>
Quedas	60 a 69	17,5	14,8	16,0
	70 a 79	12,5	18,1	15,7
	80 anos ou mais	8,7	19,4	14,7
	<b>Total</b>	<b>38,7</b>	<b>52,2</b>	<b>46,4</b>
Lesões autoprovocadas	60 a 69	0,8	0,1	0,4
	70 a 79	0,1	0,0	0,1
	80 anos ou mais	0,0	0,0	0,0
	<b>Total</b>	<b>1,0</b>	<b>0,1</b>	<b>0,5</b>
Agressões	60 a 69	1,3	0,3	0,7
	70 a 79	0,4	0,1	0,3
	80 anos ou mais	0,2	0,1	0,2
	<b>Total</b>	<b>1,9</b>	<b>0,5</b>	<b>1,1</b>
Demais	60 a 69	7,6	4,6	5,9
	70 a 79	4,5	3,8	4,1
	80 anos ou mais	2,0	2,5	2,3
	<b>Total</b>	<b>14,1</b>	<b>10,9</b>	<b>12,3</b>
		100,0	100,0	100,0

Fonte: SIH/Datasus, Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde (2005) alerta sobre as conseqüências da violência para o sistema de saúde, dentre outros aspectos, pelo aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais elevados que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Destaca, também, os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências que provocam altos custos emocionais, sociais e com aparatos de segurança

pública, além dos prejuízos econômicos pelos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais provocados nas vítimas e em suas famílias.

### 4.3 Sumário dos resultados

Em relação ao impacto do fenômeno da violência contra idosos foi verificado que as mortes por causas externas ocuparam o sétimo lugar entre as causas de morte da população idosa do Rio de Janeiro nos anos de 1991 e 2000. Constatou-se que esse tipo de morte apesar de atingir ambos os sexos não ocorre de modo uniforme, ou seja, os homens são mais afetados do que as mulheres muito embora tenha crescido a participação de mulheres. Em 1991, os acidentes de trânsito e transporte foram responsáveis pela maior parte dos óbitos por causas externas da população idosa do Estado. Em 2000, a maior parte foi devido a quedas. Estas também foram responsáveis pela maior parte das internações de idosos por causas externas no Rio de Janeiro em 2000. Neste caso, as mulheres experimentaram uma incidência mais elevada, principalmente as mais velhas.

## 5. Trabalho e Rendimentos

### 5.1 Visão geral

Uma das implicações do envelhecimento populacional é o envelhecimento da força de trabalho. Wajzman, Oliveira e Oliveira (2004) chamam atenção para o fato da estrutura etária da PEA brasileira estar se tornando envelhecida, e para a tendência de crescimento da proporção da população idosa no futuro próximo. Para as autoras, em termos de perspectivas de necessidades de geração de empregos, esse será um grupo que pressionará o mercado de trabalho e requererá condições diferenciadas de trabalho. Nesta seção, a participação no mercado de trabalho de pessoas de 60 anos e mais do Estado do Rio de Janeiro são analisadas. Em 1991, 4,3% da PEA\* (População economicamente ativa) desse Estado era composta por idosos, proporção que praticamente não se alterou em 2000 (4,4%). Foi semelhante à média brasileira (4,2%). No país, muitos aposentados permanecem no mercado de trabalho em consequência do benefício previdenciário ser baixo, pela maior oferta de oportunidades dada a experiência profissional dos trabalhadores mais velhos, principalmente, nas profissões liberais e ao fato da Legislação não criar barreiras para o trabalho dos aposentados.

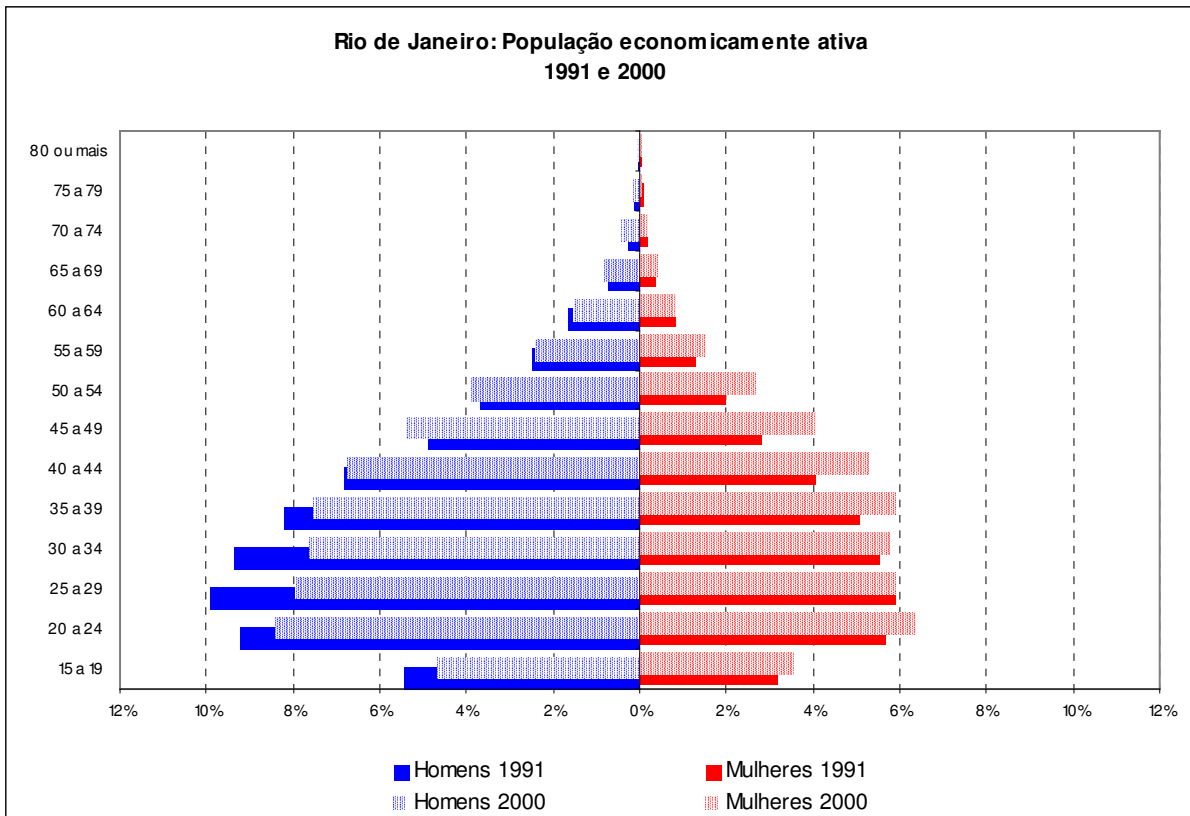
O gráfico 12 mostra que a PEA do Rio de Janeiro é composta, principalmente, por pessoas entre 20 e 34 anos. Entretanto, entre 1991 e 2000 observou-se um crescimento na participação de homens de 45 a 54 anos e mulheres do segmento populacional de 30 a 59 anos. O aumento da participação das mulheres foi mais importante para aquelas na faixa de 40 a 49 anos.

---

\* PEA: Pessoa que, na semana de referência do censo, exerceu trabalho remunerado, trabalho não remunerado, trabalho na produção para o próprio consumo ou tomou alguma providência para conseguir trabalho.



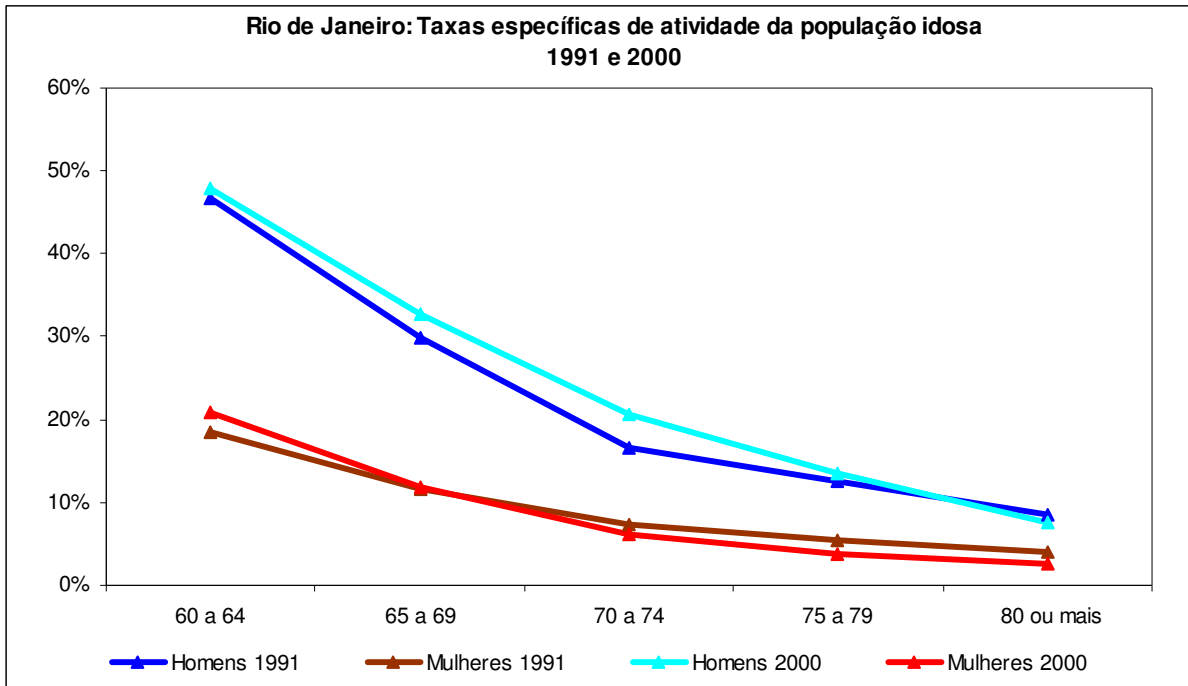
Gráfico 12:



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

O gráfico 13 apresenta as taxas específicas de atividade da população idosa em 1991 e 2000. Essas taxas são bastante afetadas pela idade, ou seja, decrescem com o seu aumento. Em 2000, elas variaram de 20,8% a 2,6% entre a população feminina de 60 a 80 anos ou mais e de 47,9% a 7,7% entre a masculina nestas faixas de idade. No período analisado, foi observado um aumento nas taxas de atividade dos homens idosos de 65 a 74 anos. Nas demais faixas de idade não se observou variação significativa. O mesmo ocorreu com as mulheres. A sua participação passou de 11,7% para 11,0% entre 1991 e 2000. Apenas as de 60 a 64 anos experimentaram um pequeno aumento na sua taxa (2,2%), o que deve estar refletindo a entrada no mercado de trabalho das mulheres em idade ativa no passado recente.

Gráfico 13:



Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004) consideram que o rendimento do trabalho do idoso desempenha um papel importante na composição de sua renda pessoal e familiar. Segundo as autoras, dada à tendência de crescimento da oferta de trabalhadores idosos somada às reduzidas perspectivas de ampliação da cobertura do sistema previdenciário requer a consideração de políticas específicas para esse segmento de trabalhadores. Ressaltam que o sucesso no desenho dessas políticas depende do conhecimento prévio das especificidades da atividade do idoso. Para elas, dificilmente se pode esperar mecanismos compensatórios que levem à queda da sua participação nas atividades econômicas.

Na visão de Teixeira (2001), no mundo do trabalho a capacidade intelectual dos indivíduos tende a ser, progressivamente, concebida como uma variável a ser considerada pelas organizações quando se fala em conquista de mercado. O potencial de inteligência humana à disposição de uma organização é tido como um recurso com que se pode contar. Essa nova percepção proporcionaria para o trabalhador idoso condições bastante promissoras, uma vez que os valores de que é detentor, como experiência e conhecimentos acumulados, constituem-se em motivo de interesse por parte dos empresários no período contemporâneo da

história das organizações. A autora considera que, recentemente, passou-se a perceber uma tendência de abertura de espaço no mercado de trabalho para uma mão-de-obra diferente da convencional. O interesse do mercado por trabalhadores idosos sustentaria-se, principalmente, na comprovação de determinadas características que eles apresentam para o trabalho e que são consideradas como peculiares e positivas do ponto de vista dos empregadores. Nesse caso, destacariam-se a capacidade de envolvimento que pode apresentar, tanto em relação à atividade propriamente dita, quanto em relação à empresa, o grau de comprometimento que mantém com o que se propõe executar e o senso de responsabilidade no cumprimento de prazos. Pelo lado da demanda, a contratação de um idoso representa para o empregador algumas vantagens em termos de menores custos relativamente à contratação de um não-idoso. Por exemplo, o empregador não terá gastos com vales transportes, pois os maiores de 60 anos são isentos do pagamento de transporte público urbano, têm uma probabilidade maior de aceitar um emprego com menos garantias trabalhistas (Camarano, 2001).

Por outro lado, no contexto atual, a exclusão do idoso do mercado de trabalho se faz presente por ser este encarado como obsoleto na capacidade de produzir. Diante da necessidade de vencer desafios e a competitividade, muitas empresas vêm como solução a contratação de pessoas jovens, consideradas mais dinâmicas e capazes de alavancar a produção.

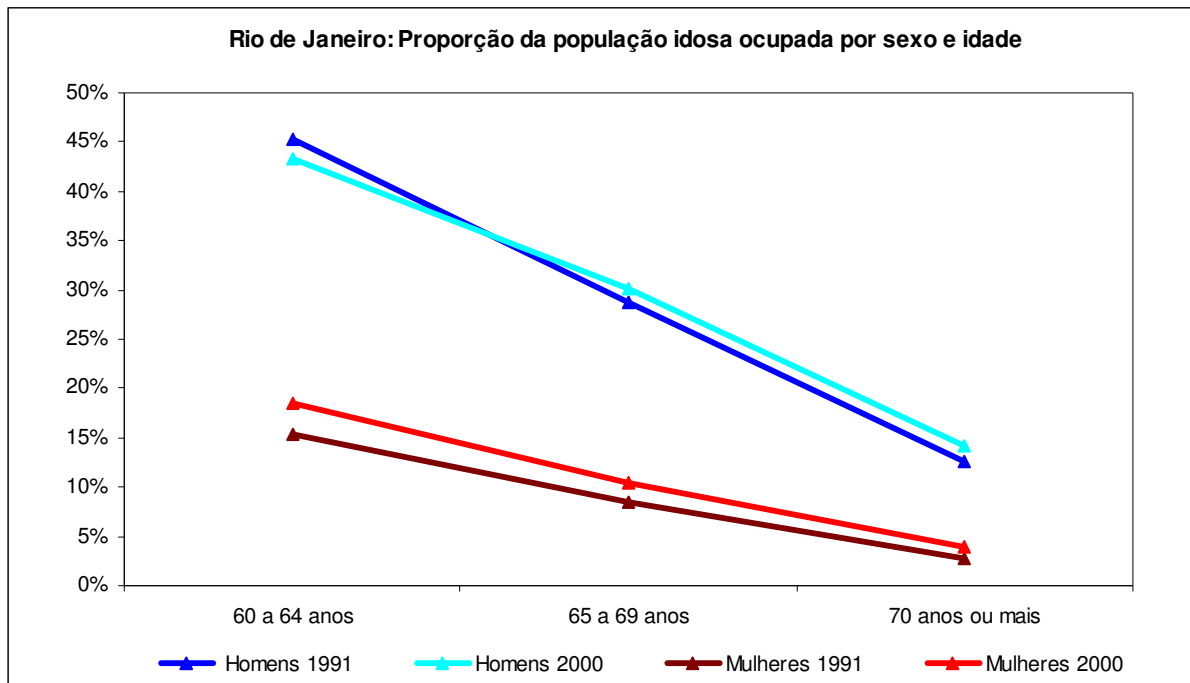
*Os cabelos brancos, que já foram símbolo de sabedoria e motivo de honra em sociedades antigas são hoje amplamente desmerecidos. Existe uma forte visão generalizada que exclui o idoso do convívio social por ele ser encarado como uma peça obsoleta dentro do atual contexto. “Essa transformação foi consolidada com o advento da era industrial, em que os valores estão relacionados com a capacidade de produzir. Dessa forma, deixar de produzir significa deixar de ter valor”. Dorli Kamkhagi, psicanalista especializada em gerontologia no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPq / HC).*

(Revista Espaço Aberto, maio 2006)

## 5.2 Ocupação dos idosos

O gráfico 14 apresenta a proporção da população idosa ocupada\* por sexo e idade em 1991 e 2000. Verificou-se um ligeiro aumento na proporção de mulheres ocupadas nas três faixas etárias analisadas. O maior crescimento ocorreu entre as mulheres de 60 a 64 anos cuja proporção passou de 15,3% em 1991 para 18,6% em 2000. No caso dos homens, observou-se um ligeiro aumento na proporção de idosos ocupados entre os de 65 anos ou mais.

**Gráfico 14:**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

\* População ocupada: Pessoa que, na semana de referência do censo, exerceu trabalho remunerado, trabalho não remunerado, trabalho na produção para o próprio consumo.

### 5.3 Posição na ocupação

Em 2000, dentre a PEA idosa aproximadamente 34,0% eram trabalhadores por conta própria. Já 22,0% do total de homens e 15,4% do total de mulheres tinham carteira assinada. A ocupação principal dos homens foi no comércio / reparação veículos automotores (18,1%) seguido das atividades imobiliárias, aluguéis e serviços prestados às empresas (12,1%) e construção (10,6%). Dentre as mulheres, 23,2% estiveram ocupadas com serviços domésticos, 10,8% trabalhavam no comércio / reparação veículos automotores e 9,2% nas indústrias de transformação. Agrupando-se as categorias relacionadas à precarização do trabalho (empregado sem carteira de trabalho assinada, trabalho doméstico, trabalho doméstico sem carteira de trabalho assinada, não remunerado em ajuda a membro do domicílio, aprendiz ou estagiário sem remuneração ) observou-se, que 29,0% dos idosos do Rio de Janeiro estavam nessas condições.

**Tabela 15:**

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população economicamente ativa idosa por posição na ocupação e sexo 2000**

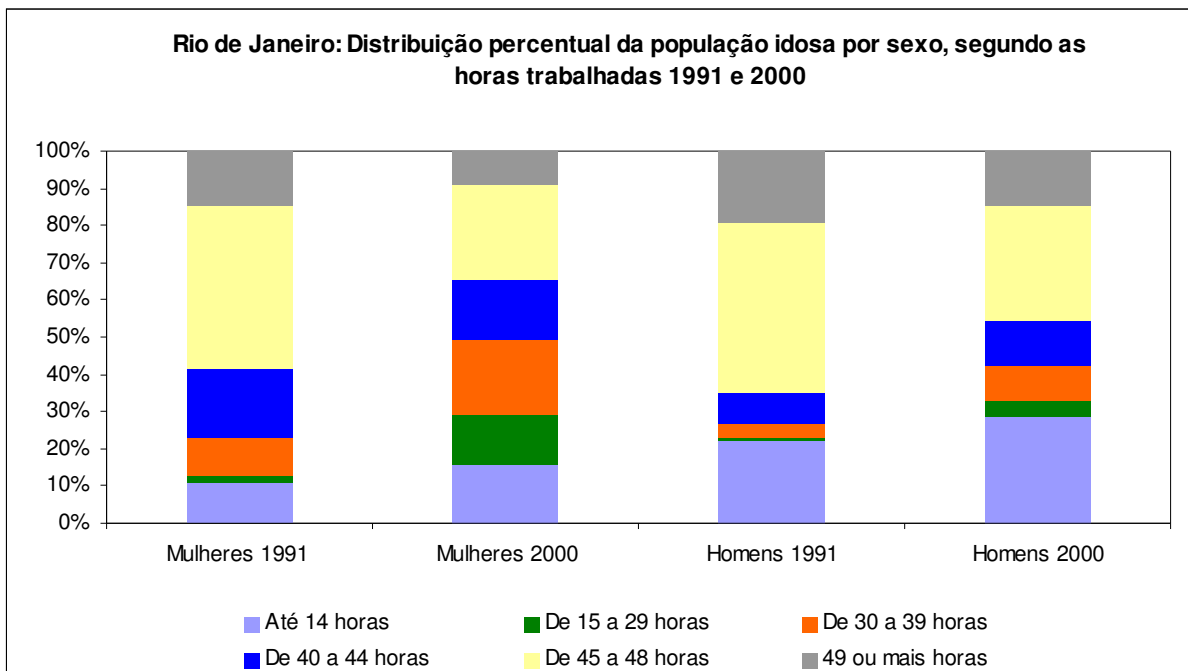
	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Total</b>
Conta-própria	37,1	29,0	34,4
Empregado com carteira	22,0	15,4	19,8
Empregado sem carteira	19,7	15,4	18,2
Trabalho doméstico sem carteira	1,7	17,0	6,8
Empregador	7,8	2,9	6,2
Trabalho doméstico com carteira	0,8	6,2	2,6
Não remunerado em ajuda a membro do domicílio	0,8	1,9	1,1
Trabalhador na produção para o próprio consumo	0,8	0,7	0,8
Aprendiz ou estagiário sem remuneração	0,1	0,3	0,2
Não aplicável	9,2	11,1	9,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE / Censo Demográfico 2000

## 5.4 Horas trabalhadas

De acordo com Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004), o emprego em jornada de tempo integral (40 horas e mais) é o predominante entre os homens idosos mais jovens, mas, com o avanço da idade, esse predomínio vai diminuindo. Para as mulheres idosas, a ocupação em tempo parcial é mais importante. A composição do número de horas semanais trabalhadas pelos idosos aponta para uma redução da jornada de trabalho entre 1991 e 2000. Esta constatação foi obtida analisando a variação na distribuição percentual dos idosos por sexo segundo as horas trabalhadas (ver gráfico 15). O percentual de mulheres que trabalharam de 45 a 48 horas semanais diminuiu de 43,9% em 1991 para 24,9% em 2000. Por outro lado o percentual das que trabalharam de 15 a 29 horas aumentou em cerca de seis vezes o que mostra a importância do trabalho em tempo parcial para as mulheres. No caso dos homens houve uma redução do percentual dos que trabalharam mais de 45 horas semanais e um aumento dos que trabalharam até 44 horas, ou seja, ainda reflete uma jornada completa de trabalho.

**Gráfico 15**

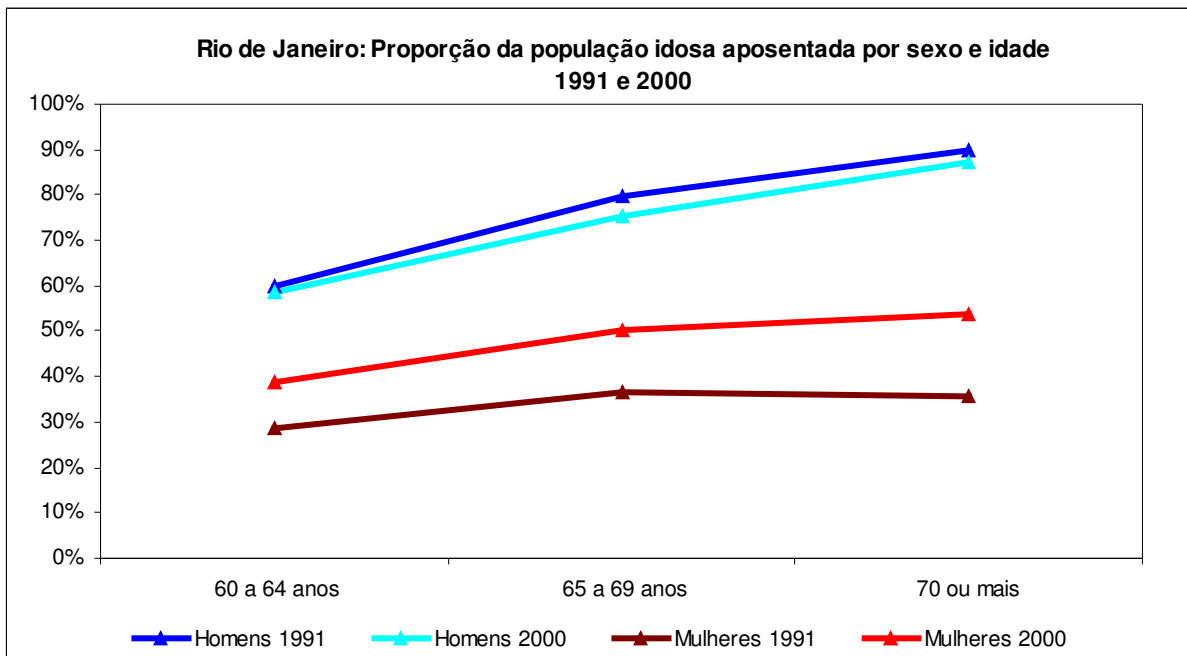


Fonte: IBGE / Censo Demográfico 1991 e 2000

## 5.5 Aposentadoria

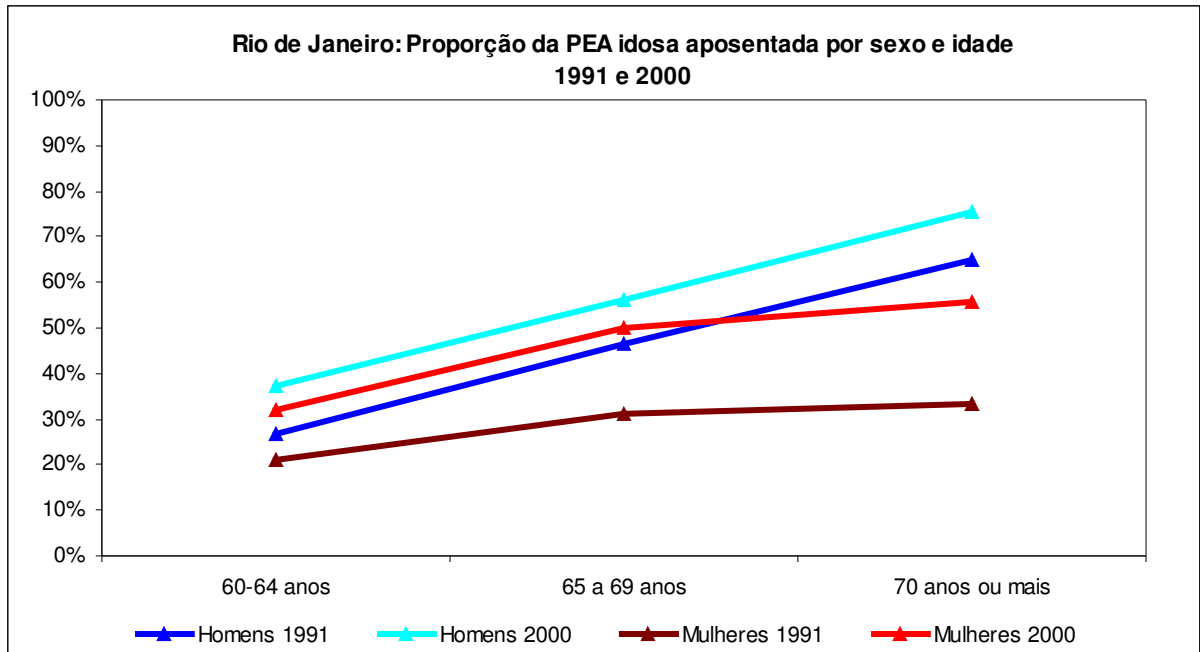
A proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade residente no Estado do Rio de Janeiro que se encontravam aposentadas aumentou de 51,5% em 1991 para 59,4% em 2000, como resultado do aumento da proporção de mulheres aposentadas. Conforme se vê no gráfico 16, a proporção da população aposentada cresce com a idade, alcançando valores próximos a 90% entre os homens com mais de 70 anos. Em 2000, 50,5% da PEA idosa masculina era constituída por aposentados. Tal proporção aumentou consideravelmente em relação ao ano de 1991 que fora de 38,1%. A participação da PEA idosa feminina aposentada no total da PEA passou de 26,1% em 1991 para 41,2% em 2000. Esta proporção cresce com a idade pelo fato da proporção de aposentados também crescer.

**Gráfico 16:**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Gráfico 17:



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

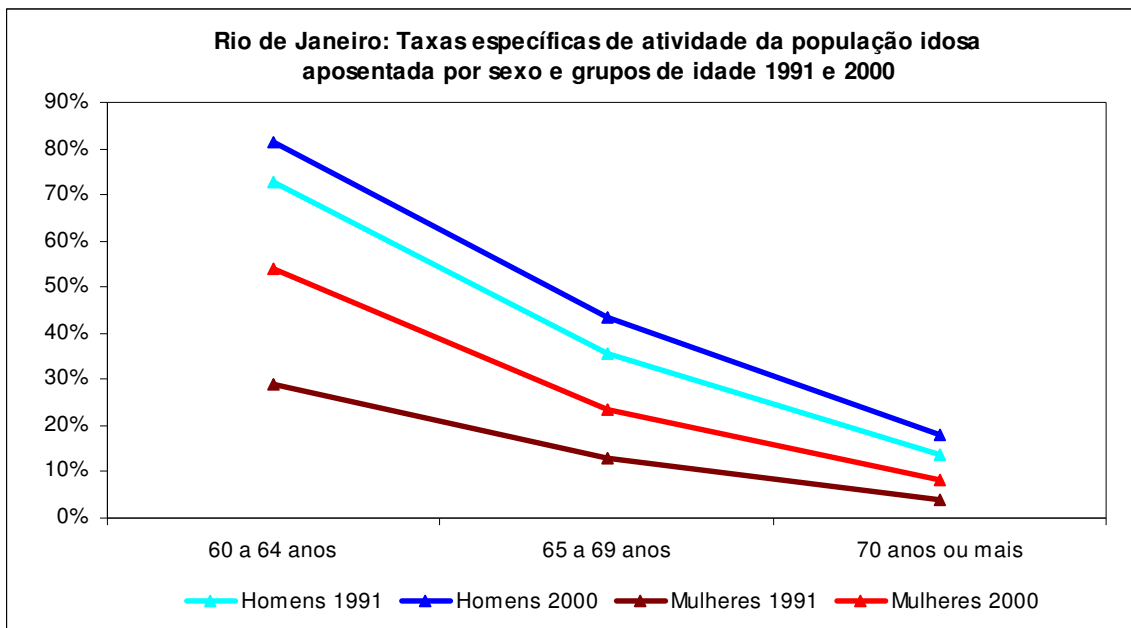
Conforme salientado por Kreling (2001), o reingresso do aposentado no mercado de trabalho, quase sempre com o objetivo de suprir necessidades financeiras, ocorre, na maioria das vezes, em condições mais desfavoráveis, com vínculos empregatícios mais frágeis em postos de trabalho menos qualificados com remunerações inferiores e instáveis. A autora observa que, quando esse segmento perde a sua condição de ser produtivo, seja pela aposentadoria, seja pelo desemprego, além da redução do seu poder aquisitivo, sente-se desvalorizado em sua auto-estima, em sua realização e satisfação pela vida. Por outro lado, como já apontado por Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004), encontra-se uma proporção elevada de idosos aposentados entre aqueles com escolaridade mais elevada, o que, como mencionado anteriormente, pode ser atribuído ao elevado custo de oportunidade de uma saída precoce do mercado de trabalho.



## 5.6 Idoso aposentado que trabalha

Dentre os homens idosos aposentados do Estado do Rio de Janeiro, 37,8% participavam das atividades econômicas em 1991, proporção que aumentou para 40,9% em 2000. Como esperado, o maior incremento foi entre os idosos mais jovens, 8,5% na faixa de 60 a 64 anos, 7,8% na faixa de 65 a 69 anos e 4,0% na faixa de 70 anos ou mais. No caso das mulheres idosas aposentadas o incremento nas taxas de atividade foi mais significativo do que o observado para os homens; 13,0% participavam das atividades econômicas em 1991 e 22,7% em 2000. No grupo de 60 a 64 anos o incremento foi de 18,8%, no de 65 a 69 anos correspondeu a 9,8% e no de 70 anos ou mais de 5,0%. Esse maior incremento na participação das mulheres aposentadas no mercado de trabalho deve estar relacionado ao aumento generalizado da participação feminina.

**Gráfico 18:**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

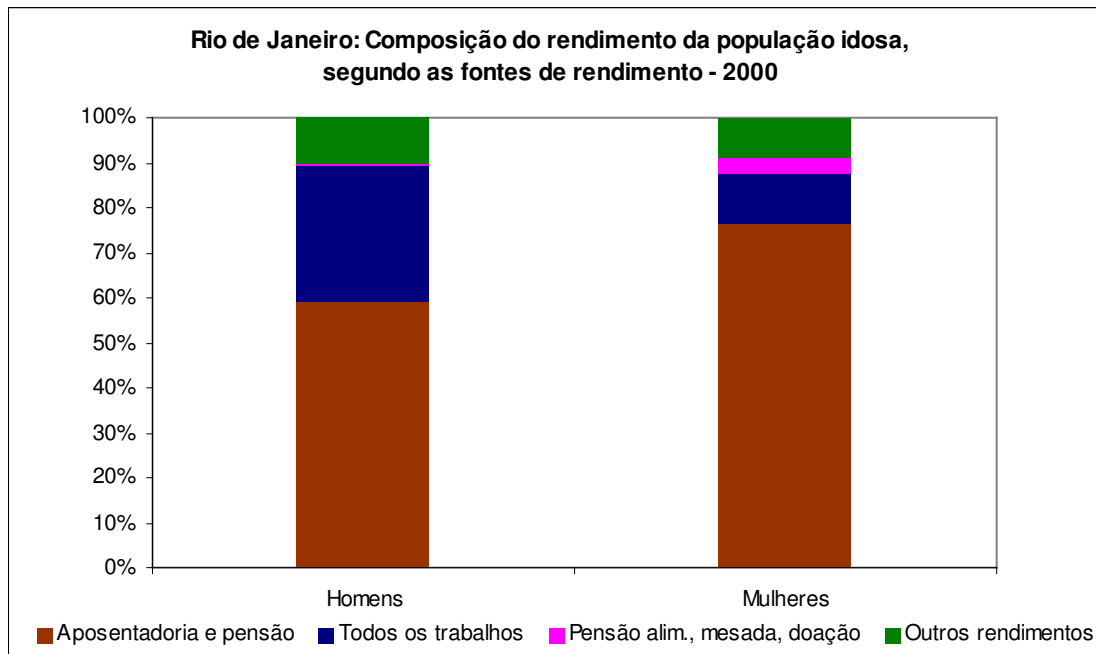
Para Teixeira (2001), no Brasil, o mercado de trabalho passou a ser alvo de interesse de parte da população de idosos, sobretudo da composta pelos aposentados. O despertar de interesse desses indivíduos pelo trabalho numa fase mais avançada da vida, baseia-se, na compreensão que têm do valor das relações interpessoais que se originam a partir das relações de trabalho, na percepção da importância de um conjunto de atributos que lhes são socialmente imputados a partir do trabalho e no desejo de manutenção de um padrão de vida semelhante ao que possuíam anteriormente à aposentadoria. Segundo a autora, para esses indivíduos, o retorno à vida produtiva constitui-se, gradativamente, numa necessidade e com ela surge a questão da qualificação para o trabalho, requisito básico exigido dos trabalhadores nos dias de hoje, e que se apresenta como uma necessidade por tratar-se de prerrogativa indispensável quando o assunto é a reinserção produtiva, independentemente da área de atuação do trabalhador. Além da questão da qualificação, coloca-se a importância das condições de saúde como um determinante importante da força de trabalho idosa. A saúde é apontada como um dos principais determinantes para a permanência no trabalho, seja pelo retorno ao trabalho após a aposentadoria ou pelo adiamento da aposentadoria (Flippen e Tienda, 2000).

Entre os idosos na condição de ocupados, 6,0% eram aposentados em 1991 e 8,2% em 2000. Considerando-se as mulheres idosas ocupadas, em 1991, 2,3% encontravam-se nessa condição, contra 11,1% dos homens. Em 2000, tais proporções foram respectivamente 4,1% e 14,1%. Veras, Ramos e Kalache (1987) assinalam que, no Brasil, para a grande maioria dos idosos, a aposentadoria significa uma condição socioeconômica inadequada. Para Kreling (2001), idosos aposentados trabalhando pode significar que o benefício pago ao assegurado seja insuficiente no provimento de suas necessidades básicas, forçando-o a continuar participando no mercado de trabalho para sobreviver, ou para tentar manter o mesmo padrão de vida que foi adquirido pelo trabalho ao longo de sua vida. No entanto, Wajnman, Oliveira e Oliveira (2004) mostram que embora sejam os indivíduos pior posicionados na escala socioeconômica os que mais participam do mercado de trabalho, à medida que eles envelhecem as melhores chances de permanecer ativos pertencem aos mais bem qualificados, aos de melhor escolaridade e, sobretudo, aos que não estão envolvidos em atividades manuais.

## 5.7 Rendimentos

A maior parcela da renda dos idosos, em 2000, provinha do rendimento de aposentadorias e pensões tanto para homens quanto para mulheres. Para os homens a contribuição dessa fonte de rendimento correspondeu a 59,1% e a proveniente do trabalho, a 30,3% do total de seus rendimentos. O total de rendimentos proveniente de pensões e/ou doações era maior no caso das mulheres (3,5%), mas mesmo assim muito baixo. Observou-se, também, para estas que a renda proveniente do trabalho representava 10,8% da renda total e a oriunda de aposentadorias e pensões era maior que entre os homens (76,6%), o que pode ser explicado pela viuvez e pela baixa participação destas no mercado de trabalho. Em síntese, as mulheres mais que os homens dependiam, principalmente, dos benefícios da Seguridade Social.

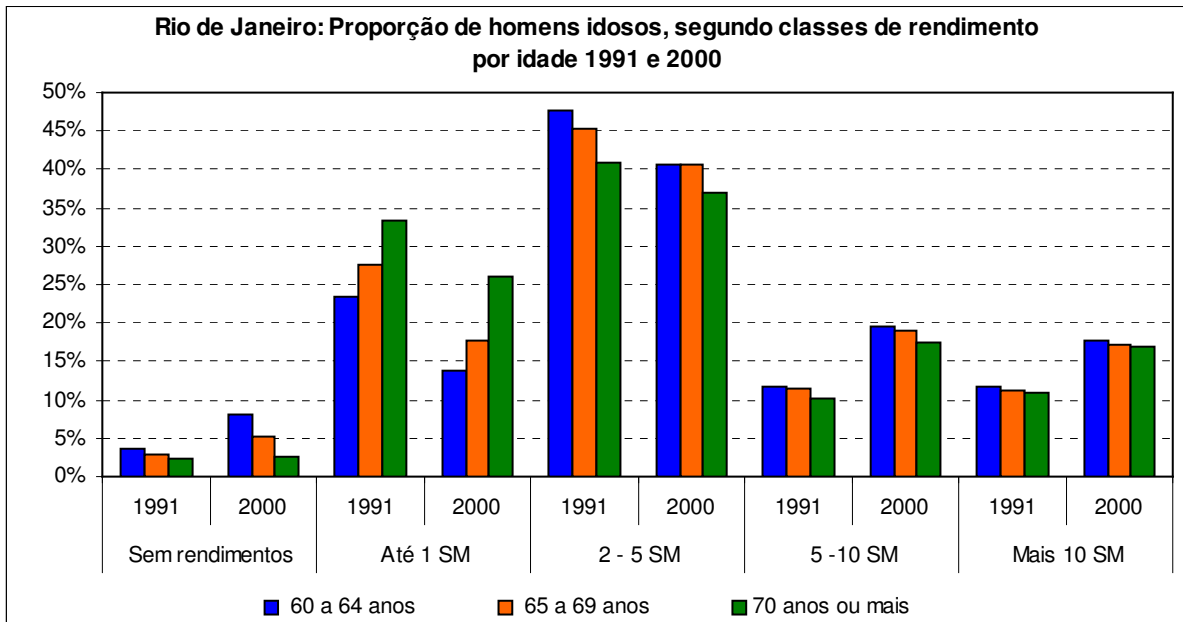
**Gráfico 19:**



Os gráficos 20 e 21 apresentam a proporção de idosos por sexo e idade segundo as classes de rendimento de todas as fontes, em 1991 e 2000. Segundo um padrão que se pode chamar de universal, também, no Rio de Janeiro, os rendimentos dos idosos são diferenciados por sexo. De maneira geral, os rendimentos dos homens situam-se num patamar mais elevado que o das mulheres, como foi verificado para o Brasil, em 2000, por Camarano, Kanso e Mello (2004). A proporção de mulheres com rendimento de até um salário mínimo foi de 36,6% em 1991 e se reduziu para 31,4% em 2000. No entanto, continuou bem mais alto que a de homens. Esta foi de 28,1% em 1991 e diminuiu para 19,8% em 2000. No outro extremo, na faixa de mais de 10 salários mínimos observou-se em 1991 apenas 3,5% de mulheres e 7,9 % em 2000 contra 11,2% de homens em 1991 e 17,3% em 2000. Vale ressaltar que a maior proporção de idosos apresentou-se concentrada nas faixas de rendimentos inferiores para ambos os sexos. É muito baixa a proporção de idosos sem nenhum rendimento, principalmente, entre os homens, o que se deve à universalização da Seguridade Social, estabelecida na Constituição de 1988.

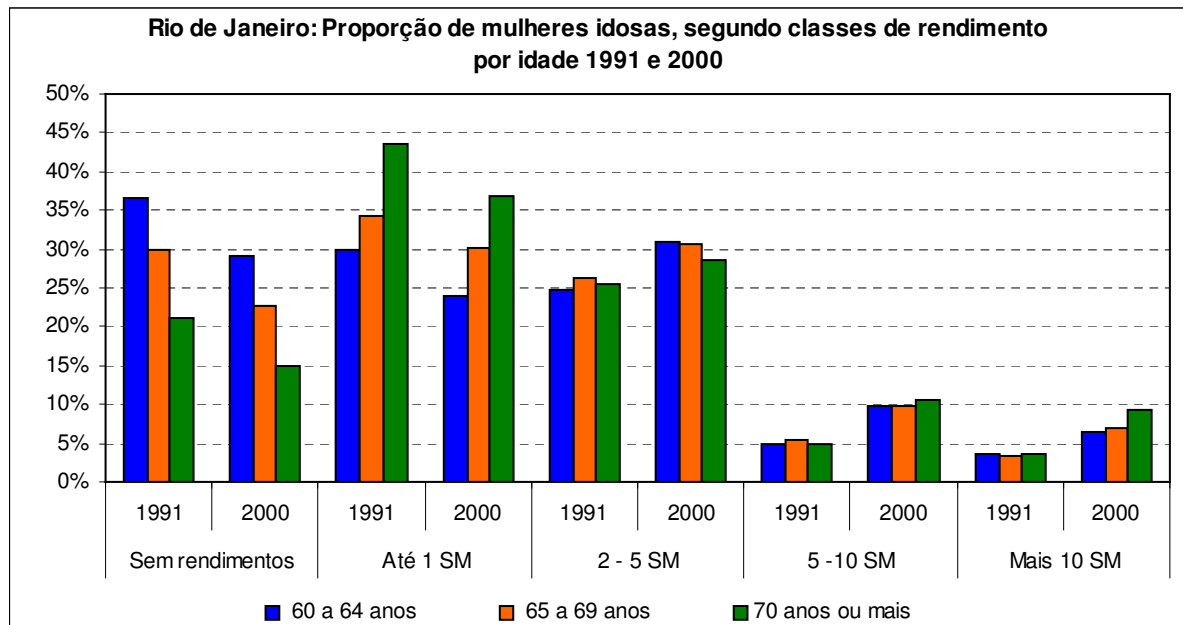
Fazendo uma análise por idade, observou-se que em 1991 23,4% dos homens de 60 a 64 anos tinham rendimentos de até um salário-mínimo, 47,5% entre 2 e 5 salários-mínimos e 23,5% com mais de cinco salários-mínimos. Já 30,9% daqueles com 65 anos ou mais apresentaram rendimentos de até um salário-mínimo, 42,8% entre 2 e 5 salários-mínimos e 21,6% com mais de cinco salários-mínimos. Em 2000, para ambas as faixas de idade, observou-se uma redução na proporção de homens com até cinco salários-mínimos e um aumento na proporção dos que recebiam mais de cinco salários-mínimos. Quanto às mulheres também foi observado, para ambas as faixas de idade, diminuição na proporção das que ganhavam até um salário-mínimo e aumento nas que ganhavam a partir de dois salários-mínimos. A proporção de idosos sem rendimentos decresce com a idade e é maior entre as mulheres de 60 a 64 anos. Contudo, entre 1991 e 2000, a proporção de mulheres sem rendimentos experimentou redução, passou de 28,6% para 20,9%. O aumento observado na proporção de homens sem rendimentos pode ser explicado pelo aumento de homens classificados como “outros parentes”.

Gráfico 20



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Gráfico 21



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

## 5.8 Sumário dos resultados

Uma das implicações do envelhecimento populacional é o envelhecimento da força de trabalho. No Estado do Rio de Janeiro, nos dois anos considerados, 4,3% da PEA (População economicamente ativa) era composta por idosos, proporção semelhante a observada para a média da população brasileira (4,2%).

Observou-se que as taxas de atividade são afetadas pela idade, ou seja, decrescem com o aumento da idade. No período de 1991 a 2000, verificou-se um aumento nas taxas dos homens de 65 a 74 anos e das mulheres de 60 a 64 anos. No último caso, isto deve estar refletindo a entrada no mercado de trabalho das mulheres em idade ativa no passado recente. Também aumentou a proporção de mulheres idosas ocupadas e de homens com mais de 65 anos. Isto pode ser explicado, em parte, pelo aumento da participação dos aposentados, especialmente, as mulheres. Em 2000, entre os trabalhadores idosos predominavam os por conta própria (34,4%). Nesse ano, dentre a PEA idosa, 22,0% dos homens e 15,4% das mulheres tinham carteira assinada.

A análise do número de horas trabalhadas pelos idosos apontou para uma redução da jornada de trabalho. No caso dos homens houve uma redução do percentual dos que trabalharam mais de 45 horas semanais e um aumento dos que trabalharam até 44 horas, ou seja, ainda reflete uma jornada completa de trabalho. Por outro lado, o percentual das idosas que trabalharam de 15 a 29 horas aumentou em cerca de seis vezes, o que mostra a importância do trabalho em tempo parcial para as mulheres.

A maior parcela da renda dos idosos, em 2000, provinha do rendimento da aposentadoria e pensões tanto para homens quanto para mulheres, porém as mulheres mais que os homens dependiam, principalmente, dos benefícios da Seguridade Social que representavam 76,6% da renda total destas. Ao compararmos os rendimentos de homens e mulheres idosos verificamos diferenciais expressivos por sexo. Para os homens, o rendimento vindo do trabalho era importante, responsável por quase um terço do total de rendimentos e para as mulheres a aproximadamente 11%. A proporção de idosos sem rendimentos decresce com a idade e é maior entre as mulheres. Contudo, entre 1991 e 2000, a proporção de mulheres sem rendimentos experimentou redução, passou de 28,6% para 20,9%.

## **6. Arranjos Familiares que Contêm Idosos**

Embora se esteja falando de arranjos familiares, a unidade trabalhada aqui, é o domicílio, tal como definido pelos Censos Demográficos.

### **6.1 Posição no domicílio**

Os idosos aportam uma contribuição importante em vários aspectos da vida familiar. Dado o seu momento no ciclo de vida, muitos têm casa própria, possuem terra, uma renda assegurada pela aposentadoria, etc. Devido à sua permanência no emprego e/ou a posse do benefício previdenciário, homens idosos mantêm o seu papel tradicional de chefe e provedor da família. Por outro lado, mulheres idosas tendem a se manter no seu papel de cuidadoras da família, mas acumulando em certos casos, o papel de provedora (Camarano e El Ghaouri, 2003). O papel do idoso na família guarda uma relação estreita com a sua posição no domicílio.

A tabela 16 mostra a distribuição percentual dos idosos segundo a sua posição no domicílio em 1991 e 2000. A maioria dos idosos do sexo masculino chefia suas famílias, ou seja, são as pessoas responsáveis pelo domicílio, embora este percentual tenha declinado de 88,8% em 1991 para 85,1% em 2000. Por outro lado, o percentual de homens cônjuges aumentou de 1,7% para 5,6% no período. Em 1991, entre as mulheres idosas predominavam as responsáveis pelo domicílio, percentual que aumentou de 38,3% para 47,1% em 2000. O percentual de mulheres cônjuges diminuiu em 2,1 pontos percentuais no período, passou de 34,0% para 31,9%.

**Tabela 16****Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos idosos, segundo a posição no domicílio  
1991 e 2000**

Condição no domicílio	Homens		Mulheres		Total	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
Pessoa responsável	88,8	85,1	38,3	47,1	59,6	62,8
Cônjuge, companheiro(a)	1,7	5,6	34,0	31,9	20,4	21,0
Outro parente / agregado	8,4	8,4	26,4	19,9	18,8	15,2
Individual em domicílio coletivo	1,1	0,9	1,3	1,0	1,2	1,0
Total geral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Quanto mais avançada a idade dos idosos, menores as chances de eles serem classificados como chefes ou pessoas responsáveis e maiores as chances de serem “outros parentes” no domicílio. Essas chances são mais altas para as mulheres do que para os homens, como mostra a tabela 17. De acordo com Camarano et al. (2004) isso sugere que os homens, em geral, mesmo com perda de autonomia, permanecem como chefes da família e as mulheres, quando viúvas, separadas ou solteiras, morem com filhos e/ou outros parentes. Para as autoras, uma maneira de avaliar a dependência dos idosos sobre as famílias é através da condição dos idosos em relação ao chefe da família na posição de “parentes” ou “agregados”, pois em geral esse grupo é composto por pais, mães ou sogros, que na falta de renda ou autonomia física ou mental, vão morar com filhos ou outros parentes. Em 1991, do total de idosos nessa condição 18,8% eram homens. Em 2000 representavam 23,1%. Entre as mulheres, a referida proporção foi de 81,2% do total de idosos na posição de “parentes” ou “agregados” em 1991 e em 2000 passou para 76,9%. Isto sugere melhoria nas condições de saúde das idosas.



Tabela 17

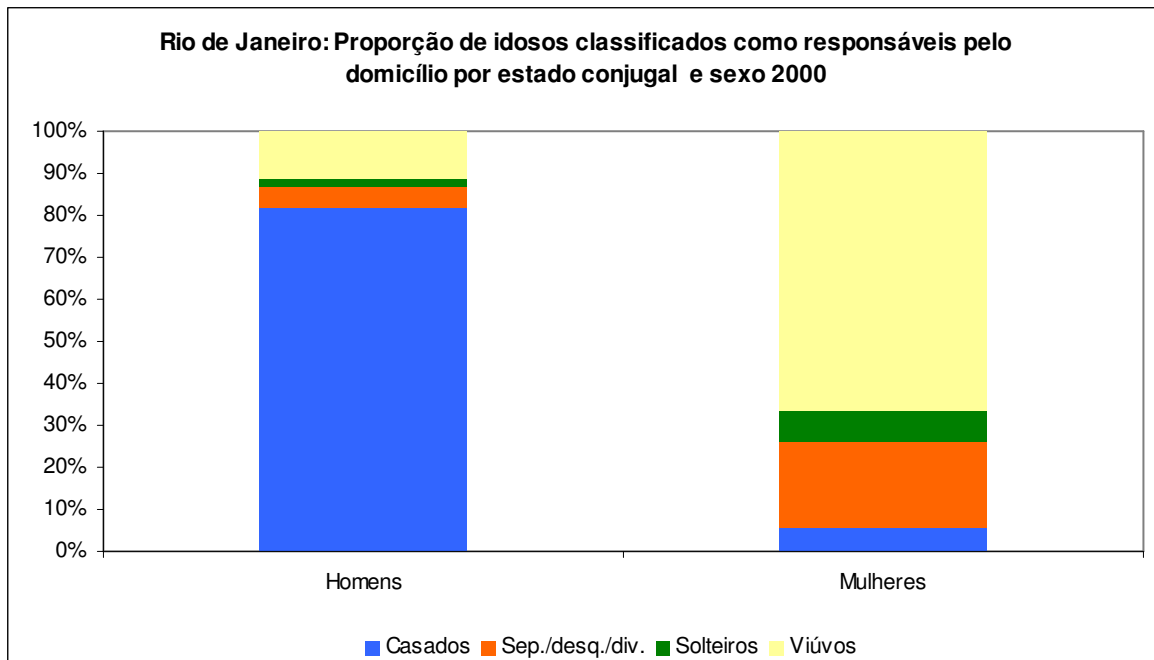
**Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos idosos, segundo a posição no domicílio por sexo e idade 1991 e 2000**

		1991			2000		
		Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Pessoa responsável	60 a 64 anos	24,5	12,2	36,8	18,7	11,8	30,5
	65 a 69 anos	17,3	9,6	26,8	14,9	11,0	26,0
	70 anos ou mais	21,1	15,3	36,4	22,4	21,1	43,5
		62,9	37,1	100,0	56,0	44,0	100,0
Cônjuge	60 a 64 anos	1,4	46,1	47,5	3,8	35,8	39,7
	65 a 69 anos	0,9	27,5	28,4	2,9	25,8	28,7
	70 anos ou mais	1,2	22,8	24,1	4,3	27,3	31,6
		3,5	96,5	100,0	11,1	88,9	100,0
Outro parente / agregado	60 a 64 anos	4,9	16,2	21,0	5,3	11,8	17,1
	65 a 69 anos	4,0	16,0	20,0	4,9	13,0	17,9
	70 anos ou mais	10,0	48,9	58,9	12,9	52,1	65,0
		18,8	81,2	100,0	23,1	76,9	100,0
Individual em domicílio coletivo	60 a 64 anos	9,2	8,4	17,6	22,2	28,7	51,0
	65 a 69 anos	8,3	9,0	17,3	10,0	12,1	22,0
	70 anos ou mais	20,0	45,1	65,1	10,8	16,2	27,0
		37,5	62,5	100,0	43,0	57,0	100,0

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

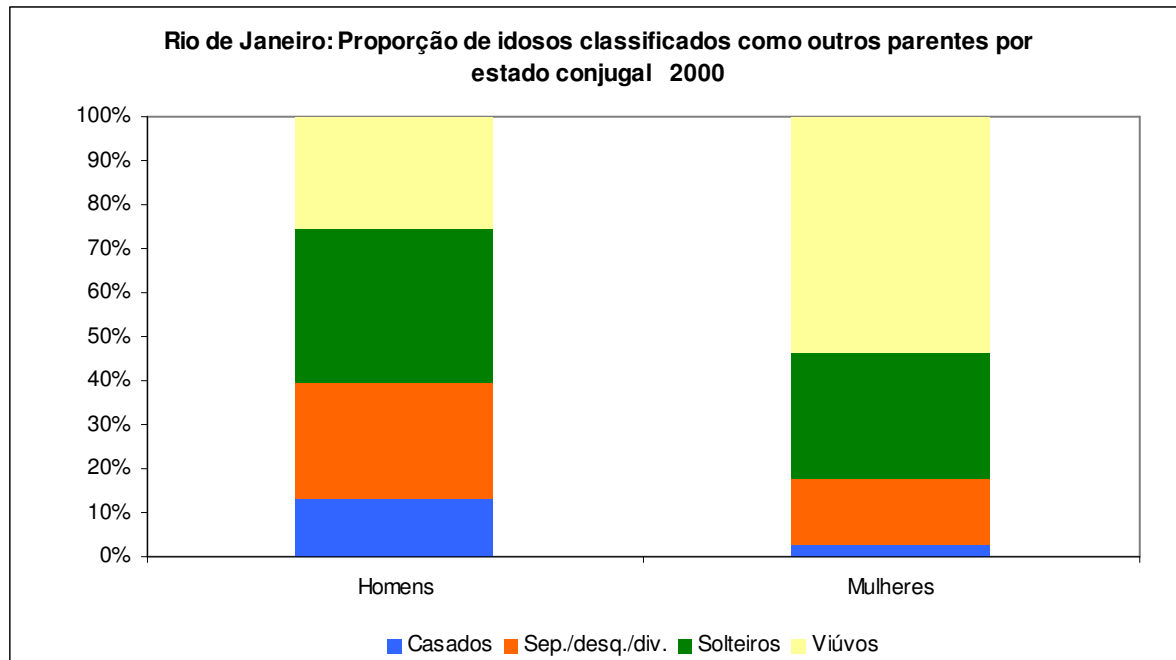
Quanto ao estado conjugal dos idosos responsáveis pelo domicílio, dentre mulheres em 2000 prevaleciam as viúvas (66,8%) e as separadas / desquitadas / divorciadas (20,4%). Para Camarano e El Ghaouri (2003), separações e, principalmente a viuvez, explicam em parte, o crescimento das famílias unipessoais e chefiadas por mulheres. As autoras consideram que as normas sociais vigentes são também responsáveis pelas reduzidas taxas de recasamento entre as mulheres idosas descasadas e tal comportamento reflete, também, nos arranjos familiares da população brasileira como um todo. Entre os homens idosos classificados como responsáveis predominavam os casados. O percentual de idosos nessa condição foi de 82,1%.

Gráfico 22



No que se refere ao estado conjugal dos idosos classificados como outros parentes prevalecia, em 2000, a condição de viúva para as mulheres (53,6%) seguida da condição de solteira (28,6%). As casadas representavam 2,7%. No caso dos homens, 35,0% eram solteiros, 26,6% separados e divorciados e 25,3% eram viúvos. Foi muito baixa a proporção de casados nessa condição, especialmente, entre as mulheres.

Gráfico 23



## 6.2. Arranjos familiares no Estado do Rio de Janeiro

Nesta seção, procura-se dar uma idéia da estrutura e organização das famílias\* do Estado do Rio de Janeiro que contavam com a presença de idosos nos anos de 1991 e 2000. Por famílias estamos considerando como unidade de análise o domicílio tal como conceituado pelo IBGE. As famílias com idosos residindo foram divididas em dois grupos: famílias DE idosos, onde o idoso é chefe ou cônjuge, e famílias COM idosos, onde os idosos moram na condição de parentes do chefe♦. Conforme ressaltam Camarano et al. (2004), nas famílias DE idosos, em geral, espera-se que residam idosos com autonomia e nas COM idosos, os vulneráveis que demandam ajuda de familiares, seja por falta de renda, seja por dificuldades para a vida cotidiana. Para as autoras a probabilidade de existência de arranjos familiares extensos por necessidade dos idosos cresce à medida que aumenta a sua idade o que levaria a

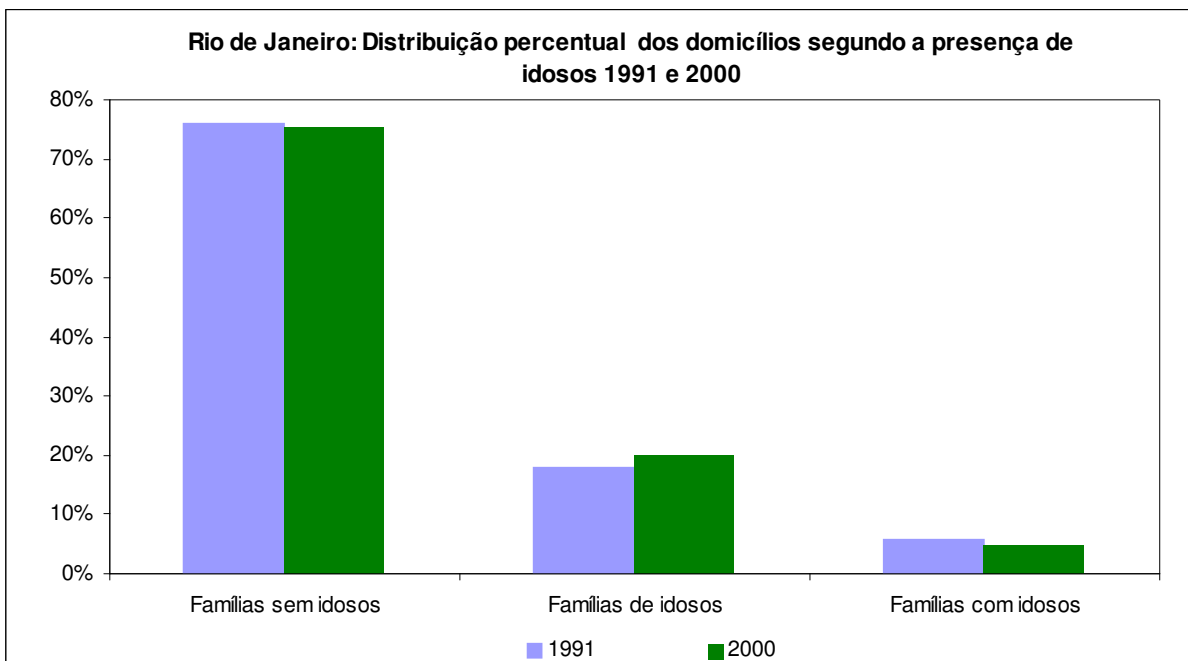
\* Conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência.

♦ Esta abordagem foi utilizada por Camarano et al (2004).

uma associação entre co-residência de idosos (idosos vivendo em casa de filhos ou outros parentes) e sua “dependência” física ou financeira.

Observou-se entre 1991 e 2000 um ligeiro crescimento na proporção de famílias com a presença de idosos de 23,9% para 24,9%, o que é resultado do envelhecimento populacional. O crescimento ocorreu entre as famílias DE idosos que em 1991 representavam 18,0% das famílias e em 2000 passaram a constituir 20,1%. A proporção de famílias COM idosos diminuiu de 5,9% para 4,8% no período. A redução da proporção de outros parentes entre os idosos em geral, e entre os homens em particular, pode indicar melhores condições de saúde e capacidade funcional, e esta, por sua vez, podem ser interpretadas como um produto de melhores condições de vida, sugerindo uma redução da dependência dos idosos sobre a família (Camarano e El Ghaouri, 2003).

**Gráfico 24**



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

O tamanho médio das famílias do Rio de Janeiro diminuiu ligeiramente entre 1991 e 2000 o que parece ser resultado do menor número de filhos nelas vivendo (tabela 18). Nas famílias sem idosos e com idosos isto pode ser explicado pela queda da fecundidade. As famílias COM idosos eram, no período analisado, maiores do que as demais, mas as sem idosos tinham um maior número de filhos residentes. Em 2000, o tamanho médio de uma família COM idoso era de 3,6 pessoas e DE idoso 2,0 pessoas. Isto está associado, como será visto posteriormente, à composição dos dois tipos de famílias e ao momento no ciclo vital dos chefes.

**Tabela 18**

**Rio de Janeiro: Tamanho médio e número médio de filhos nas famílias, segundo a presença de idosos 1991 e 2000**

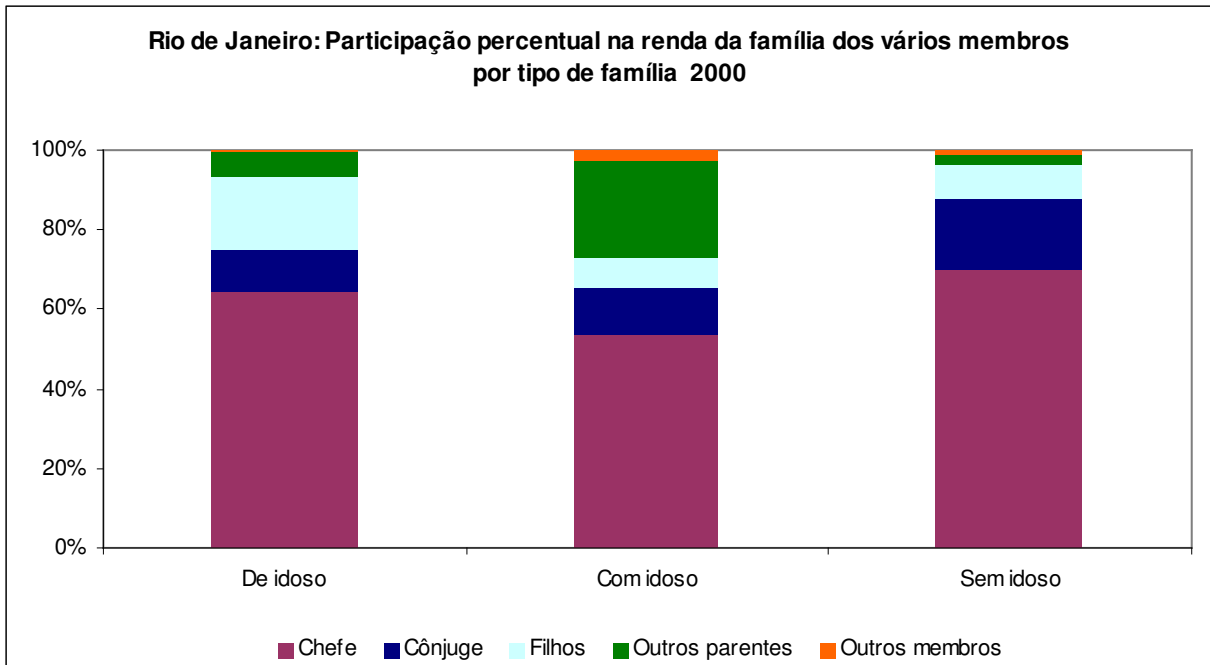
Tipo de família	Tamanho médio		Número médio de filhos	
	1991	2000	1991	2000
Famílias de idosos	2,2	2,0	1,0	0,8
Famílias com idosos	3,9	3,6	1,5	1,3
Famílias sem idosos	2,8	2,5	1,8	1,6

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

### 6.3 Participação na renda da família

A maior contribuição para a renda da família é aportada pelo chefe, como se pode ver no gráfico 25. Isto ocorre nos três tipos de família. Nas famílias DE idosos, a participação da renda do chefe representa 64,1%, a dos filhos, 18,5% e dos cônjuges, 10,7%. A contribuição de parentes e outros membros é baixa, somadas representam 6,7%. Nas famílias COM idosos, a contribuição dos idosos, aqui mostrado pelos “outros parentes” representa 24,6%. Para Camarano et al. (2004), embora a contribuição dos idosos nessas famílias seja menor que nas famílias DE idosos, ela não deixa de ser expressiva, principalmente se levarmos em conta que os idosos nela residindo são, por hipótese, os “dependentes”.

Gráfico 25



Fonte: Censo Demográfico 2000

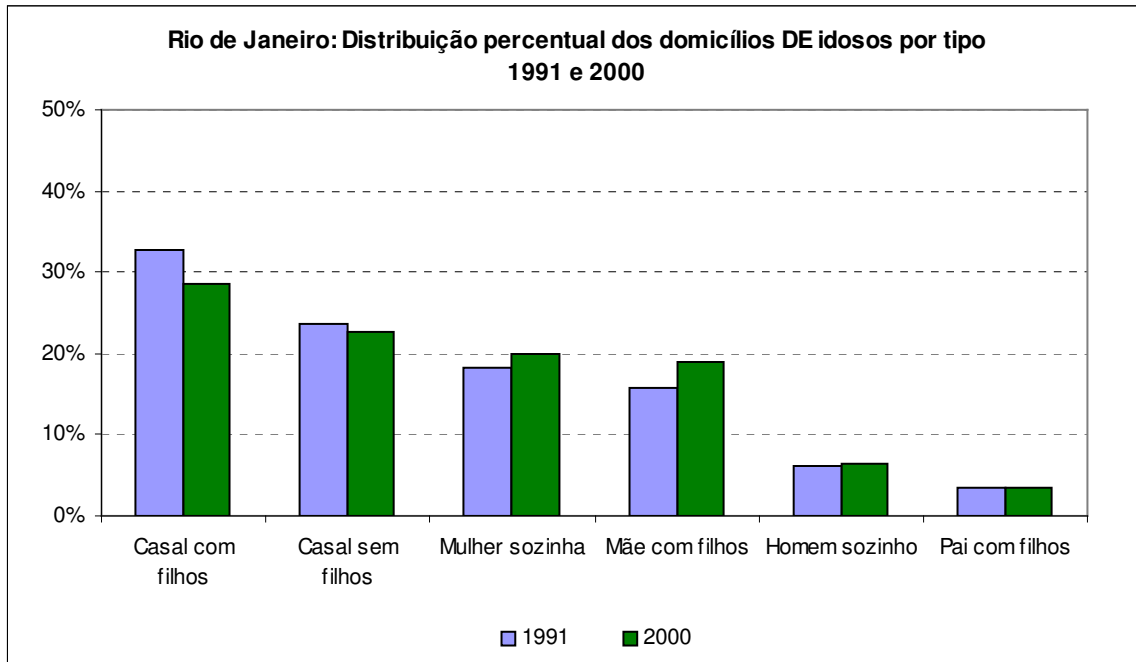
As relações de troca e ajuda mútua entre pais e filhos constituem um fator muito importante que tem assegurado, ao longo da história, a sobrevivência nas idades mais avançadas. Camarano et al. (2004) consideram a família como uma das instituições mais importantes e eficientes no bem estar dos indivíduos e na distribuição de recursos. As autoras comentam que em muitos países, as famílias aparecem como a única alternativa de apoio à população idosa o que se dá pela co-residência e/ou pela transferência de bens e recursos financeiros. Consideram a co-residência ou a ampliação das famílias como uma estratégia familiar que pode beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas. Algumas das funções familiares nos países desenvolvidos foram sendo gradativamente substituídas pelo setor público, reduzindo-se o papel central da família como suporte básico aos idosos. Esse não é o caso dos países menos desenvolvidos, onde, devido à ausência de uma política mais abrangente de seguridade social, a família ainda representa uma fonte importante de assistência para uma parcela significativa da população idosa (Saad, 1997). O grau de dependência dos indivíduos idosos é, em grande medida, determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Isso sugere que quando se reduzem ou se aumentam os benefícios

previdenciários, o Estado não está simplesmente atingindo indivíduos, mas uma fração considerável dos rendimentos de famílias inteiras. Em consequência, o perfil do sistema previdenciário construído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias (Camarano, 2006).

#### **6.4 Composição dos domicílios DE e COM idosos**

Na seção a seguir, desagregam-se as famílias com idosos residindo nas duas categorias mencionadas com o objetivo de aprofundar o conhecimento dos arranjos familiares. No período analisado, quanto à composição dos domicílios segundo a presença de idosos, foi verificado nos DE idosos, uma redução na proporção dos formados por casal com filhos e casal sem filhos e um crescimento nos de mulheres vivendo sozinhas, mães com filhos e homens sozinhos (ver gráfico 26). Para Camarano et al. (2004), os incrementos nas duas primeiras proporções estão relacionados à esperança de vida diferencial entre homens e mulheres e às menores chances de recasamento por parte das mulheres. Segundo as autoras, com a viuvez e as separações, as mulheres idosas passam a assumir o papel de responsável pelas suas famílias e esse comportamento reflete tanto as alterações decorrentes do envelhecimento populacional como as mudanças nos arranjos familiares da população como um todo.

Gráfico 26



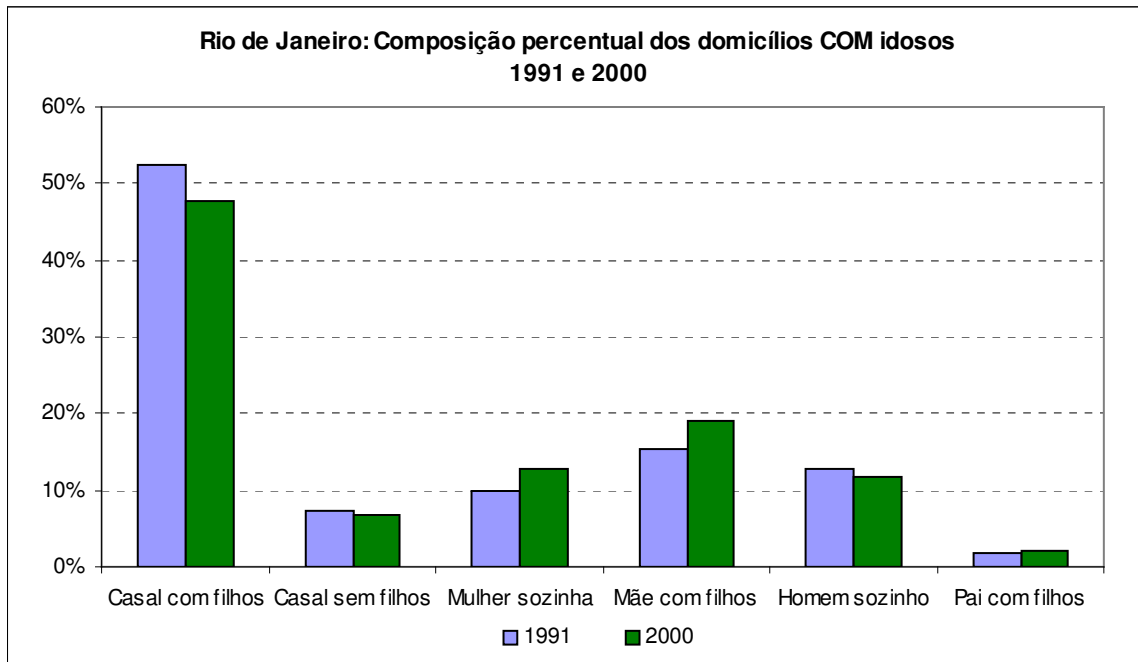
Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Camarano et al. (1999) salientam que no Brasil, a aparente similaridade entre as elevadas proporções de mães sós com filhos tem significado diferente. Enquanto nas famílias sem idosos são resultado, principalmente, de separações ou dos arranjos de mulheres solteiras com filhos, as mães sós ou com filhos nas famílias com idosos geralmente encontram-se na condição de viúvas. Assim, entre as primeiras devem predominar filhos menores de 15 anos e entre as últimas, filhos adultos, solteiros ou casados. Segundo as autoras, isto significa diferentes condições de vida e demandas por diferentes tipos de serviços e políticas.

Nas famílias COM idosos, ressaltam-se os arranjos do tipo casal com filhos, onde provavelmente os idosos são pais ou sogros do chefe. Tal proporção decresceu no período, passando de 52,6% em 1991 para 47,6% em 2000. Por outro lado, a proporção de famílias chefiadas por mulheres com filhos experimentou um incremento. Em 1991, tais arranjos constituíam 15,5% do total e, em 2000, passaram a representar 18,9%, processo este, em curso em toda a sociedade brasileira. Observou-se, também, um aumento na proporção de famílias compostas por mulheres sem filhos, onde o idoso vive na condição de parente.



Gráfico 27



Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

### 6.5 Características das famílias DE e COM idosos

Nas famílias de idosos, encontra-se pelo menos um filho residindo, sendo os filhos, em geral, maiores de 21 anos e 0,4 netos. Em 2000, 67,1% dos netos nas famílias DE idosos tinham entre 0 e 14 anos, 27,8% tinham entre 15 e 24 anos e 5,1% tinham mais de 25 anos. O número médio de cônjuges decresceu ligeiramente, isto pode ser resultado da maior proporção de famílias chefiadas por mulheres, o que pode ser observado na tabela 20.

**Tabela 19**

**Rio de Janeiro: Número médio de membros, segundo a relação com o chefe dos domicílios DE idosos 1991 e 2000**

Relação com o chefe do domicílio	DE idosos	
	1991	2000
Chefe	1,00	1,00
Cônjuge	0,57	0,51
Filhos	0,97	0,84
Filho < 21 anos	0,26	0,18
Filho >= 21 anos	0,72	0,67
Netos	0,38	0,38
Maiores de 60 anos	1,25	1,25
Agregado e pensionista	0,07	0,03
<b>Total</b>	<b>2,20</b>	<b>1,96</b>

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

O percentual de mulheres chefes de família foi mais elevado nas famílias DE idosos, percentual este que cresceu no período. Passou de 35,4% em 1991 para 42,9% em 2000. No entanto, nas famílias COM idosos o aumento foi mais expressivo, cresceu de 27,2% para 37,5%. Para Camarano et al. (2004), isso reflete o aumento das famílias chefiadas por mulheres em curso no Brasil e sugere, no segundo caso, uma preferência maior dos idosos em morar com filhas do que com filhos.

Verificou-se aumento na proporção de idosos residindo nos dois tipos de famílias. Nas famílias onde os idosos são chefes ou cônjuges a idade média do idoso é mais baixa do que aqueles nas famílias COM idosos, o que reforça a hipótese de que os idosos residindo nessas famílias são mais frágeis. Observou-se, também, uma redução no número médio de pessoas que trabalham nos dois tipos de famílias. Camarano et al. (2004), observam que os idosos que vivem nas famílias DE idosos participam mais no mercado de trabalho do que os que vivem nas famílias COM idosos, o que, segundo as autoras, pode estar relacionado ao fato de serem mais jovens do que os demais. Entre 1991 e 2000 houve um crescimento no percentual de mulheres idosas exercendo a chefia das famílias, esse percentual passou de 35,4% para 42,9% nas famílias DE idosos. No que tange as condições econômicas nos dois tipos de famílias verificou-se aumento no rendimento médio dos chefes e no rendimento médio do idoso. Os idosos nos domicílios “DE” apresentam uma renda bem mais elevada que os residentes nos

domicílios “COM”. Isto leva a se inferir que renda é, também, um determinante importante da co-residência. Os dados mostram um aumento na proporção de idosos que recebem benefícios da Seguridade Social em ambos os tipos de famílias. O aumento foi maior nas famílias DE idosos.

**Tabela 20**

**Rio de Janeiro: Algumas características das famílias DE e COM idosos 1991 e 2000**

	De idosos		Com idosos	
	1991	2000	1991	2000
Idosos residindo nas famílias (%)	42,8	45,6	24,0	25,7
Idade média do idoso	68,1	69,2	72,4	73,4
Idade média do chefe	67,7	68,6	42,6	43,8
Chefes femininos (%)	35,4	42,9	27,2	37,5
Número médio de pessoas que trabalham	1,0	0,9	1,7	1,6
Número médio de idosos que trabalham	0,3	0,3	0,1	0,1
Número médio de filhos que trabalham	0,5	0,4	0,3	0,3
Idosos que recebem benefícios (%)	69,8	75,6	75,1	78,8
Rendimento médio do idoso (em Reais)	674,01	836,79	242,97	381,74

Fonte: Censos Demográficos 1991 e 2000

Para comparar o rendimento entre 1991 e 2000 foram utilizados os deflatores calculados por Corseuil e Foguel (2002).

## 6.6 Idosos com dificuldades para a vida diária

Dificuldades para a vida diária constituem num aspecto importante da “independência” dos idosos. No que concerne a elas, a proporção de idosos do Estado do Rio de Janeiro com alguma dificuldade foi de 14,8% em 1998 reduzindo para 13,3% em 2003. Essa redução foi relativamente maior entre os homens. A proporção de mulheres com dificuldades para a realização das atividades diárias foi mais elevada que a de homens. Sabe-se que as mulheres são mais vulneráveis que os homens e que as debilidades físicas acabam acarretando perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades do cotidiano.

**Tabela 21**

**Rio de Janeiro: Proporção de idosos, segundo dificuldades para a realização das atividades da vida diária e sexo 1998 e 2003**

	1998			2003		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Idosos com dificuldades	12,8%	16,2%	14,8%	10,3%	15,3%	13,3%
Idosos sem dificuldades	87,2%	83,8%	85,2%	89,7%	84,7%	86,7%

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

Dado que a residência em instituições de longa permanência não é uma prática disseminada no Brasil, a família é a principal cuidadora dos idosos. Observou-se que a maior parte dos idosos do sexo masculino com alguma dificuldade para a realização das atividades da vida diária encontrava-se nas famílias compostas por casal sem filhos e casal com filhos e na posição de chefe ou pessoa de referência. Isto se deve, provavelmente, ao fato do homem casado ter uma esposa que cuida dele. Por exemplo, como se pode ver na tabela 23, essa proporção decresceu entre 1998 e 2003 como resultado do aumento da proporção de “outros parentes”. Ressalta-se que entre 1998 e 2003 houve um aumento no percentual de idosos do sexo masculino nas famílias formadas por homens sozinhos. No que diz respeito às idosas frágeis, estas estão em sua maioria nas famílias compostas por mulher sozinha e mãe com filhos conforme mostra a tabela 22. Estas proporções não se alteraram muito entre 1998 e 2003. A maioria das mulheres era chefe ou pessoa de referência. A segunda maior proporção observada foi a de “outros parentes”. Esta proporção foi bem maior do que a de homens, sugerindo uma maior “dependência” das mulheres comparadas aos homens.

Tabela 22

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos idosos com dificuldades nas atividades da vida diária por tipo de família 1998 e 2003**

	1998			2003		
	Idosas frágeis	Idosos frágeis	Total	Idosas frágeis	Idosos frágeis	Total
Casal sem filhos	22,0	43,0	29,5	19,5	41,2	26,3
Casal com filhos	20,3	43,4	28,6	20,3	30,5	23,5
Mulher sozinha	29,1	0,5	18,8	29,1	2,6	20,7
Mãe com filhos	24,4	0,7	15,9	27,3	5,1	20,3
Homem sozinho	3,0	9,1	5,2	3,3	15,8	7,2
Pai com filhos	1,2	3,3	2,0	0,7	4,8	2,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

Tabela 23

**Rio de Janeiro: Proporção de idosos com dificuldades para a realização das atividades da vida diária por sexo e condição no domicílio**

	Homens		Mulheres	
	1998	2003	1998	2003
Chefe	91,1%	77,9%	45,6%	46,3%
Cônjuge	3,8%	4,5%	26,2%	23,2%
Outro Parente	3,6%	17,0%	26,3%	28,6%
Outros	1,4%	0,6%	1,9%	1,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

## 6.7 Sumário dos resultados

No Rio de Janeiro, a maioria dos idosos do sexo masculino chefia suas famílias, embora este percentual tenha declinado de 1991 para 2000. Em 1991, entre as mulheres idosas predominavam as responsáveis pelo domicílio (38,3%). Esse percentual aumentou para 47,1% em 2000. Quanto mais avançada a idade dos idosos, maiores as chances de eles serem classificados como “parentes” no domicílio. Essas chances são mais altas para as mulheres do que para os homens. Para Camarano et al. (2004), uma maneira de avaliar a dependência dos idosos sobre as famílias é através da condição dos idosos em relação ao chefe da família na posição de “parentes” ou “agregados”, pois em geral esse grupo é composto por pais, mães ou sogros, que na falta de renda ou autonomia física ou mental, vão morar com filhos ou outros parentes. A proporção idosos nessa condição diminuiu, principalmente, entre as mulheres.

No que se refere à estrutura e organização das famílias do Estado do Rio de Janeiro observou-se entre 1991 e 2000 um ligeiro crescimento na proporção de famílias com a presença de idosos. O crescimento ocorreu entre as famílias DE idosos que em 1991 representavam 18,0% das famílias e em 2000 passaram a constituir 20,1%. O tamanho médio das famílias diminuiu ligeiramente no período analisado. Em 2000 o tamanho médio de uma família COM idoso era de 3,6 pessoas e DE idoso 2,0 pessoas.

A maior parte dos casos de idosos com alguma dificuldade para a realização das atividades da vida diária foi encontrada nas famílias compostas por casal sem filhos e casal com filhos. As idosas frágeis estão em sua maioria presentes nas famílias compostas por mulher sozinha e mãe com filhos enquanto os idosos frágeis encontram-se nas de casal sem filhos e casal com filhos. Entre 1998 e 2003 houve redução na proporção de idosos com dificuldades para a realização das atividades da vida diária. Essa redução foi relativamente maior entre os homens.

Em relação à contribuição dos membros na renda da família verificamos que nos três tipos de família analisados a contribuição maior é a do chefe. Nas famílias DE idosos a contribuição de parentes e outros membros é baixa, somadas representam 6,7%. Nas famílias COM idosos, a contribuição destes representa 24,6%. Nesse caso, esta contribuição é a dos

idosos, que mesmo na condição suposta de “dependentes”, ainda aportam uma contribuição importante na renda familiar.

No que tange à composição das famílias segundo a presença de idosos, foi verificada nas famílias DE idosos, uma redução na proporção das formadas por casal com filhos e casal sem filhos e um crescimento nas de mulheres vivendo sozinhas, mães com filhos e homens sozinhos. O número médio de filhos menores de 21 anos sofreu uma redução nas famílias DE idosos entre 1991 e 2000. Segundo Camarano et al. (2004), isso pode ser explicado pelo envelhecimento dos moradores do domicílio. O número médio de cônjuges também decresceu, resultado da maior proporção de famílias chefiadas por mulheres.

Entre 1991 e 2000 houve um crescimento no percentual de mulheres idosas exercendo a chefia das famílias e queda no número médio de pessoas que trabalham. As condições econômicas nos dois tipos de famílias podem ser inferidas pelo rendimento médio dos chefes e no rendimento médio do idoso, ambos aumentaram no período. Por outro lado, também, a proporção de beneficiários da seguridade social aumentou. O aumento foi maior nas famílias DE idosos dada a sua composição.

## Comentários finais

Assumindo que o que determina a “dependência” dos idosos e, na verdade, suas condições de vida são a perda de autonomia (física e mental) e de renda, esta dissertação procurou mostrar se estas condições mudaram no período estudado, que foi de 1991 a 2003. Considerou-se para isto, indicadores de saúde, de participação no mercado de trabalho, rendimentos e posição na família. Além disto, outros aspectos, como a violência, foram abordados.

Pode-se dizer, em geral, que os idosos residentes no Estado do Rio de Janeiro estão vivendo mais e em melhores condições de vida. Estas são inferidas pelo aumento na proporção de alfabetizados, no rendimento médio do idoso, na contribuição dos idosos na renda familiar, no aumento da esperança de vida da população idosa e em uma maior proporção de idosos que se auto-avaliaram como tendo bom estado de saúde. Também, observou-se uma redução na proporção de idosos com dificuldades nas atividades da vida diária e redução na proporção de mulheres sem rendimentos que passou de 28,6% para 20,9% entre 1991 e 2000. Em síntese, pode-se dizer que houve uma melhoria nas condições de vida desses idosos e uma redução de sua “dependência”.

A participação do idoso no mercado de trabalho é importante como um indicador de sua autonomia, de integração social e a renda do trabalho representa uma proporção importante da sua renda total. Em 2000, o rendimento vindo do trabalho era, responsável por quase um terço do total de rendimentos dos homens idosos. As condições de saúde constituem em um dos determinantes importantes da oferta de força de trabalho do idoso. No Estado do Rio de Janeiro aumentou a proporção de homens e mulheres idosas com mais de 65 anos ocupados. Isto pode ser explicado, em parte, pelo aumento da participação dos aposentados, especialmente, as mulheres. No caso dos homens a análise do número de horas trabalhadas mostrou que estes exerceram uma jornada completa de trabalho entre 1991 e 2000. A maior parcela da renda da população idosa, em 2000, provinha do rendimento de aposentadorias e pensões, e as mulheres mais que os homens dependiam, principalmente, dos benefícios da Seguridade Social.



O envelhecimento populacional acarreta mudanças, também, nos arranjos familiares. Uma dessas mudanças é a maior proporção de famílias com pelo menos um idoso. Outras mudanças, como o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, também, atingem a família levantando dúvidas sobre a possibilidade de continuarem mantendo o seu tradicional papel de cuidadora. Os cuidados institucionais de longa duração não constituem uma prática generalizada no país (Camarano, 2006). Uma importante decorrência dessa maior participação da mulher é a ausência, na família, de alguém que cuide do idoso em caso de doença e/ou incapacidade física. Essas funções, tradicionalmente ligadas à mulher, e não recompensadas financeiramente, estão exigindo novas soluções nas grandes cidades brasileiras (Veras et al., 1987). A violência familiar está muito associada à pouca disponibilidade e preparo da família para cuidar de seus membros dependentes. Pelo fato da família ser, no Brasil e no mundo, o lócus privilegiado de moradia e de cuidado dos idosos de todas as classes sociais, é preciso investir muito na sua competência para abrigá-los com dignidade, respeitá-los e protegê-los. Todas as formas de abuso, principalmente os econômicos, precisam ser coibidos e, para isso, as instâncias públicas necessitam se equipar e ter capacidade de dar respostas (Minayo e Souza, 2005).

A partir da base de dados do DATASUS, SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) e SIH (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) foi possível obter algumas inferências sobre o perfil de mortalidade e morbidade dos idosos do Estado do Rio de Janeiro. Apesar do envelhecimento vir acompanhado por uma melhoria das condições de saúde da população idosa, o sistema de saúde, precisa estar preparado para um número cada vez maior de pessoas que experimentam doenças crônicas, incapacidades associadas, e que certamente demandam consultas, serviços, diagnósticos, remédios e internações (Paes, 2000). Com relação às informações sobre morbidade hospitalar, segundo o Ministério da Saúde (2005), apenas uma parte das conseqüências das agressões e dos traumas é computada pelas estatísticas em função das limitações do SIH-SUS que não incluem os muitos casos atendidos nas emergências, pronto-socorros e as internações ocorridas em unidades de saúde não conveniadas ao SUS.

Quanto à violência que atinge os idosos do Estado do Rio de Janeiro, o que se observou é que os homens são vítimas mais freqüentes dos óbitos por causas externas, particularmente vulneráveis aos acidentes de trânsito e transporte. Foram também vítimas de

homicídios e suicídios, proporção esta que aumentou entre 1991 e 2000. As quedas foram responsáveis pela maior parte dos óbitos por causas externas da população idosa em 2000. Isto ocorreu em razão do aumento da proporção de óbitos por quedas entre as mulheres o que também se refletiu na causa principal de internações de idosas por causas externas no Rio de Janeiro naquele ano. Diante do que foi observado, se percebe a importância e a necessidade de políticas públicas de saúde específicas para a população idosa no que diz respeito à integração social, conscientização, prevenção e demanda, tanto quanto ações do setor de saúde na intensificação de planejamento e destinação de recursos para atuar nos agravos, formação profissional e introdução da temática na formação continuada das equipes de saúde, tanto para a sensibilização como para o desenvolvimento de uma filosofia, métodos, técnicas e habilidade de atendimento (Minayo, 1994).

Levando em conta o debate a respeito do universo de possibilidades que poderíamos pressupor a respeito do futuro da população idosa, é importante considerar que existem aspectos fundamentais para a preservação da autonomia desses idosos. O alongamento da vida associado a melhores condições de saúde bem como a ampliação da cobertura da Previdência Social em quase todo o mundo têm levado a uma mudança de percepção do que vem a ser a última etapa da vida. A visão de que esta representa um processo de perdas está sendo substituída pela consideração de que a última fase da vida é um momento propício para novas conquistas e busca de satisfação pessoal. Para que isso possa ocorrer é preciso equilíbrio financeiro e uma política de desenvolvimento que contemple os idosos num contexto intimamente ligado ao da sociedade como um todo (Camarano e Pasinato, 2004). Assim, para que esses objetivos sejam alcançados, é importante, também, que se façam programas de sensibilização da população como um todo para que o respeito a esse grupo populacional se fortaleça.

## Referências Bibliográficas

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. **Texto para Discussão**, n. 1034, Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

BONATELLI, C. A Inclusão do idoso é um valor que não pode ser esquecido. **Revista Espaço Aberto**, n. 67, São Paulo, Universidade de São Paulo, mai. 2006.

BERCOVICH, A. M. Características regionais da população idosa no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, 1993.

BERQUÓ, E. Fatores estáticos e dinâmicos (mortalidade e fecundidade). In: SANTOS, J.; LEVY, M. S.; SZMECSANYI, T. **Dinâmica da população: teoria, métodos e técnicas de análise**, São Paulo, 1980.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

CAMARANO, A. A.; BELTRÃO, K. I.; PASCOM, A. R. P.; MEDEIROS, M.; CARNEIRO, I. G.; GOLDANI, A. M.; VASCONCELOS, A. M. N.; CHAGAS, A. M. R. & OSÓRIO, R. G. Como vai o Idoso Brasileiro? **Texto para Discussão**, n. 681, Rio de Janeiro, IPEA, 1999.

CAMARANO, A. A.; ABRAMOVAY R. Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil: Panorama dos últimos 50 anos. **Texto para Discussão**, n. 621, Rio de Janeiro, IPEA, 1999.

CAMARANO, A. A. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. **Texto para Discussão**, n. 830, Rio de Janeiro, IPEA, 2001.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. **Texto para Discussão**, n. 858, Rio de Janeiro, IPEA, 2002.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: Suporte familiar ou agente de mudança?. **Revista Estudos Avançados**, v. 17, n. 49, São Paulo, 2003.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. Famílias com idosos: Ninhos vazios? **Texto para Discussão**, n. 950, Rio de Janeiro, IPEA, 2003.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; BELTRÃO, K. I.; SUGAHARA, S. Tendências demográficas do Município do Rio de Janeiro. **Coleção Estudos da Cidade**, Rio de Janeiro, Prefeitura do Rio de Janeiro, mar. 2004.

CAMARANO, A. A. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. **Texto para Discussão**, n. 1179, Rio de Janeiro, IPEA, 2006.

CORSEUIL, C. H.; FOGUEL, M. N. Uma sugestão de deflatores para rendas obtidas a partir de algumas pesquisas domiciliares do IBGE. **Texto para Discussão**, n. 897, Rio de Janeiro, IPEA, 2002.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp, 1999.

Estatuto do Idoso. **A Lei**. Brasília, 2004.

FILHO, H. A.; FRAGOSO, M. C. F. Maus Tratos e o Estatuto do Idoso. In: FILHO, H. A. (org.). **Comentários sobre o Estatuto do Idoso**, Brasília, 2004.

FLIPPEN, C.; TIENDA, M. Pathways to retirement: patterns of labor force participation and labor market exit among the pre-retirement population by race, hispanic origin, and sex. **Journal of Gerontology: Social Science**, 55B: S14-S27, 2000.

Dados socioeconômicos Rio de Janeiro Olhar comparativo. **Fundação CIDE**. Disponível em: < <http://www.cide.rj.gov.br>>. Acesso em: mai. 2005.

GOLDANI, A M. Mulheres e envelhecimento: Desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos sessenta. Os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, IPEA, 1999.

HOFFMANN, M. E. Bases biológicas do envelhecimento. **Revista Idade Ativa**, 2002.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. 2002. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: mai. 2005.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

KRELING, N. H. Gênero e trabalho na terceira idade. **Mulher e Trabalho**, Porto Alegre, FEE, FGTAS/SINE-RS, 2001.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, São Paulo, dez. 1991.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalisations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (org.). **Living Longer: Ageing, Development**

**and Social Protection.** London / Nova York: United Nations Research Institute for Social Development / Zed Books, 2004.

MATHIAS T. A. F; MELLO JORGE M. H. P; ANDRADE O. G. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, Ribeirão Preto, Jan./Fev. 2006.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. Envelhecimento e deficiência. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

MINAYO, M. C. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.10, p.7-18, Suplemento 1, 1994.

MINAYO, M. C. Violência contra idosos: Relevância para um velho problema. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

MINAYO, M.C.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos: É possível prevenir. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2005.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. **Série B. Textos Básicos de Saúde.** Brasília, 2005.

MOREIRA, M. M. Determinantes demográficos do envelhecimento brasileiro. **Anais do XII Encontro de Estudos Populacionais.** ABEP, v. 1, Caxambu, 2000.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. **II Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia.** Campinas, 2001.

NEVES, L. F.; CHEN, S. R. **Atenção à saúde do idoso com deficiência**. Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

NUNES, A. O Envelhecimento populacional e as despesas do sistema único de saúde. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

PAES, N. A. **A Geografia da mortalidade por causas dos idosos no Brasil**. Universidade Federal da Paraíba, 2000.

PAIXÃO Jr.; CARLOS M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, Rio de Janeiro, fev. 2005.

PEREIRA, R. S.; VERAS, R. P.; CURIONI, C. C. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos Envelhecimento**, v. 6, n. 1, Rio de Janeiro, 2003.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre o idoso e a família no Nordeste e no Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Brasília, 1997.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, Rio de Janeiro, 2002.

SOUZA, E. R.; DESLANDES S. F.; FORTUNA F. F. P.; SILVA C. M. F. P. La morbilidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergencia en dos hospitales públicos de Rio de Janeiro. **Cuadernos Medico Sociales**, 1999.

TEIXEIRA, F. R. **Qualificação para o trabalho: Uma proposta para a clientela de terceira idade**. Mar. 2001. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, São Paulo, jun. 1987.

VERAS, R.; LIMA-COSTA, M. F. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, Rio de Janeiro, jun. 2003.

WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M.; OLIVEIRA, E. L. Os idosos no mercado de trabalho: Tendências e conseqüências. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

WHO/INPEA. **Missing voices: views of older persons on elder abuse**. Geneva, World Health Organization, 2002.



## Anexos

Tabela 1

**Rio de Janeiro: Taxa anualizada de crescimento da população residente, segundo os grandes grupos etários 1940-2000**

	0-14	15-59	60 ou mais	Total
1940/1950	2,16%	3,35%	4,58%	2,96%
1950/1960	5,21%	3,47%	5,78%	4,19%
1960/1970	3,01%	3,80%	5,27%	3,59%
1970/1980	1,00%	3,35%	4,35%	2,57%
1980/1991	0,28%	1,37%	4,15%	1,23%
1991/2000	-0,04%	1,72%	3,37%	1,37%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos de 1940 a 2000

Tabela 2

**Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 1940**

	Homens	Mulheres
0-4	6,61%	6,48%
5-9	6,17%	6,01%
10-14	5,93%	5,93%
15-19	4,99%	5,30%
20-24	4,62%	4,82%
25-29	4,35%	4,38%
30-34	3,78%	3,52%
35-39	3,43%	3,22%
40-44	2,93%	2,65%
45-49	2,31%	2,09%
50-54	1,87%	1,74%
55-59	1,20%	1,18%
60-64	0,86%	0,98%
65-69	0,50%	0,62%
70 -74	0,30%	0,43%
75-79	0,15%	0,24%
80 ou mais	0,14%	0,28%

Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 1940

**Tabela 3****Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 1980**

	Homens	Mulheres
0-4	5,60%	5,45%
5-9	5,15%	5,01%
10-14	5,05%	4,98%
15-19	5,30%	5,42%
20-24	5,10%	5,22%
25-29	4,37%	4,63%
30-34	3,60%	3,79%
35-39	2,89%	3,09%
40-44	2,74%	2,86%
45-49	2,34%	2,50%
50-54	2,10%	2,28%
55-59	1,58%	1,74%
60-64	1,15%	1,35%
65-69	0,86%	1,07%
70 -74	0,56%	0,73%
75-79	0,33%	0,50%
80 ou mais	0,22%	0,44%

Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 1980

**Tabela 4****Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 1991**

	Homens	Mulheres
0-4	4,57%	4,42%
5-9	4,83%	4,69%
10-14	4,98%	4,89%
15-19	4,49%	4,59%
20-24	4,39%	4,54%
25-29	4,36%	4,69%
30-34	4,07%	4,44%
35-39	3,57%	4,01%
40-44	3,04%	3,32%
45-49	2,31%	2,59%
50-54	2,04%	2,27%
55-59	1,70%	1,99%
60-64	1,47%	1,82%
65-69	1,05%	1,33%
70 -74	0,66%	0,91%
75-79	0,41%	0,64%
80 ou mais	0,32%	0,62%

Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 1991

**Tabela 5****Rio de Janeiro: Distribuição etária por sexo - 2000**

	Homens	Mulheres
0-4	4,32%	4,17%
5-9	4,22%	4,09%
10-14	4,23%	4,13%
15-19	4,56%	4,58%
20-24	4,46%	4,58%
25-29	3,94%	4,17%
30-34	3,74%	4,07%
35-39	3,73%	4,15%
40-44	3,39%	3,82%
45-49	2,86%	3,29%
50-54	2,35%	2,70%
55-59	1,72%	2,05%
60-64	1,46%	1,81%
65-69	1,16%	1,54%
70 -74	0,86%	1,24%
75-79	0,52%	0,81%
80 ou mais	0,44%	0,86%

Fonte: IBGE/ Censo Demográfico 2000

**Tabela 6****Rio de Janeiro: População idosa 1940-2000**

	1940	1950	1980	1991	2000
60 a 79	146.091	216.355	738.179	1.062.038	1.353.358
80 ou mais	14.990	18.507	73.842	120.556	187.396

Fonte: IBGE / Censos Demográficos de 1940 a 2000

**Tabela 7****Rio de Janeiro: Proporção da população idosa por cor/raça 1991 e 2000**

	Amarela	Branca	Parda	Preta
1991	0,1%	65,9%	23,7%	9,5%
2000	0,2%	64,5%	24,4%	9,9%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 8**  
**Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa por cor/raça, segundo o sexo 1991 e 2000**

	Amarela	Branca	Parda	Preta	Total geral
1991 Masculino	0,2%	65,7%	24,8%	9,3%	100,0%
Feminino	0,1%	67,0%	23,2%	9,7%	100,0%
2000 Masculino	0,2%	64,9%	25,2%	9,7%	100,0%
Feminino	0,2%	65,4%	24,2%	10,2%	100,0%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 9**

**Rio de Janeiro: Esperança de vida ao Nascer ( $e_0$ ) e aos 60 anos ( $e_{60}$ ) por sexo 1991 e 2000**

	Homens		Mulheres	
	1991	2000	1991	2000
$e_0$	63,8	65,4	73,0	73,9
$e_{60}$	15,6	17,1	19,1	20,8

Fonte: IBGE / Censo Demográfico 1991 e 2000 e Ministério da Saúde (SIM)

**Tabela 10**

**Rio de Janeiro: Proporção de idosos pelo tipo de serviço procurado, 1998 e 2003**

	1998	2003
Posto ou centro de saúde	25,4%	38,5%
Consultório particular	34,6%	31,9%
Ambulatório	35,3%	25,9%
Pronto-socorro ou emergência	4,7%	3,6%

Fonte: IBGE / PNAD 1998 e 2003

**Tabela 11****Rio de Janeiro: Proporção da população idosa portadora de alguma deficiência por grupos de idade e sexo 2000**

	Homens	Mulheres	Total
60 a 64 anos	4,6%	6,3%	11,0%
65 a 69 anos	4,3%	6,0%	10,3%
70 anos ou mais	9,0%	15,0%	24,0%

Fonte: IBGE / Censo Demográfico 2000

**Tabela 12****Rio de Janeiro: População economicamente ativa 1991 e 2000**

	Homens		Mulheres	
	1991	2000	1991	2000
15 a 19	5,40%	4,60%	3,10%	3,50%
20 a 24	9,10%	8,30%	5,60%	6,30%
25 a 29	9,80%	7,90%	5,80%	5,90%
30 a 34	9,30%	7,60%	5,50%	5,70%
35 a 39	8,10%	7,50%	5,00%	5,90%
40 a 44	6,70%	6,70%	4,00%	5,30%
45 a 49	4,80%	5,30%	2,80%	4,00%
50 a 54	3,70%	3,80%	2,00%	2,70%
55 a 59	2,50%	2,40%	1,30%	1,50%
60 a 64	1,60%	1,50%	0,80%	0,80%
65 a 69	0,70%	0,80%	0,40%	0,40%
70 a 74	0,30%	0,40%	0,20%	0,20%
75 a 79	0,10%	0,20%	0,10%	0,10%
80 ou mais	0,10%	0,10%	0,10%	0,00%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Tabela 13

**Rio de Janeiro: Taxas específicas de atividade da população idosa  
1991 e 2000**

	1991			2000		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
60 a 64	46,8%	18,6%	31,2%	47,9%	20,8%	32,8%
65 a 69	29,9%	11,7%	19,7%	32,8%	11,7%	20,8%
70 a 74	16,6%	7,5%	11,3%	20,6%	6,2%	12,2%
75 a 79	12,6%	5,5%	8,3%	13,6%	3,8%	7,7%
80 ou mais	8,6%	3,9%	5,5%	7,7%	2,6%	4,3%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Tabela 14

**Rio de Janeiro: Proporção da população idosa ocupada por sexo e idade  
1991 e 2000**

	Homens		Mulheres		Total	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
60 a 64 anos	45,3%	43,2%	15,3%	18,6%	28,7%	29,5%
65 a 69 anos	28,8%	30,0%	8,4%	10,5%	17,4%	18,9%
70 anos ou mais	12,6%	14,2%	2,8%	3,9%	6,6%	7,9%
<b>Total</b>	<b>29,2%</b>	<b>27,8%</b>	<b>8,5%</b>	<b>9,8%</b>	<b>17,3%</b>	<b>17,3%</b>

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

Tabela 15

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual da população idosa  
por sexo, segundo as horas trabalhadas 1991 e 2000**

	Mulheres		Homens	
	1991	2000	1991	2000
Até 14 horas	10,9%	15,5%	21,9%	28,5%
De 15 a 29 horas	2,0%	13,4%	1,3%	4,5%
De 30 a 39 horas	10,3%	20,4%	4,0%	9,7%
De 40 a 44 horas	18,3%	16,4%	7,7%	11,7%
De 45 a 48 horas	43,9%	24,9%	45,9%	31,2%
49 ou mais horas	14,5%	9,4%	19,3%	14,4%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 16**

**Rio de Janeiro: Proporção da população idosa aposentada por sexo e idade  
1991 e 2000**

	1991			2000		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
60 a 64 anos	62,3%	53,3%	57,3%	58,8%	38,6%	47,6%
65 a 69 anos	81,0%	65,1%	72,1%	75,4%	50,3%	61,1%
70 ou mais	91,5%	76,0%	82,0%	87,4%	53,7%	66,7%
	77,7%	65,5%	70,7%	74,9%	48,5%	59,4%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 17**

**Rio de Janeiro: Proporção da PEA idosa aposentada por sexo e idade  
1991 e 2000**

	1991			2000		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
60 a 64 anos	28,0%	46,0%	33,9%	37,2%	31,9%	35,3%
65 a 69 anos	47,2%	62,7%	52,4%	56,0%	50,1%	54,1%
70 anos ou mais	66,4%	78,1%	71,1%	75,4%	55,8%	69,3%
<b>Total</b>	39,2%	56,8%	45,2%	50,5%	41,2%	47,4%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 18**

**Rio de Janeiro: Taxas específicas de atividade da população idosa  
aposentada por sexo e grupos de idade 1991 e 2000**

	Homens		Mulheres		Total	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
60 a 64 anos	72,9%	81,4%	28,9%	54,0%	50,3%	69,1%
65 a 69 anos	35,7%	43,5%	13,0%	23,3%	24,2%	34,0%
70 anos ou mais	13,9%	17,9%	3,8%	8,3%	8,2%	13,2%
<b>Total</b>	37,8%	40,9%	13,0%	22,7%	24,6%	32,2%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 19****Rio de Janeiro: Composição do rendimento da população idosa, segundo as fontes de rendimento - 2000**

	Homens	Mulheres	Total
Outros rendimentos	10,6%	12,6%	11,4%
Rendimento da aposentadoria e pensão	59,1%	76,6%	66,1%
Rendimento de todos os trabalhos	30,3%	10,8%	22,5%
<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: IBGE / Censo Demográfico 2000

**Tabela 20****Rio de Janeiro: Proporção de homens idosos, segundo classes de rendimento por idade 1991 e 2000**

	Sem rendimento	Até 1 SM	2 - 5 SM	5 -10 SM	Mais 10 SM	
1991	60 a 64 anos	3,6%	23,4%	0,0%	11,8%	11,7%
	65 a 69 anos	2,8%	27,7%	0,0%	11,4%	11,2%
	70 anos ou mais	2,3%	33,3%	0,0%	10,1%	10,8%
2000	60 a 64 anos	8,1%	13,8%	0,0%	19,6%	17,8%
	65 a 69 anos	5,3%	17,7%	0,0%	19,1%	17,3%
	70 anos ou mais	2,7%	26,0%	0,0%	17,3%	16,9%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 21****Rio de Janeiro: Proporção de mulheres idosas, segundo classes de rendimento por idade 1991 e 2000**

	Sem rendimento	Até 1 SM	2 - 5 SM	5 -10 SM	Mais 10 SM	
1991	60 a 64 anos	36,6%	29,9%	24,9%	4,9%	3,5%
	65 a 69 anos	29,8%	34,4%	26,3%	5,3%	3,4%
	70 anos ou mais	21,1%	43,7%	25,5%	5,0%	3,5%
2000	60 a 64 anos	29,0%	23,9%	30,9%	9,7%	6,4%
	65 a 69 anos	22,6%	30,1%	30,7%	9,7%	6,9%
	70 anos ou mais	14,9%	36,8%	28,5%	10,5%	9,3%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000



**Tabela 22**

**Rio de Janeiro: Proporção de idosos classificados como responsáveis pelo domicílio por estado conjugal e sexo 2000**

	Homens	Mulheres
Casados	82,1%	5,8%
Sep./desq./div.	4,7%	20,4%
Solteiros	2,0%	7,1%
Viúvos	11,2%	66,8%
	100,0%	100,0%

Fonte: IBGE / Censo Demográfico 2000

**Tabela 23**

**Rio de Janeiro: Proporção de idosos classificados como outros parentes por estado conjugal 2000**

	Homens	Mulheres
Casados	13,0%	2,7%
Sep./desq./div.	26,6%	15,2%
Solteiros	35,0%	28,6%
Viúvos	25,3%	53,6%
	100,0%	100,0%

Fonte: IBGE / Censo Demográfico 2000

**Tabela 24**

**Rio de Janeiro: Distribuição percentual, segundo a presença de idosos 1991 e 2000**

	1991	2000
Famílias sem idosos	76,1%	75,1%
Famílias de idosos	18,0%	20,1%
Famílias com idosos	5,9%	4,8%
	100,0%	100,0%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 25****Rio de Janeiro: Participação percentual na renda da família dos vários membros por tipo de família 2000**

	De idoso	Com idoso	Sem idoso
Chefe	64,1%	53,5%	69,9%
Cônjuge	10,7%	11,8%	18,0%
Filhos	18,5%	7,4%	8,6%
Outros parentes	6,0%	24,6%	2,6%
Outros membros	0,7%	2,7%	0,8%
	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 2000

**Tabela 26****Rio de Janeiro: Distribuição percentual dos domicílios DE idosos por tipo 1991 e 2000**

	1991	2000
Casal com filhos	32,8%	28,6%
Casal sem filhos	23,7%	22,7%
Mulher sozinha	18,1%	20,0%
Mãe com filhos	15,9%	18,9%
Homem sozinho	6,1%	6,4%
Pai com filhos	3,4%	3,4%
	100,0%	100,0%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

**Tabela 27****Rio de Janeiro: Composição percentual dos domicílios COM idosos 1991 e 2000**

	1991	2000
Casal com filhos	52,6%	47,6%
Casal sem filhos	7,3%	6,8%
Mulher sozinha	10,0%	12,8%
Mãe com filhos	15,5%	18,9%
Homem sozinho	12,7%	11,6%
Pai com filhos	1,9%	2,1%
	100,0%	100,0%

Fonte: IBGE / Censos Demográficos 1991 e 2000

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)