

ESTUDOS & ANÁLISES

INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

4

RELAÇÕES ENTRE AS ALTERAÇÕES HISTÓRICAS NA DINÂMICA
DEMOGRÁFICA BRASILEIRA E OS IMPACTOS DECORRENTES
DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

CELSO CARDOSO DA SILVA SIMÕES



IBGE
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Presidente da República
Michel Miguel Elias Temer Lulia

Ministro do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Dyogo Henrique de Oliveira (interino)

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE

Presidente
Paulo Rabello de Castro

Diretor-Executivo
Fernando J. Abrantes

ÓRGÃOS ESPECÍFICOS SINGULARES

Diretoria de Pesquisas
Roberto Luís Olinto Ramos

Diretoria de Geociências
Wadih João Scandar Neto

Diretoria de Informática
José Sant'Anna Bevilaqua

Centro de Documentação e Disseminação de Informações
David Wu Tai

Escola Nacional de Ciências Estatísticas
Maysa Sacramento de Magalhães

UNIDADE RESPONSÁVEL

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de População e Indicadores Sociais
Barbara Cobo Soares

Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE
Diretoria de Pesquisas
Coordenação de População e Indicadores Sociais

Estudos e Análises
Informação Demográfica e Socioeconômica
número 4

Relações entre as Alterações Históricas na Dinâmica Demográfica Brasileira e os Impactos Decorrentes do Processo de Envelhecimento da População

Celso Cardoso da Silva Simões

Rio de Janeiro
2016

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Av. Franklin Roosevelt, 166 - Centro - 20021-120 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil

ISSN 2236-5265 **Estudos e análises**

Divulga estudos de caráter investigativo ou descritivo, a partir dos resultados de uma ou mais pesquisas, de autoria pessoal, que expressam opiniões e guardam analogia de forma e conteúdo com trabalhos acadêmicos. A série **Estudos e análises** está subdividida em: Informação Demográfica e Socioeconômica, Informação Econômica, Informação Geográfica e Documentação e Disseminação de Informações.

ISBN 978-85-240-4392-5 (meio impresso)

© IBGE. 2016

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do IBGE.

Produção do e-book

Roberto Cavararo

Capa

Renato J. Aguiar/Marcos Balster Fiore - Gerência de Editoração/Centro de Documentação e Disseminação de Informações - CDDI

Ilustração

Aline Carneiro Damacena - Gerência de Editoração/Centro de Documentação e Disseminação de Informações - CDDI

Simões, Celso Cardoso da Silva

Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população / Celso Cardoso da Silva Simões. - Rio de Janeiro : IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016.

119 p. - (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 2236-5265 ; n. 4)

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-240-4392-5

11. Fecundidade humana - Brasil. 2. Mortalidade 3. Envelhecimento da população. 4. População - História. 5. Demografia. I. IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. II. Título. III. Série.

Gerência de Biblioteca e Acervos Especiais
RJ/2016-20

CDU 314.3(81)
DEM

Sumário

Apresentação

Introdução

Algumas abordagens sobre a transição da fecundidade

Transformações socioeconômicas e seus efeitos sobre a dinâmica da população

O processo de evolução da população brasileira

Análise das principais transformações socioeconômicas e programas sociais e de saúde governamentais

Aspectos relacionados à anticoncepção

Impactos da fecundidade e da mortalidade sobre a dinâmica da população

Natalidade e mortalidade

Esperança de vida ao nascer

Incidência das causas de morte violentas

Evolução da taxa de mortalidade infantil

O processo de evolução da fecundidade no Brasil e os impactos da transição recente

Evolução da fecundidade no Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação

Impacto da educação da mãe nos níveis de fecundidade

Análise da taxa específica de fecundidade por idade

Análise do padrão etário da fecundidade

Impactos da queda da fecundidade na estrutura etária e implicações nas políticas públicas

Efeitos do declínio da fecundidade sobre as estruturas etárias

Considerações finais

Referências

Sobre o autor

Convenções

-	Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento;
..	Não se aplica dado numérico;
...	Dado numérico não disponível;
x	Dado numérico omitido a fim de evitar a individualização da informação;
0; 0,0; 0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo; e
-0; -0,0; -0,00	Dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente negativo.

Apresentação

Com a presente publicação, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE disponibiliza aos usuários uma análise das transformações históricas ocorridas no padrão demográfico brasileiro, as quais constituem uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade.

Elaborada por técnico da Coordenação de População e Indicadores Sociais da Diretoria de Pesquisas, a análise trata de temas relacionados às especificidades da transição demográfica do Brasil, comparando-as com as experiências de países mais desenvolvidos, onde esse processo teve seu início há mais tempo. Além disso, realiza um histórico dos impactos da mortalidade e da fecundidade sobre a dinâmica da população brasileira, avaliando seus desdobramentos sobre temáticas relevantes da agenda de políticas públicas, como a violência e o envelhecimento populacional. Procura discutir, também, a formulação de políticas públicas orientadas a grupos populacionais específicos, particularmente o constituído por idosos, cuja tendência é de crescimento contínuo na estrutura populacional.

O presente estudo possibilita melhor compreensão das transformações pelas quais a população brasileira vem passando, sendo, portanto, fonte necessária de informações para estudiosos da área de População, formuladores de políticas públicas e interessados no conhecimento de um dos fenômenos mais instigantes para a sociedade brasileira atual.

Boa leitura!

Roberto Luís Olinto Ramos

Diretor de Pesquisas

Introdução

O Brasil, até as décadas de 1940 e 1950, apresentava um padrão demográfico relativamente estável, de caráter secular. Desde o Século XIX, tanto os níveis de fecundidade como os de mortalidade mantinham-se, com pequenas oscilações, em patamares regularmente elevados, embora já se pudessem observar, desde o início, pequenos declínios dos níveis de fecundidade. O comportamento reprodutivo da família brasileira, durante todo esse período, se caracterizava por uma concepção numerosa, típica de sociedades precariamente urbanizadas e industrializadas.

As transformações no padrão demográfico até então vigente iniciaram-se de forma tímida, a partir dos anos 1940, quando se nota um consistente declínio dos níveis gerais de mortalidade, não acompanhados, concomitantemente, por uma redução dos níveis de natalidade.

Esse quadro de mudanças se acentuou após a década de 1960, em decorrência de quedas expressivas nos níveis de fecundidade, redução esta que, quando comparada com situações vivenciadas por outros países, mostra o Brasil realizando uma das transições da fecundidade mais rápidas do mundo. Embora este fenômeno e suas consequências venham sendo debatidos pelos especialistas e estudiosos da área de população, continua sendo pouco compreendido por parcela significativa da população e, também, em parte, pelos formuladores de políticas públicas.

A radical transformação ocorrida no padrão demográfico constitui uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira, com reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, o que implicou no crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente ao aumento da população em idade ativa e da população idosa.

O conhecimento insuficiente das causas que levaram a essa mudança demográfica provoca interpretações e correlações equivocadas sobre o seu impacto em vários aspectos das condições de vida da população, incluindo aqueles relativos aos direitos humanos e à organização familiar.

O presente estudo está organizado em cinco capítulos.

O capítulo inicial, **Algumas abordagens sobre a transição da fecundidade**, trata das especificidades da transição demográfica do Brasil, comparando-as com as concepções e trajetórias experimentadas por países mais desenvolvidos, onde esse processo teve seu início há mais tempo.

O segundo capítulo, **Transformações socioeconômicas e seus efeitos sobre a dinâmica da população**, apresenta um quadro geral explicativo do processo demográfico brasileiro ao longo do Século XX, em que se destacam a evolução, o crescimento populacional, e o processo de urbanização. Traz, ainda, um breve resumo das principais transformações socioeconômicas ocorridas e dos principais programas sociais e políticas públicas em geral e de saúde, em particular, que possam estar relacionadas com as tendências observadas. Ênfase especial foi atribuída aos aspectos relacionados aos métodos anticonceptivos, considerado um dos principais fatores responsáveis pela forte queda da fecundidade no período posterior a 1980.

O terceiro capítulo, **Impactos da fecundidade e da mortalidade sobre a dinâmica da população**, analisa o histórico das componentes da dinâmica demográfica (natalidade e mortalidade), bem como da esperança de vida ao nascer, da incidência das causas de morte violentas e da evolução da taxa de mortalidade infantil.

O quarto capítulo, **O processo de evolução da fecundidade no Brasil e os impactos da transição recente**, focaliza as alterações verificadas na evolução da fecundidade, devido a seus fortes impactos na dinâmica demográfica, considerando o País como um todo e suas desagregações regional e estadual. Aborda, além disso, os impactos da escolaridade da mãe sobre os níveis de fecundidade e as consequentes alterações nas estruturas etárias.

O último capítulo, **Impactos da queda da fecundidade na estrutura etária e implicações nas políticas públicas**, em decorrência dos resultados apreciados e das evidências da nova realidade demográfica brasileira, analisa os desdobramentos das mudanças observadas sobre as estruturas etárias e a formulação de políticas públicas orientadas a grupos populacionais específicos, particularmente o constituído por idosos, cuja tendência é de crescimento contínuo na estrutura populacional.

Dada a quantidade de informações apresentadas neste estudo, não se objetiva esgotar as análises sobre o tema. Pretende-se, na realidade, fornecer um conjunto sistematizado de informações que sirvam de elementos a serem retomados por pesquisadores e estudiosos do assunto, possibilitando ampliar as discussões sobre as principais questões relativas à transição demográfica e à fecundidade, em particular, devido a suas fortes relações com a dinâmica populacional no curto e médio prazos.

Algumas abordagens sobre a transição da fecundidade

Durante as últimas décadas, ressurgiu, na comunidade acadêmica, um grande interesse em repensar as transições demográficas ocorridas no mundo ocidental, em decorrência da grande diversidade de tendências e processos por que passaram os países em desenvolvimento.

Se, por um lado, o European Fertility Project (COALE; WATKINS, 1986) sistematizava as evidências sobre o declínio histórico da fecundidade europeia, confrontando fatores e situações relevantes, por outro lado, no então chamado Terceiro Mundo, as pesquisas realizadas, via World Fertility Survey (CLELAND; HOBcraft, 1985), focando um conjunto de países da África, América e Ásia, para datas específicas da década de 1970, geraram evidências claras, a partir das estimativas dos níveis de fecundidade, de que estes, também, haviam iniciado o processo de declínio¹.

Muitos desses países em desenvolvimento, que estavam experimentando rápidas quedas da fecundidade, também viviam situação de crescimento econômico, mas este crescimento não era necessariamente o principal causador de tal declínio. Pode-se afirmar que, em vários países, a queda da fecundidade vinha se processando à parte de um efetivo progresso econômico.

Os países que entraram em processo de declínio da fecundidade, nesse período, apresentam grandes variações positivas na sua renda *per capita* (caso esta seja tomada como indicador de progresso econômico) e também diferem, profundamente, entre si, em outros indicadores de desenvolvimento social, a exemplo de educação, mortalidade infantil, acesso a rádio e televisão, acesso a serviços de saúde e de infraestrutura urbana etc. Além disso, também se distinguem daqueles países que continuam mantendo estruturas sociais, econômicas e demográficas mais

¹ Ambos os projetos são desenvolvidos pelo Office of Population Research - OPR, da Princeton University.

tradicionais. Em paralelo, foi constatada, na maioria dos países em desenvolvimento, a adoção generalizada de formas de controle da fecundidade marital², fato este que, por si só, contribuiu para a brusca queda da fecundidade, suscitando, por parte dos pesquisadores, indagações acerca dos fatores determinantes do comportamento reprodutivo. Se não existem dúvidas de que o uso generalizado de meios anticonceptivos modernos responde por uma grande parcela dessa queda, fica a questão de se saber o que teria levado as pessoas, não só a adotá-los, mas também a persistir no seu uso, com implicações bastante profundas no padrão reprodutivo do conjunto da população.

Nesse particular, volta à cena a indagação sobre a capacidade explicativa de perspectivas teóricas formuladas na década de 1970, acerca da importância da contribuição da difusão de novos valores, ideias e conhecimentos, cuja origem encontra-se nos países industrializados, fatores estes utilizados para entender o que se passava com a fecundidade nos demais países.

Dessa forma, os pesquisadores defrontam-se, também, com o desafio de entender e explicar os processos e mecanismos que levaram ao declínio da fecundidade nos países mais desenvolvidos. Entretanto, uma questão a ser resolvida é se os modelos de que se lançam mão para compreender essa questão são os mesmos ou da mesma natureza daqueles utilizados para o entendimento das tendências demográficas de longo prazo observadas em tais países³.

De acordo com Easterlin (1975), por exemplo, a mudança de padrão, de alta para baixa fecundidade, estaria associada a um processo contínuo de modernização econômica e social, que vai se refletir na limitação do tamanho familiar dentro do casamento e na mudança do regime de fecundidade natural – um controle por parte dos casais. Conquanto associe essa mudança de comportamento na fecundidade à modernização, o autor faz ressalvas de que estudos realizados em diferentes países revelam amplas variações em suas experiências.

Easterlin (1975) define modernização como uma transformação econômica, social e política, assim como da personalidade humana, que vinha ocorrendo, em grande número de países, desde meados do Século XVIII.

Sob uma perspectiva econômica, a modernização significa crescimento sustentado do produto *per capita*; mudanças das técnicas de produção, transporte e distribuição de bens, bem como da escala e organização da atividade produtiva; maior intercâmbio e monetarização da economia etc. Pelo lado demográfico e social, envolve profundas alterações da fecundidade, mortalidade e migrações, assim como da estrutura e do tamanho das famílias, do sistema educacional, da inserção da mulher no mercado de trabalho, além de uma oferta maior dos serviços de saúde pública.

Esse processo induz, então, a transformações no comportamento reprodutivo da fecundidade, tanto nos países europeus, como em algumas áreas por eles anteriormente colonizadas. Outro aspecto provocado pela modernização refere-se ao método de controle da reprodução. Se, antes, a fecundidade era controlada por vários mecanismos sociais e biológicos, agora, com a modernização, que rompe com aqueles mecanismos, a limitação do tamanho da família passa a ser uma decisão dos

² A taxa de fecundidade marital relaciona o número total de nascimentos legítimos com o número de mulheres atualmente casadas.

³ Não é objetivo aqui detalhar cada um desses modelos, mas tentar entender algumas das propostas formuladas por alguns autores para explicar a queda da fecundidade no mundo não desenvolvido e sua aplicabilidade ao caso brasileiro.

casais. Ocorre, então, uma mudança – de um regime de fecundidade natural para um regime de controle deliberado da fecundidade.

O modelo elaborado por Easterlin (1975) consiste em um conjunto de determinantes próximos, que estão relacionados com o controle deliberado da fecundidade. In-sere, nesse modelo, outro conjunto de determinantes que passa a chamar de variáveis intervenientes – oferta de crianças, demanda de crianças e custos de regulação – entre o controle deliberado e os determinantes básicos de modernização. Nesse esquema, as variáveis de modernização (educação, urbanização, fatores culturais etc.), quando aplicadas à transição demográfica, influenciam diretamente a oferta, a demanda e os custos de regulação. Esses três fatores, em troca, ajustam as tendências no uso do controle deliberado, os quais, por sua vez, conjugados com outros determinantes próximos (ausência de fecundidade pós-parto, tempo de espera de concepção etc.), vão determinar a fecundidade esperada.

As variáveis básicas da estrutura teórica do modelo são:

- Demanda por crianças - número de crianças sobreviventes que os pais gostariam de ter na ausência de custos de regulação. Depende do gosto pessoal e seu custo (retorno econômico e não econômico);
- Oferta de crianças - número de crianças sobreviventes que um casal teria se eles não limitassem o tamanho da família. Reflete a fecundidade natural do casal e as chances de sobrevivência da criança; e
- Custos de controlar a fecundidade - custos que associam decisões do casal, acesso e oferta a métodos anticoncepcionais. Inclui desvantagens subjetivas (desgosto em fazer o planejamento familiar), custos econômicos, tempo e dinheiro necessários para obter serviços de planejamento familiar.

Assim, diferentes aspectos da modernização afetarão a fecundidade por intermédio dessas três variáveis. Easterlin (1975) ilustra essa relação por meio das seguintes variáveis de modernização:

- Inovação na saúde pública e cuidados médicos;
- Educação;
- Urbanização; e
- Introdução de novos bens.

Analisando a ação da primeira variável de modernização, inovação na saúde pública e cuidados médicos, constata-se que esta pode ter o efeito de aumentar o potencial de oferta de crianças, visto que eleva a fecundidade natural da mulher e, mesmo que a fecundidade natural não mude, as crianças passam a ter maior possibilidade de sobreviver. Por sua vez, melhorias na saúde pública podem aumentar a renda *per capita* porque haverá pessoas mais saudáveis, que, por sua vez, serão potencialmente mais produtivas. Em relação a esta variável, tem-se a dizer que, se é verdade que ela tenha efeitos em relação ao aumento da fecundidade natural, por outro lado, o que se observou nos países em desenvolvimento e no Brasil, em particular, é que a introdução maciça desses serviços levou, e continua levando, não só a um declínio da mortalidade infantil, como também a uma redução da reprodução feminina. É importante ressaltar, sobretudo no Brasil, o papel dos profissionais da área médica como orientadores familiares nas questões relacionadas à reprodução feminina.

Da mesma forma, a segunda variável de modernização, educação, foi um fator importante na transformação de conduta da mulher frente à reprodução. Além disso, a educação influencia o comportamento da mãe desde a gravidez até a criação dos filhos; ou seja, a adoção de práticas mais sadias, aliada à maior percepção quanto ao cuidado e trato de higiene e de saúde dos filhos, decorrente de um maior poder de decisão da mãe com nível de instrução mais elevada e maior participação no mercado de trabalho, estaria por trás do papel da educação, como fator, não só de redução dos níveis de fecundidade, mas também de melhoria das condições de proteção e sobrevivência das crianças⁴.

Essa mesma variável, por outro lado, tende a atenuar os custos de controle da fecundidade, fornecendo informações, reduzindo o tempo e o dinheiro necessários, alterando normas culturais adversas ao uso de anticoncepcionais e, assim, atenuando os custos subjetivos de regular a fecundidade. Tende, também, a reduzir a demanda por crianças, mudando os gastos de forma desfavorável para um maior número de filhos e decrescendo os preços relativos dos bens em relação ao custo dos filhos. Um nível melhor de educação da mãe aumenta as chances de sua inserção no mercado de trabalho, possibilitando maiores ganhos financeiros e, conseqüentemente, permitindo investimentos na criação dos filhos. A educação compulsória também tem esse efeito, pois reduz a possibilidade de contribuição da criança ao orçamento familiar. Um grande número de crianças, comparadas a outros “bens”, perdem na preferência.

Não deixa de ser verdade o fato de que existe uma alta correlação positiva entre o nível educacional e a queda da fecundidade; ou seja, os grupos sociais mais instruídos fazem, e continuam realizando, suas análises de custo e benefício de vir a ter ou não filhos e o momento mais adequado para tal, sendo este um comportamento bastante disseminado em situações de crise econômica e de aumento dos custos de serviços e bens essenciais à formação das crianças e das famílias. Contudo, se a educação compulsória teve um efeito positivo na queda da fecundidade nos países, hoje desenvolvidos, não se pode generalizar o mesmo para os demais. Mais uma vez, o Brasil pode ser considerado como um exemplo. A despeito da relativamente baixa frequência de creches e pré-escolas – além da inadequação série/idade, que, apesar dos avanços, continua persistindo, principalmente, nos segmentos sociais mais carentes –, a fecundidade vem declinando acentuadamente nas últimas décadas. Isso ocorre, inclusive, em função do elevado número de esterilizações verificadas no País, conforme tem sido revelado em pesquisas relacionadas à área de anticoncepção, realizadas pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, em 1986, 1991 e 1996, e que serão discutidas no próximo capítulo, **Transformações socioeconômicas e seus efeitos sobre a dinâmica da população**⁵.

A urbanização, terceira variável de modernização, segundo Easterlin (1975), tem o mesmo efeito depressivo sobre a fecundidade. No meio urbano, dispõe-se de novos estilos de vida e de oferta a preços mais baixos de outros bens, quando comparados com os custos das crianças. Estes, inclusive, aumentam (alimentação, habitação, edu-

⁴ Importante também chamar a atenção para a associação existente entre o nível educacional e a inserção no mercado de trabalho; ou seja, maior escolaridade está associada a uma participação no mercado de trabalho em ocupações com rendimento mais elevado.

⁵ No Brasil, a BEMFAM tem sido a instituição executora do Programa Mundial de Pesquisas sobre Demografia e Saúde, conhecido como Projeto Measure DHS (Demographic and Health Surveys), que objetiva prover dados e análises para um amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação de impacto nas áreas de população, saúde e nutrição de mulheres e crianças nos países em desenvolvimento. As investigações realizadas pela BEMFAM em 1986 (Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF 1986), 1991 (Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste - PSFN 1991) e 1996 (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS 1996) correspondem às Fases 1, 2 e 3, respectivamente, do Projeto Measure DHS.

cação e outros itens que fazem parte do padrão de reprodução social⁶), e as crianças já não contribuem tanto com seu trabalho quanto no campo. A urbanização tem o efeito de reduzir igualmente os custos subjetivos (crenças, costumes e novos estilos de vida) e os de mercado (maior acesso aos métodos anticoncepcionais).

Mais uma vez, a visão do autor está atrelada ao processo ocorrido nos países, hoje desenvolvidos, onde a urbanização ocorreu passo a passo com a industrialização. No caso da maioria dos países em desenvolvimento, a consequência da urbanização elevada foi o crescimento das cidades, o aumento do setor terciário e, em especial, o de serviços, onde as atividades informais são intensas, tornando-se uma opção estratégica das famílias à redução do emprego nas atividades típicas do setor industrial.

No caso específico do Brasil, de acordo com resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, em 2013, a informalidade ainda abrangia 42,0% dos trabalhadores no País como um todo, sendo mais elevada nas Regiões Norte (59,8%) e Nordeste (60,2%), onde estados como Pará e Maranhão apresentavam 66,1% e 72,3%, respectivamente, de seus trabalhadores inseridos na informalidade (SÍNTESE..., 2014). Vale ressaltar que a formalização do trabalho no Brasil está mais relacionada aos processos de industrialização e urbanização e mais concentrada no centro-sul do País, onde é mais baixa a proporção de trabalhadores exercendo atividades em setores da economia não considerados formais (32,2%). Logo, não se podem generalizar as afirmações do autor para todas as situações.

Tem-se, portanto, repercussões diferenciadas temporalmente entre as várias instâncias espaciais no tocante a novas demandas que vão surgindo por bens e serviços, em decorrência da modernização da sociedade, e que tendem a reduzir a demanda por filhos, na medida em que se requer um estilo de vida não mais centralizado nas crianças, sendo os novos bens substitutos dos filhos – a quarta variável de modernização, introdução de novos bens. Dentre esses bens, estão os relacionados ao controle da fecundidade (pílulas, esterilização etc.) e clínicas de planejamento familiar que oferecem serviços a preços mais acessíveis, ou mesmo em parte da rede pública hospitalar onde esses serviços são isentos de pagamento direto.

Em síntese, segundo Easterlin (1975), o processo de modernização tem atuação direta sobre a oferta, a demanda e a regulação da fecundidade, na medida em que reflete novas situações, afetando as decisões dos casais quanto aos custos e aos benefícios de terem um determinado número de filhos.

Dentro dessa lógica, em uma sociedade pré-moderna, em que as crianças exerciam atividades econômicas, a demanda por filhos, geralmente, era maior que a oferta, de forma que um casal tinha tantas crianças quanto fosse possível. Todavia, à medida que a sociedade foi entrando em um processo de modernização, teve início, em paralelo, uma redução da demanda por crianças. No entanto, o que se observou é que a oferta potencial de crianças continuou aumentando, surgindo, dessa forma, um excesso de oferta que suscitou o anseio por controlar a fecundidade. De início, essa motivação era baixa, e os custos de regulação, elevados para resultar um controle deliberado do tamanho da família. Entretanto, com os avanços do processo de modernização, os custos de regulação diminuíram e o controle começou a ocorrer. Com o controle da fecundidade continuando a se elevar, o número de crianças sobrevivem-

⁶ De acordo com os dados do Censo Demográfico 2010, a taxa de atividade das mulheres no meio urbano era 23,1% maior do que a das mulheres no meio rural.

tes diminuiu para o nível correspondente da demanda. Os casais passaram, então, a decidir o número de filhos que querem ter.

Antes de proceder às críticas finais a esse modelo, situa-se a posição de outro autor, Caldwell (1979), em relação à transição da fecundidade. Para ele, o comportamento dos casais frente à reprodução é sempre economicamente racional, em uma dada estrutura social, tendo em perspectiva um dado conjunto de fins sociais.

Para o autor, existem apenas dois regimes de fecundidade (com exceção do período de transição): um em que não há vantagens para o indivíduo limitar a fecundidade; e outro em que há eventual ou frequentemente vantagens para tal restrição. A grande questão torna-se, então, determinar o “divisor de águas” entre essas duas situações.

O fato de uma família grande ser economicamente vantajosa significa que a situação é estável, o que explica a alta fecundidade. Esta, por outro lado, cairá, à medida que a estrutura e os fins sociais mudem, de forma a alterar o cálculo econômico. Isso significa determinar, entre as duas situações consideradas pelo autor, a direção e a magnitude dos fluxos intergeracionais de riqueza, ou seja, o balanço líquido de dois fluxos: um de filhos para os pais, e o outro, dos pais para os filhos. Em todas as sociedades primitivas e em quase todas as sociedades tradicionais, o fluxo líquido seria dos filhos para os pais, e, em contrapartida, nas sociedades modernas, o fluxo seria o inverso.

Caldwell (1979), pretendendo escapar a um determinismo econômico, considera a parte emocional como fundamental à passagem para o novo tipo de racionalidade; além disso, esta passagem só pode se dar mediante a nucleação emocional familiar. Segundo seus argumentos, certo nível de nucleação emocional é necessário para a nucleação econômica, e ambas são fundamentais para que os pais se proponham a maiores gastos com seus filhos do que com seus parentes. Não esperam nada dos filhos, em troca, a não ser o afeto. Assim, colocada a questão, parece não haver estreita relação, no decorrer do tempo, entre modernização e fecundidade, e esta, talvez, seja para Caldwell (1979) a maior generalização do nosso tempo.

Descartado o econômico, sem, no entanto, considerar quais outras dimensões da vida social atuam nas condições concretas da existência, o autor recorre, então, à difusão, daí enfatizar a importação de padrões, não só familiares do Ocidente, como também o modelo de educação de massa e meios de comunicação social.

Em síntese, Caldwell (1979), apesar de sua postura crítica, acaba por raciocinar também como Easterlin (1975), em termos de dois momentos de equilíbrio, com a transição ao meio, e deixando transparecer uma concepção do real sem contradições e conflitos. Embora possa haver uma defasagem entre a situação concreta e a ação dos indivíduos, o raciocínio indica o ponto de chegada – um novo tipo de racionalidade e de equilíbrio. Mesmo com um pensamento mais rico e crítico, tem-se a impressão de que cada sociedade irá percorrer etapas de transformação até atingir o ponto de equilíbrio da modernização.

Pode-se afirmar que Caldwell (1979) não explica os fatores que fizeram com que a fecundidade se mantivesse elevada nos países ocidentais até o início do Século XX, antes de sofrerem as alterações por ele delineadas. Trata, genericamente, das transformações econômicas, sociais, políticas e de personalidade, mas, em momento algum explicita quais transformações levaram a mudanças da estrutura familiar. Não diz que, apesar de os fatores fundamentais serem múltiplos os determinantes desse processo são: as

relações de produção, a garantia dos salários para os trabalhadores, a confiança no porvir e a situação socioeconômica da família, dentre outros.

A partir da leitura de Caldwell (1979), entende-se que, além da não disponibilidade de meios eficazes de baixo risco e custo reduzido que permitissem a regulação da fecundidade, sem prejuízo da atividade sexual completa, um conjunto de outros fatores inscritos na organização da sociedade são tidos como responsáveis pela manutenção da elevada taxa de fecundidade marital no Ocidente, antes do impacto modernizador da revolução urbano-industrial: eram economias intensivas de trabalho; elevado valor econômico atribuído aos filhos em diversas fases do ciclo de vida (trabalho infantil era importante); baixo custo relativo de criação dos filhos; posição subordinada da mulher; prevalência de família extensa e numerosa como padrão adequado e unidade familiar; predomínio de comportamentos sociais unidos por normas, valores e estruturas de autoridade cuja legitimidade fundava-se na tradição; ausência de relações mercantis como forma generalizada de reprodução; pouca difusão do cálculo racional ditado pelo mercado como instrumento de orientação social; fortes sanções morais e sociais associadas à interferência consciente nos mecanismos reprodutivos, tidos como comandados por desígnios divinos, entre outros fatores. Ou seja, Caldwell (1979), ao contrário de Easterlin (1975), tinha plena consciência do papel desses fatores, os quais são amplamente detalhados em seu estudo.

Vê-se, assim, que a institucionalização da demanda por uma regulação consciente da fecundidade marital associa-se, portanto, a mudanças materiais, econômicas, sociais e culturais que incidem sobre os fatores mencionados, transformando-os.

Nesse sentido, a responsabilidade pela realização de boa parte dessa mudança se deve não só ao processo generalizado das relações mercantis, incluindo a transformação, em escala ampliada, da força de trabalho como mercadoria, como também ao processo de secularização dos modos de orientação da ação social, ambos passando, progressivamente, as mais variadas instituições sociais.

A institucionalização da demanda no mundo ocidental, por relação marital, correlaciona-se, portanto, com duas questões – o processo de expansão do capitalismo urbano-industrial e a difusão de suas consequências socioculturais, que talvez seja a mais importante variável para a compreensão do fenômeno no mundo contemporâneo. Há que se inserir essas questões no âmbito dos processos sociais concretos, típicos de cada sociedade, em cada circunstância histórica específica, que dão substância à mercantilização e secularização crescentes.

É preciso investigar, em cada caso, como ocorrem as transformações materiais, sociais e culturais, responsáveis pela mercantilização e secularização da vida social que alteram as orientações normativas e valorativas dos atores, seus interesses, suas preferências e o leque de suas alternativas de escolha, em contextos institucionais relevantes para a regulação da fecundidade.

Assim, por exemplo, as famílias burguesas eram prolíferas no período em que a burguesia, em alguma medida, era a imediata organizadora da produção, e os membros da família participavam do processo produtivo. Na época do desenvolvimento do capitalismo industrial, o problema da família transforma-se, para a burguesia, em uma questão de herança: daí a limitação do tamanho da família a um ou dois filhos.

No seio da família camponesa, por outro lado, o tamanho da família varia, de acordo, por exemplo, com as formas de posse da terra. No período em que a posse era comunitária, uma parcela suplementar dependia do número de filhos; as famílias

eram, em geral, numerosas. À medida que o capitalismo foi penetrando na economia agrária, a fecundidade diminuiu. Seu baixo nível está determinado por dois fatores opostos: a gradual participação dos membros da família na produção, particularmente o emprego do trabalho infantil, e o temor da divisão dos lotes de terra entre os herdeiros.

Da mesma forma, depara-se, nas famílias operárias, com uma fecundidade variável. No Século XIX, Marx (1971)⁷ caracterizou a reprodução entre os operários como a rápida mudança de gerações: referia-se às altas taxas de natalidade e mortalidade, principalmente, a infantil. Esse tipo de reprodução estava determinado por condições econômicas e de vida, e, derivados destas, por casamentos realizados mais cedo, por prêmio ao nascimento de crianças, que permitia sua exploração, e, também por penosas condições sanitárias. Esse tipo de reprodução manifestou-se nas condições de superpopulação relativa, principalmente em sua forma depauperada.

No Século XX, a intensificação do trabalho, a limitação, nos países capitalistas mais desenvolvidos, do trabalho infantil e em idades jovens, a introdução do ensino escolar primário obrigatório, em conexão com uma série de fatores vitais, especialmente, nos centros urbanos, fez com que a educação dos filhos se tornasse mais difícil para as famílias operárias. O resultado foi a diminuição da fecundidade.

Conclui-se, dessa forma, o quão restritas são as explicações que Easterlin (1975) e outros autores fornecem sobre os fatores que levaram à redução do tamanho da família nos países capitalistas e sua tentativa de aplicar o modelo aos países não desenvolvidos.

No nosso ponto de vista, as abordagens acima assumem o homem como indivíduo isolado, embora tenham a capacidade de perceber a inadequação socioeconômica de um grande número de filhos, quando, na realidade, é necessário inseri-lo [o homem] no contexto determinado pelas condições mais gerais da estrutura da sociedade. De certa forma, são essas condições que permitem entender a racionalidade, pois esta nada mais é do que a adequação das instâncias culturais às exigências do funcionamento econômico, não de forma direta, mas mediatizada.

Dada essa visão geral acerca do processo demográfico verificado nos países capitalistas, provido por Caldwell (1979) e Easterlin (1975) e suas respectivas tentativas de explicá-lo para os demais países, efetua-se, a seguir, uma análise da situação específica do Brasil.

Contrastando com a longa trajetória de estabilidade da fecundidade no Brasil, em níveis relativamente elevados, até a década de 1960, os anos recentes evidenciam uma abrupta ruptura desse equilíbrio, ocorrendo um processo acentuado e rápido de declínio dos níveis de fecundidade e uma reorientação dos padrões reprodutivos da população brasileira.

Até meados da década de 1960, apesar dos processos de urbanização e industrialização que vinham ocorrendo a partir de 1930, os níveis de fecundidade mantiveram-se elevados e estáveis, conquanto os diferenciais regionais e sociais fossem crescentes. Os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo assim como parte da Região Sul eram as áreas onde a fecundidade já vinha experimentando algum declínio, com patamares ligeiramente mais baixos desde 1940, antecipando, com isso, o acelerado processo de declínio observado posteriormente em todo o resto do País. Todavia, entre 1960 e 1970, iniciou-se um processo cada vez mais generalizado e rápido de declínio da

⁷ Obra originalmente publicada em 1890.

fecundidade, que assumiu uma forma mais consistente, durante as décadas de 1970 e 1980, em todas as Grandes Regiões brasileiras, inclusive nas áreas rurais e grupos sociais mais pobres, interrompendo o prolongado padrão estável de fecundidade até então vigente. A literatura especializada comumente contempla uma série de causas e motivações com vistas a explicar a súbita mudança do comportamento reprodutivo da população brasileira.

Entre os determinantes apontados, podem ser destacados: fatores econômicos, sociais e político-institucionais, bem como as chamadas variáveis intermediárias, inibidoras da fecundidade, como determinadas características de natureza demográfica e socioeconômica (entrada mais intensa da mulher no mercado de trabalho), além do acesso a informações sobre a utilização e uso de métodos anticoncepcionais.

Os primeiros fatores assinalados, de natureza estrutural, respondem, em última instância, pelos padrões de dinâmica demográfica. Isso, necessariamente, porque o significado histórico das relações entre a dinâmica populacional e uma formação social concreta somente pode ser apreendido quando se situa a variável população em sua interação com as transformações e a dinâmica específica das relações sociais e da organização produtiva. A análise histórica da fecundidade ressaltou a determinação desses fatores na regulação do comportamento reprodutivo, enfatizando os aspectos relacionados à economia de subsistência, aos custos de reprodução e à demanda de força de trabalho, entre outros. A ampliação das relações de trabalho assalariado – seja no campo, seja na cidade – e a decorrente proletarianização da força de trabalho, com a inserção das mulheres nesse processo (PAIVA, 1985), combinados com o empobrecimento relativo dos segmentos populares urbanos e rurais, intensificado no período após 1964, são alguns elementos considerados nas análises como fatores associados à generalização da queda da fecundidade.

Nesse aspecto, a determinação estrutural de uma formação econômica e social sobre a dinâmica populacional far-se-á sentir, mais ou menos a longo prazo, como resultante dos modos de adequação da consciência e interesses dos indivíduos e classes sociais com as condições concretas da vida social. Os outros fatores mencionados são de natureza distinta, influenciando os níveis de fecundidade diretamente por meio dos vários tipos de métodos anticoncepcionais.

Nessa perspectiva, algumas análises foram concretizadas, examinando, por exemplo, o papel de ações organizadas de planejamento familiar. Frente à inexistência de políticas oficiais explícitas de controle da natalidade, estudos realizados por Merrick e Berquó (1983) interpretam essa ausência como algo proposital, abrindo espaço para uma política implícita de regulação derivada, ao permitir a ação de instituições privadas nessa área. Nesse contexto, inseriram-se agências internacionais interessadas no controle da natalidade, em simbiose com alguns órgãos estaduais e municipais de saúde, bem como empresas e serviços de medicina de grupo. Berquó e outros (1985) mostram, em estudo, o funcionamento desse mecanismo na difusão, por exemplo, da prática de esterilização, que, no decorrer dos anos, tornou-se o principal método utilizado no controle da reprodução, conforme será detalhado em seção específica do presente estudo.

Esses fatores se fizeram sentir mais acentuadamente a partir de 1980. Com a intensificação do processo de urbanização, ocorreu um vigoroso processo de integração entre os vários mercados de produção e de consumo, estabelecidos em torno

dos principais eixos urbanos, de norte a sul do País⁸. A concentração dos mercados transformou-se no palco natural da economia mercantil, inserindo os crescentes contingentes populacionais nas relações monetárias de troca e subsistência que acompanham o chamado desenvolvimento urbano-industrial, principalmente nas Regiões Sudeste e Sul do Brasil.

É oportuno destacar a rapidez com que se verificou o processo de urbanização e as condições estruturais associadas a esse fenômeno. Imagine-se a situação potencialmente existente, por exemplo, no período imediatamente após a Segunda Guerra Mundial, quando a maior parte da população brasileira estava de algum modo dependente do que se poderia referir como uma economia de subsistência, com débéis laços de vinculação a um mercado, em que o capital mercantil sobrepunha-se às relações tipicamente industriais e assalariadas. As formas de organização, parcamente permeadas pela economia monetária, como as que vigoravam predominantemente nas áreas rurais e em importantes segmentos urbanos de então, favoreciam e mesmo estimulavam a existência de famílias mais numerosas, com níveis de fecundidade relativamente altos e estáveis. Provavelmente, naquele contexto, os filhos tinham uma importância econômica relevante para a família.

Mesmo em áreas urbanas, não se verifica o modelo de Easterlin (1975) quanto ao papel da urbanização, pelo menos nesta etapa, no declínio da fecundidade. Não obstante, todo esse equilíbrio entre os padrões de reprodução e as formas de organização social e econômica foi fortemente afetado devido ao processo de intensificação da urbanização. As relações sociais de mercado, o aumento dos níveis de assalariamento e a consolidação de um mercado em nível nacional desarticularam parte expressiva das possibilidades de produção de subsistência regional e nacional e levaram a família trabalhadora a buscar atividades remuneradas no mercado de trabalho urbano em expansão, como forma de sobrevivência.

Caldwell (1979) também falava da migração rural-urbana e/ou da procura de trabalho em outro local que não o de residência da família paterna, como um dos elementos para o início da ruptura com a família extensa e a formação de famílias nucleares, levando a que essas novas famílias passassem a investir mais em seus filhos que em seus pais. Estaríamos frente a uma reversão dos fluxos?

Com a intensificação da urbanização e das relações capitalistas de produção, as famílias, especialmente as mais pobres, passam por uma redefinição de natureza absolutamente fundamental para a compreensão dos padrões de reprodução e da dinâmica demográfica em geral. Como resultado, também aumentam significativamente os níveis de participação da mulher nas atividades econômicas. Os filhos, ou também ingressam no mercado de trabalho ou são assumidos como custos de manutenção, em termos de educação, saúde, transporte, alimentação etc. Dito de outra forma, em uma economia urbana, em que o consumo e a reprodução são adquiridos no mercado, a decisão sobre o tamanho da família e o número de filhos está, necessariamente, permeada pela percepção que a família venha a ter acerca do alcance e do significado de tais problemas.

Desse modo, é relevante salientar que, durante o início da década de 1960, expressivos contingentes da chamada classe média ascendente aderiram a um

⁸ É bom lembrar, que antes de 1930 e mesmo no início dessa década, os mercados eram locais ou regionais e centrados em poucos produtos, geralmente voltados para a exportação. A integração era dificultada pela ausência de ferrovias e rodovias, que só mais tarde foram expandidas, propiciando a integração dos mercados em nível nacional.

ideal de família pequena. Em termos regionais, as áreas onde o desenvolvimento urbano-industrial foi mais rigoroso, como os estados do centro-sul, apresentaram nítidos processos pioneiros de queda da fecundidade. A partir de meados da década de 1970, com a intensificação e a generalização dos processos subjacentes à integração e dependência do mercado de trabalho nacional, as regiões mais economicamente atrasadas, concomitantemente, foram sendo incorporadas ao processo de transição para níveis baixos de fecundidade, o mesmo acontecendo com as classes sociais mais pobres e as populações de áreas rurais. Aqui, no entanto, a relação é de dependência; não há desenvolvimento econômico e social generalizado. Há, sim, a submissão a padrões de consumo do centro-sul, onde os meios de comunicação têm papel importante em sua veiculação, além de outros fatores nos campos previdenciário, do crédito direto ao consumidor e de atenção à saúde (FARIA, 1989; FARIA; POTTER, 1995).

Quanto ao papel dos métodos anticoncepcionais, as informações disponíveis reforçam sua importância na redução da fecundidade, principalmente a partir do período após 1980.

Segundo dados do Suplemento de Anticoncepção da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1986, realizada pelo IBGE, mais de 60% das mulheres que viviam em união usavam métodos anticonceptivos ou estavam esterilizadas. Na Região Sudeste, a proporção era cerca de 68%; na Sul, 74%; na Centro-Oeste, 62%; e na Nordeste, 53%. A esterilização era o método mais empregado pelas mulheres, em praticamente todas as Grandes Regiões, à exceção da Região Sul, onde predominava a pílula. Mais de 63% das esterilizações foram feitas durante os primeiros seis anos da década de 1980, sendo que, na Região Nordeste, a maior parte foi realizada em unidades hospitalares públicas e sem ônus para as usuárias.

Com a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS 1996, realizada pela BEMFAM, observou-se uma intensificação do número de mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais em todo o País, sobretudo uma elevada incidência de esterilizações nas Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, a tal ponto que esta opção chegou a representar quase o quádruplo do uso de pílulas entre as mulheres dessas áreas.

A disponibilidade desses serviços – bens, na terminologia de Easterlin (1975) – permitiu reduzir os custos de regulação. No Brasil, tais serviços, embora tenham relação com a urbanização, já estavam sendo acessados mesmo pelas populações de áreas rurais, e com uma diferença: pelo menos nessas regiões, que entraram mais tarde na transição, eram oferecidos praticamente sem ônus financeiro, em especial para os setores sociais mais empobrecidos⁹.

Por conseguinte, a ideia determinista de que o desenvolvimento econômico-social levaria à queda da fecundidade tem de ser relativizada, pelo menos a partir de 1980. A acentuada queda da fecundidade que se observou durante os 20 anos seguintes coincide, exatamente, com o início de uma etapa em que a economia entra em recessão, só passando a se recuperar a partir do início do século atual.

Nesse sentido, cabe chamar a atenção para os impactos, sobre os padrões reprodutivos no Brasil, das mudanças institucionais que alteraram o modo de pensar e agir dos indivíduos, não que esse fosse o seu objetivo primário, de acordo com análises feitas por alguns autores, a exemplo de Faria e Potter (1995).

⁹ Essas discussões serão retomadas no próximo capítulo.

Além disso, destaque-se também o papel da medicalização da vida, o crédito ao consumidor, os meios de comunicação de massa, a ideia da aposentadoria na velhice – segurança no futuro, segundo Caldwell (1979) –, o racionalismo, enfim, embutido na monetarização das relações sociais. Essas dimensões também são consideradas capazes de alterar o papel dos filhos e as expectativas em relação a eles, e, de certo modo, foram também abordadas, tanto por Easterlin (1975) como por Caldwell (1979), só que dentro de uma perspectiva de mudança de uma sociedade atrasada (tradicional, pré-moderna) para uma sociedade moderna.

Não obstante, no caso brasileiro, muitos desses elementos ocorreram em ocasiões de estagnação econômica e serviram como formas compensatórias, como é o caso da ampliação dos serviços de saúde, da ampliação da aposentadoria nas áreas rurais do País e da utilização de crédito ao consumidor – recursos utilizados pelas classes sociais mais carentes para terem acesso a bens, que, de outro modo, não poderiam ser obtidos. Frente a tal possibilidade, talvez tenham optado, e continuem optando, pelo acesso a bens de consumo e cada vez mais por um número menor de filhos.

Por último, a ideia de Caldwell (1979) de que se invista em pesquisas sobre mudanças do fluxo intergeracional de riqueza, é, no entanto, de difícil operacionalização, embora seja um avanço em relação aos demais estudos tradicionais. Isso porque, no caso brasileiro, não existem, tanto nos Censos Demográficos como nas pesquisas por amostra domiciliares, elementos que permitam inferir esse divisor de águas. Há que se recorrer a pesquisas de cunho antropológico para tal fim.

Dada a heterogeneidade e o tempo histórico da sociedade brasileira, chega-se à conclusão de que não ocorreu uma única transição no País, mas várias, conforme será mostrado quando da análise histórica das informações sobre fecundidade – ou seja, esse quadro de mudanças acentuou-se a partir da década de 1960, em decorrência de quedas expressivas no nível da fecundidade, a tal ponto que, quando comparado com situações vivenciadas por outros países, observa-se que o Brasil vem realizando uma das transições demográficas mais rápidas do mundo, enquanto em países como a França essa transição teria levado quase dois séculos. Tal fenômeno e suas consequências, que até o final do século passado eram debatidos e divulgados de maneira mais profunda por especialistas e estudiosos da área de população e segmentos específicos dos meios de comunicação, passou a ser assunto discutido mais frequentemente pela sociedade brasileira.

Para um melhor entendimento sobre o fenômeno da transição demográfica, nos próximos capítulos recorreu-se aos recenseamentos populacionais realizados no País, desde 1872 até 2010, focando as transformações relativas à sua dinâmica demográfica (taxa de crescimento, processo de urbanização e implantação de políticas públicas e sociais e aspectos relacionados à anticoncepção) e os fatores relevantes para a melhor compreensão das principais componentes demográficas, ou seja, a evolução das taxas brutas de mortalidade e natalidade e, sobretudo, da taxa de fecundidade total.

Decorrente do processo de transição demográfica, o envelhecimento populacional é outro importante tema a ser focado em virtude da tendência de crescimento acentuado projetado para os idosos nas próximas décadas, conforme aponta a Projeção da População por Sexo e Idade para o período 2000-2060, realizada pelo IBGE (PROJEÇÕES..., 2013b)¹⁰. Em relação a este grupo etário específico, cabe esclarecer

¹⁰ Essas projeções foram elaboradas pelo Método das Componentes Demográficas, levando em consideração hipóteses sobre o comportamento futuro da fecundidade, mortalidade e migrações.

que a Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) define como população idosa aquela a partir dos 60 anos de idade. É importante, entretanto, salientar que esse corte etário é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos. Apesar do avanço que vem sendo observado nas áreas sociais e econômicas, particularmente nas últimas duas décadas, o Brasil ainda faz parte do conjunto de países em processo de desenvolvimento. Desse modo, as informações a serem analisadas para este segmento etário seguirão as normas estabelecidas pela OMS quando as discussões de políticas específicas se referirem a ele.

Assim sendo, faz-se necessário conhecer a realidade do idoso brasileiro, que, de acordo com os resultados das projeções divulgadas pelo IBGE, configuravam, em 2010, um contingente de 19,6 milhões de pessoas, devendo aumentar para 66,5 milhões em 2050 (PROJEÇÕES..., 2013b). Daí, a importância de aprofundar alguns pontos relacionados à questão do processo de envelhecimento da população brasileira e seus desdobramentos futuros.

Transformações socioeconômicas e seus efeitos sobre a dinâmica da população

O processo de evolução da população brasileira

Até o início da última década do século XX, ainda não eram muito claras, para uma parcela importante dos responsáveis pela formulação de políticas públicas, as profundas alterações que vinham se processando no quadro demográfico brasileiro e, conseqüentemente, as implicações sobre as demandas sociais. A fase atual de transição demográfica, também chamada de novo padrão demográfico brasileiro, é o resultado dessas intensas mudanças – sobretudo no padrão reprodutivo da mulher brasileira, mais especificamente nos baixos níveis de fecundidade, alcançados em tão pouco tempo, o que deve ser visto como um fenômeno que ultrapassa o campo de interesse apenas demográfico. Nesse sentido, o que vem sendo observado é um gradual decréscimo da taxa de crescimento da população¹¹ brasileira, conforme apontam os resultados do Censo Demográfico apresentados na Tabela 1.

Até meados do Século XIX, o crescimento da população brasileira era relativamente pequeno, decorrente, principalmente, do movimento de contingentes de escravos vindos da África, com poucos deslocamentos de populações europeias. Com o declínio e o término da escravidão no País e as mudanças nas políticas de colonização, por parte das autoridades então dominantes, e os fortes incentivos migratórios criados nas últimas décadas do Século XIX, povos de países europeus, que, naquele

¹¹ A maneira mais fácil de acompanhar o desenvolvimento de uma população consiste em calcular o crescimento anual de seu efetivo. É importante esclarecer que o termo crescimento não significa necessariamente que haja aumento; tal termo se usa em sentido algébrico, sendo sinônimo de variação (positiva ou negativa). Para efeito de comparação entre efetivos muito diferentes, é usual calcular-se a taxa anual média de crescimento entre dois ou mais momentos do tempo, por meio da seguinte expressão: $P_t = P_0 (1+r)^n$, onde: P_t é a população no instante t ; P_0 é a população no ano base; n é o tempo que separa as duas populações; e r é a taxa de crescimento que se quer calcular.

momento, passavam por crises econômicas e sociais profundas, que culminaram na Primeira Guerra Mundial, foram atraídos para o Brasil (SIMÕES; OLIVEIRA, 1988). É exatamente a partir do final do Século XIX e início do Século XX que a taxa de crescimento demográfico mudou de patamar, passando para valores pouco acima de 2% e mantendo-se nesses níveis até meados da década de 1930.

A população brasileira mais que duplicou nos primeiros 40 anos do Século XX, passando a crescer de forma mais intensa nos 30 anos seguintes e alcançando, nas décadas de 1950 e 1960, taxa de crescimento em torno de 3%. É relevante esclarecer que já nessa época, os movimentos migratórios internacionais eram residuais, ao contrário dos movimentos internos, que assumem papel de destaque na nova configuração demográfica, em especial os de nordestinos que se deslocavam, principalmente, para os Municípios do Rio de Janeiro, então capital do País, e São Paulo.

Tabela 1 - População residente na data do recenseamento, taxa média geométrica de crescimento anual da população e respectiva variação entre os recenseamentos Brasil - 1872/2010

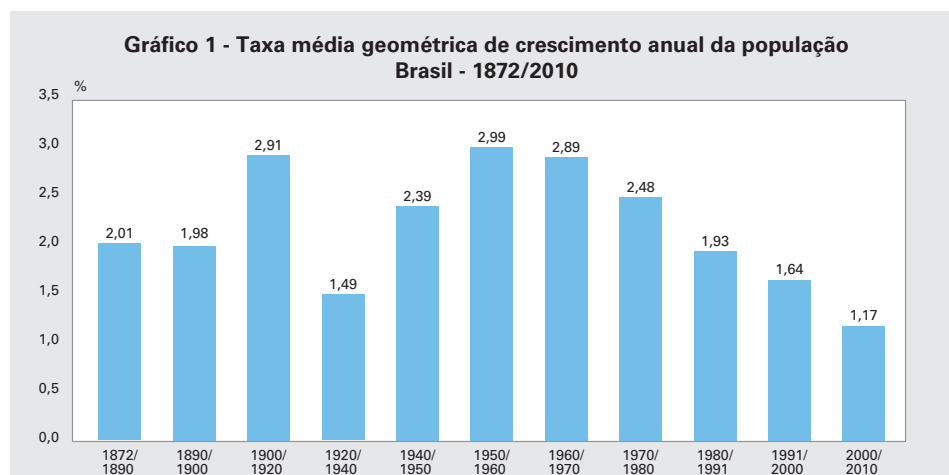
Data do recenseamento	População residente	Taxa média geométrica de crescimento anual da população (%)	Variação entre os recenseamentos (%)
01.08.1872	(1) 9 930 478		
		2,01	
31.12.1890	(1) 14 333 915		(-) 1,49
		1,98	
31.12.1900	(1) 17 438 434		46,97
		2,91	
01.09.1920	(1) 30 635 605		(-) 48,80
		1,49	
01.09.1940	41 165 289		60,40
		2,39	
01.07.1950	51 941 767		25,10
		2,99	
01.09.1960	70 070 457		(-) 3,34
		2,89	
01.09.1970	93 139 037		(-) 14,19
		2,48	
01.09.1980	119 002 706		(-) 22,18
		1,93	
01.09.1991	146 825 475		(-) 15,03
		1,64	
01.08.2000	169 799 170		(-) 28,66
		(2) 1,17	
01.08.2010	190 755 799		

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1872/2010.

(1) População presente. (2) Para a obtenção da taxa do período 2000/2010, foi considerada a população residente dos respectivos anos, sendo incluída, em 2010, uma população estimada de 2,8 milhões de habitantes correspondente a 899,2 mil domicílios fechados, representando 1,3% do total de domicílios.

Pode-se afirmar que, até as décadas de 1940 e 1950, o padrão demográfico brasileiro era relativamente estável e secular. Desde o Século XIX, tanto os níveis de fecundidade como os de mortalidade mantinham-se, com leves alterações, em patamares elevados, o que explica, em parte, as pequenas variações da taxa de crescimento durante essa fase. Entretanto, analisando a série histórica de Censos Demográficos

brasileiros, que cobre um período de 138 anos, observa-se que o volume da população experimentou aumentos significativos em seu contingente, tendo crescido 19,2 vezes, de 1872 a 2010 – a população recenseada do País, em 1º de agosto de 2010, atingiu o valor de 190 755 799 habitantes (Tabela 1 e Gráfico 1)¹².



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1872/2010 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

A taxa média geométrica de crescimento anual entre 2000 e 2010 foi somente de 1,17% (Gráfico 1), reflexo da tendência de declínio da fecundidade que vem acontecendo nas últimas quatro décadas. Este declínio é generalizado no País, manifestando-se no aumento da queda relativa, que chegou a 28,7% na última década.

Importante destacar que a maior aceleração no aumento populacional brasileiro ocorreu na década de 1950, quando a população chegou a crescer a uma média de 2,99% ao ano, correspondendo a um acréscimo relativo de 34,9% no efetivo populacional, correspondente a cerca de 18 milhões de habitantes em termos absolutos (Tabela 1). Nessa ocasião, enquanto a mortalidade acelerava seu processo de declínio, a fecundidade, ao contrário, mantinha-se em patamares bastante elevados, conforme será detalhado mais adiante. No período seguinte, ainda se observou um crescimento populacional elevado (32,9%), correspondente a cerca de 23 milhões de habitantes (Tabela 1). Na década de 1970, teve início um processo de desaceleração do crescimento, em decorrência da redução inicialmente tímida da fecundidade, implicando em uma taxa de crescimento de 2,48%. Contudo, nas décadas seguintes, em consonância com a transição para níveis de fecundidade mais baixos, intensificou-se o declínio da taxa de crescimento, chegando-se aos patamares atuais, da ordem de 1,17% ao ano (Gráfico 1).

A evolução da população, de acordo com as Grandes Regiões (Tabela 2), aponta que as três mais populosas continuam sendo as Regiões Sudeste, Nordeste e Sul. A Região Centro-Oeste, que desde o final da década de 1940 apresentava o menor

¹² Importante chamar a atenção de que os valores referentes ao volume populacional do Brasil, em cada ano censitário, foram decorrentes daqueles obtidos nas visitas realizadas pelos recenseadores. Em decorrência de pequenas omissões de cobertura que ocorrem, internacionalmente, em todas as operações censitárias, e objetivando ter elementos para a implementação e avaliação de políticas públicas, presentes e futuras, o IBGE realiza projeções populacionais pelo Método das Componentes Demográficas. Neste método, são definidas hipóteses em termos do comportamento das variáveis demográficas (fecundidade, mortalidade e migrações), implicando em correções nos valores das populações tomadas como base nas projeções. No caso do total da população brasileira para o ano de 2010, o valor projetado pelo IBGE foi de 195 497 797 habitantes (PROJEÇÃO..., 2013b), ou seja, 4 741 998 habitantes acima do valor recenseado.

volume populacional, se tornou mais populosa que a Região Norte entre 1960 e 1980. Entretanto, em consequência das alterações político-administrativas ocorridas no período de 1980 a 1991, com a criação do Estado do Tocantins, que fazia parte do Estado de Goiás, na Região Centro-Oeste, esta voltou a ocupar a última posição.

Tabela 2 - População residente, segundo as Grandes Regiões - 1940/2010

Grandes Regiões	População residente (1 000 pessoas)							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	41 165,3	51 941,8	70 070,5	93 139,0	119 002,7	146 825,5	169 799,2	190 755,8
Norte	1 467,9	1 834,2	2 561,8	3 603,9	5 880,3	10 030,6	12 900,7	15 864,5
Nordeste	14 426,2	17 992,1	22 181,9	28 111,9	34 812,4	42 497,5	47 741,7	53 082,0
Sudeste	18 304,3	22 549,4	30 630,7	39 853,5	51 734,1	62 740,4	72 412,4	80 364,4
Sul	5 722,0	7 835,4	11 753,1	16 496,5	19 031,2	22 129,4	25 107,6	27 386,9
Centro-Oeste	1 244,8	1 730,7	2 943,0	5 073,3	7 544,8	9 427,6	11 636,7	14 058,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Chama também a atenção o fato de que, no período de 2000 a 2010, a Região Nordeste exibiu taxa de crescimento bastante próxima da observada nas Regiões Sudeste e Sul do País (Tabela 3), em decorrência, entre outros fatores, da migração de retorno de nordestinos, residentes nessas áreas, particularmente do Estado de São Paulo, para suas áreas de origem.

Vários fatores sociais e econômicos induziram ao retorno de população de origem nas áreas metropolitanas do centro-sul do País. Por outro lado, Oliveira e Jannuzzi (2005) falam das transformações ocorridas na estrutura produtiva do País, delineadas a partir de meados da década de 1970, decorrentes dos investimentos industriais e de infraestrutura na Região Nordeste, os quais, por sua vez, acabaram por influenciar o movimento migratório nordestino, estimulando, assim, tanto a migração de retorno como a redução da saída de nordestinos para outras regiões. Essas transformações ocorreram devido ao processo de desconcentração industrial, que agregou, além de setores de consumo não duráveis, como o da cana de açúcar, também setores de bens de consumo duráveis, como os do polo industrial de Camaçari (Estado da Bahia), que abriga indústrias química, petroquímica e automobilística, e do polo têxtil e de confecções de Fortaleza (Estado do Ceará), entre vários outros que se consolidaram em diversas áreas nas últimas décadas.

Tabela 3 - Taxa média geométrica de crescimento anual da população, segundo as Grandes Regiões - 1940/2010

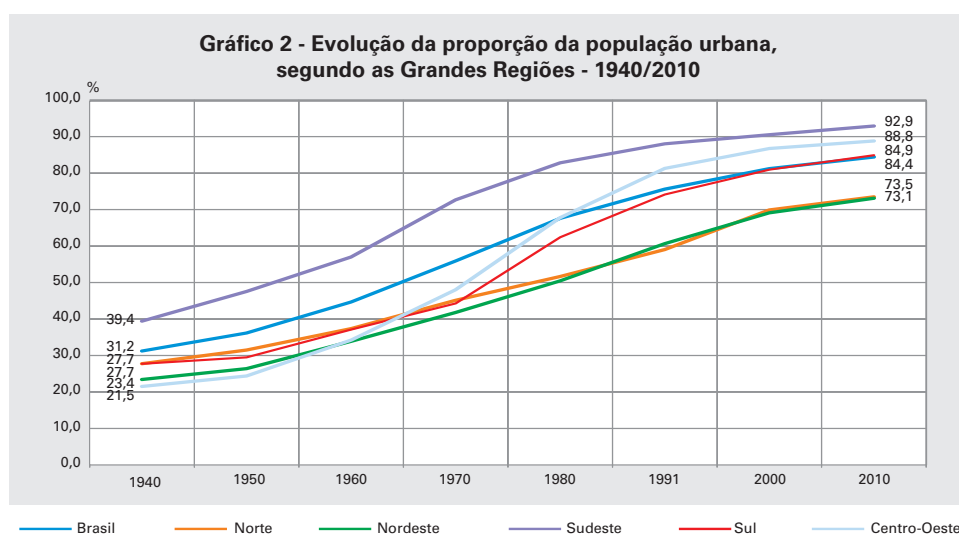
Grandes Regiões	Taxa média geométrica de crescimento anual da população (%)						
	1940/1950	1950/1960	1960/1970	1970/1980	1980/1991	1991/2000	2000/2010
Brasil	2,39	2,99	2,89	2,48	1,93	1,64	1,17
Norte	2,29	3,34	3,40	5,02	4,97	2,86	2,09
Nordeste	2,77	2,08	2,50	2,16	1,83	1,31	1,07
Sudeste	2,14	3,06	2,60	2,64	1,77	1,62	1,05
Sul	3,25	4,07	3,44	1,44	1,38	1,43	0,87
Centro-Oeste	3,41	5,36	5,60	4,05	2,05	2,39	1,91

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Por outro lado, é importante destacar os baixos valores da taxa de crescimento notados em todas as Grandes Regiões do País, na última década, como consequência da intensificação do declínio da fecundidade, desde meados da década de 1980, sobretudo no Centro-Sul do País. Ressalte-se, também, que a Região Sudeste, conforme já mencionado, apesar de os fluxos migratórios perderem gradativamente intensidade, continua sendo a região do País de maior atração de migrantes, sobretudo nordestinos, a despeito da migração de retorno destes já constatada por meio de inquéritos populacionais realizados pelo IBGE e estudos de pesquisas analíticas (RIBEIRO, 1997).

Outro aspecto relevante a ser focado refere-se à intensificação do processo de urbanização. Até 1960, a maioria da população brasileira residia na área rural, à exceção da Região Sudeste, que, naquela data, já apresentava 57,0% de sua população vivendo na área urbana. Ressalte-se que o fenômeno da urbanização no Brasil está estreitamente associado à questão das migrações internas, que se intensificaram a partir do início dos anos 1960, tendo, inicialmente, como principal área de atração, a Região Sudeste, em razão das maiores oportunidades de emprego decorrentes da concentração das principais atividades econômicas então existentes no País. Em 1970, a proporção da população urbana nessa região atingia o patamar de 72,7%, enquanto nas demais esse valor ainda era inferior a 50,0% (Gráfico 2).

Deve-se ressaltar que, a partir de meados da década de 1970, as Regiões Sul e Centro-Oeste também iniciaram um intenso processo de urbanização em paralelo à expansão das atividades agrícolas. Cabe ressaltar que o crescimento urbano convive com uma atividade agrícola muito intensa e que se modernizou, tecnologicamente, nas últimas décadas, induzindo a um processo de emigração populacional do campo para a cidade, inclusive em áreas que, até os anos 1960 e 1970, representavam espaços de expansão da fronteira agrícola. Nas Regiões Norte e Nordeste, por outro lado, os níveis de urbanização observados em 2010, embora resultantes de um alto crescimento, ainda eram relativamente mais baixos (73,5% e 73,1%, respectivamente) quando confrontados com os verificados nas Regiões Sudeste (92,9%), Centro-Oeste (88,8%) e Sul (84,9%). Conclui-se, assim, à luz dos resultados do Censo Demográfico 2010, que, nas últimas décadas, verificaram-se alterações marcantes no Brasil, que deixou de ser um país predominantemente rural, passando a uma condição em que cerca de 84,4% de sua população reside em áreas urbanas (Gráfico 2).



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Em síntese, ao final dos anos 1960, e especialmente na década de 1970, as transformações na sociedade brasileira se intensificaram, dentre as quais se destacam:

- Fortes deslocamentos migratórios do campo para a cidade, levando ao crescimento do espaço urbano;
- Avanços no processo de assalariamento da economia brasileira e engajamento crescente da mulher no mercado de trabalho urbano;
- Disseminação de um modelo econômico voltado para o consumo de bens duráveis em íntima associação com a generalização das relações de mercado; e
- Elevação dos custos de reprodução familiar e social, dentre outros fatores que tiveram papel fundamental nas importantes mudanças no comportamento reprodutivo da população.

Nas últimas quatro décadas, a consolidação da estrutura urbana no País, após intensos fluxos migratórios de natureza rural-urbana e mesmo de pequenos núcleos urbanos para os centros urbanos maiores, são alguns dos fatores que devem ser considerados para explicar o fato de que mais de $\frac{3}{4}$ da população brasileira passou a residir em áreas urbanas.

Novas realidades e situações passaram a ser vivenciadas pelas populações. Se, por um lado, aumentaram as demandas por serviços públicos com qualidade para atender a esse contingente populacional em constante crescimento nas grandes cidades, por outro, essa nova realidade também induziu a uma nova dinâmica demográfica, principalmente nas questões relacionadas ao comportamento reprodutivo, impactando fortemente as estruturas etárias da população e suas múltiplas consequências em áreas como saúde, educação, mercado de trabalho e previdência social, dentre outras.

Análise das principais transformações socioeconômicas e programas sociais e de saúde governamentais

Para uma melhor compreensão do processo da dinâmica demográfica ocorrida no País ao longo das últimas décadas, é de fundamental importância que se tenha uma visão, mesmo que sintetizada, das transformações que se produziram nas áreas econômica e social e, principalmente, no campo das políticas públicas, uma vez que existe uma estreita correlação entre as duas dimensões. Essas transformações ocorreram, notadamente, naquelas regiões onde se concentrou grande parte do processo de desenvolvimento econômico ocorrido no período, deixando marcas mais acentuadas, inicialmente, nas áreas urbanas das Regiões Sudeste e Sul¹³.

Os cenários nacionais médios podem não ser os mais adequados para a explicação da transição demográfica e da fecundidade, considerando que as Regiões Norte e Nordeste ficaram parcialmente à margem, por um longo tempo, do processo de desenvolvimento econômico e social, só iniciando sua integração de maneira mais consistente no período mais recente. A história, contudo, revela que as populações dessas Grandes Regiões, especialmente a nordestina, reagiram a esse processo, não só via mobilidade espacial, como também pelas suas próprias dinâmicas internas de evolução política e de mudança comportamental.

¹³ Cabe destacar que não se pretende fazer uma análise exaustiva de todos os eventos, mas apenas apontar os episódios que possam estar mais relacionados com as alterações observadas nos indicadores que serão focalizados.

Pelo fato de terem ocorrido distintas trajetórias entre as Grandes Regiões, não só na transição demográfica, mas também no processo de desenvolvimento econômico e social, induzindo a impactos diferenciados nas condições de vida e a novas formas de percepção de suas populações, vê-se, assim, que as diferenciações regionais devem estar sempre presentes nesse tipo de estudo.

Tendo em vista um melhor entendimento dos impactos das transformações econômicas e sociais sobre a dinâmica demográfica verificadas no Brasil, optou-se por focar os principais movimentos sucedidos na fase posterior a 1940, por coincidir com o processo de organização das estatísticas nacionais, o início das grandes alterações nos padrões demográficos e a implantação de programas de políticas públicas.

Seguindo essa lógica, constata-se que, durante a fase que vai de 1940 até meados da década de 1950, acentuou-se o processo de industrialização no País, iniciado a partir de 1930. O mercado nacional foi se ampliando, em função da diversificação da produção industrial que, entre 1919 e 1939, crescia à taxa média anual de 5,7%, acelerando-se para 6,6%, entre 1939 e 1949, e para 9,3%, entre 1949 e 1959 (CANO, 1988, p. 72). Essas intensas transformações na economia brasileira provocaram, também, mudanças profundas entre os segmentos sociais. De um modo geral, expandiu-se o mercado de trabalho urbano – só para ilustrar, entre 1940 e 1950, o setor urbano aumentou em 1,5 milhão a oferta de empregos, enquanto o rural cresceu apenas 0,5 milhão. A intensificação da urbanização, que já vinha se processando, conduziu o País a transitar de uma sociedade rural para uma sociedade industrial, embora concentrada, nessa fase, sobretudo nos espaços dos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Nesse processo de urbanização, foi de fundamental importância o papel do capital nacional, principalmente estatal, empenhado na criação de uma infraestrutura, mormente de um novo sistema de transportes (rodoviário) de cunho eminentemente nacional e integrador.

Durante essa fase, a produção agrícola também cresceu, em decorrência da ampliação das áreas cultivadas, mantendo-se predominantes as relações não assalariadas no trabalho (LOPES, 1981). No nível social, esse período caracterizou-se por importantes transformações, como a criação, pelo Presidente Getúlio Vargas, dos Institutos de Aposentadorias e Pensões¹⁴ e a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT¹⁵. Também se verificaram alterações nas políticas de saúde e educação, caracterizadas pelos elevados graus de centralização de recursos e instrumentos institucionais e administrativos nas esferas do governo federal.

Cabe, no entanto, salientar que esse conjunto de transformações concentrou-se, inicialmente, nas Regiões Sudeste e Sul do País. Com as novas técnicas de controle das doenças infectocontagiosas, vários segmentos sociais foram beneficiados, não só na sua sobrevivência como um todo – a infantil em particular –, como também no

¹⁴ Na Era Vargas, o Ministério do Trabalho incorporou as antigas Caixas de Aposentadoria e Pensões, que beneficiavam poucas categorias profissionais, e tomou providências para que as garantias trabalhistas fossem estendidas a um número significativo de trabalhadores. Dessa forma, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos - IAPM (1933), ao qual se seguiram o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes - IAPC (1934), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários - IAPB (1934), o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários - IAPI (1936), e os de outras categorias profissionais nos anos seguintes. Em fevereiro de 1938, foi criado o Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado - IPASE. Após 1945, os Institutos de Aposentadoria e Pensões expandiram suas áreas de atuação, que passaram a incluir serviços na área de alimentação, habitação e saúde. Em novembro de 1966, todos os Institutos que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social - INPS (INSTITUTOS..., 2016).

¹⁵ A CLT, aprovada, na Era Vargas, por meio do Decreto-lei n. 5.452, de 01.05.1943, representou a reunião e a sistematização da vasta legislação trabalhista produzida no País após a Revolução de 1930 (CONSOLIDAÇÃO..., 2016).

comportamento reprodutivo das famílias dessas duas Grandes Regiões, o que se reflete nos menores níveis de fecundidade observados nesse período quando comparados aos das demais Grandes Regiões.

Entre meados das décadas de 1950 e 1960, ocorreu a consolidação da indústria no País, com a implantação da indústria pesada e a extraordinária expansão da malha rodoviária, integrando mercados regionais até então excluídos do processo comercial. Com os novos segmentos, alterou-se significativamente a estrutura industrial – segundo Cano (1988, p. 73), os bens de consumo não duráveis, que em 1919 perfaziam 76% da produção industrial, caíram, em 1959, para 53%, enquanto os bens intermediários passaram de 22% para 34%. Ampliou-se também a criação de empregos nas áreas urbanas, que já concentravam, na ocasião, 45% do total da população brasileira em 1960. Não obstante, nessa mesma década, ao mesmo tempo em que esse processo é consolidado, observam-se os problemas sociais e econômicos acumulados durante essa fase e não devidamente enfrentados em sua plenitude pela sociedade brasileira.

Constitui, na verdade, o esgotamento de um longo período de crescimento “fácil”. Conseguiu-se acomodar quase tudo: os interesses externos aos internos; os do setor público aos do setor privado; a da classe trabalhadora, graças à grande expansão do emprego, ao populismo; os da classe média, pelas modificações qualitativas no emprego que a nova estrutura produtiva exigia (CANO, 1988, p. 73).

Dessa forma, a crise social e econômica verificada durante o primeiro quinquênio da década de 1960 afetou especialmente as classes trabalhadoras, particularmente aqueles contingentes não inseridos no mercado de trabalho formal, além dos segmentos populacionais de imigrantes, constituídos, em sua maioria, de origem nordestina, que se defrontavam com um mercado de trabalho em processo de saturação, em que as condições de vida se mantiveram praticamente estagnadas em relação ao período anterior. O aumento do fluxo de famílias de imigrantes nordestinos, ainda com padrões reprodutivos elevados, em direção aos estados da Região Sudeste, principalmente, Rio de Janeiro e São Paulo, deve explicar, em parte, a estabilidade e até mesmo um leve aumento observado na fecundidade, no início da década de 1960, nesses estados, conforme será visto no próximo capítulo.

A partir de 1964, com a mudança de governo ocorrida no País, reformas econômicas e institucionais foram realizadas com uma perspectiva centralizadora. Sob a justificativa do combate à inflação, verificou-se elevada desvalorização salarial, afetando fortemente a classe trabalhadora.

Esse é um período em que a integração de regiões a um mercado nacional aprofunda ainda mais o processo intenso de migrações de origem rural com destino urbano (MADEIRA; MARTINS; SIMÕES, 1973), repercutindo negativamente nas condições de vida das populações residentes nessas áreas, em consequência do desemprego e do baixo nível salarial, além dos impactos negativos nos níveis de sobrevivência da população, em geral, e na infantil, em particular¹⁶.

Do ponto de vista demográfico, a população brasileira vinha crescendo desde o início da década de 1950, a uma taxa próxima de 3% ao ano, em decorrência das quedas da taxa bruta de mortalidade, mas com níveis de fecundidade ainda bastante elevados. Acrescente-se, também, a elevação das correntes migratórias de origem rural-urbana, que atingiram seu ápice na década de 1960, contribuindo,

¹⁶ Pesquisas realizadas mostraram aumentos de mortalidade infantil e redução da esperança de vida ao nascer durante toda a década de 1960, em relação à anterior, nos principais estados das Regiões Sudeste e Sul do Brasil (SIMÕES, 1999).

fortemente, para uma urbanização desequilibrada e concentrada em poucas áreas, em um período de tempo relativamente muito curto. A ausência de reformas e investimentos, seja nas áreas rurais, que poderiam reduzir a velocidade dos fluxos migratórios, seja nas áreas urbanas, com carências gerais de infraestrutura básica e emprego, contribuíram, sem dúvida, para que não houvesse mudanças expressivas no quadro demográfico. Além disso, os ajustes realizados na economia, durante o período de 1965 a 1970, geraram uma forte concentração de renda, conforme revelaram os dados do Censo Demográfico 1970. Entretanto, no início da década de 1970, iniciou-se uma discussão em torno do assunto, inserindo as questões sociais como motivo de preocupação dos principais gestores das políticas econômicas e sociais. Aprofundou-se a reflexão crítica, face aos problemas explicitados. Houve uma ampla discussão política nacional sobre os mais distintos temas: os baixos salários dos trabalhadores; o forte êxodo rural e a ausência de reforma agrária; o agravamento dos problemas urbanos e suas carências sociais não atendidas; a questão das desigualdades regionais e os mecanismos para enfrentá-los, entre outros aspectos.

Em consequência dos problemas relacionados ao aumento da miséria que estava acontecendo, com reflexos na sobrevivência da população como um todo e na infantil, em particular, conforme será tratado posteriormente, deu-se início, também, no País a uma discussão sobre as verdadeiras causas associadas ao empobrecimento da população e a necessidade ou não de se concretizar um controle da natalidade, uma vez que as taxas de crescimento e de fecundidade eram consideradas elevadas. Vale chamar a atenção de que esse período coincide com o início de financiamentos, por parte de organismos estrangeiros, a instituições privadas do País no sentido da implementação de programas direcionados ao planejamento familiar com vistas à redução do crescimento populacional, principalmente por meio de convênios com órgãos públicos (Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde). Foi um período em que pesquisas e estudos na área da dinâmica populacional foram intensamente incentivados.

A preocupação com a piora das condições sociais começou a ser mais mencionada, principalmente a partir de 1974, o que pode ser considerado uma inflexão na história da política social brasileira (JAGUARIBE, 1978). Os sistemas nacionais públicos ou estatais, nas principais áreas de intervenção social, foram efetivamente organizados, superando a forma anterior. Cresce, particularmente, o debate dentro dos núcleos do poder e da tecnocracia em geral, e surgem interpretações diversas sobre as causas da tendência à concentração de renda. Postula-se uma política social com objeto próprio e propõe-se atender às necessidades básicas da pobreza, reconhecida como de proporções preocupantes (DEMO, 1981). Assim, foi criado, em 1974, um grupo, diretamente ligado à Presidência da República, o Conselho de Desenvolvimento Social, com o objetivo principal de assessoramento na formulação da política social e na coordenação das atividades dos ministérios, embora caiba ressaltar que essas políticas, direcionadas para a área social, permaneciam dependentes do núcleo econômico do poder. Isso permitiu a implantação de um conjunto de programas que visavam impactar, diretamente, as condições gerais de vida e de saúde dos segmentos sociais mais afetados pelo modelo econômico excludente.

Dentre esses programas, destacam-se:

- Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (1974) - financiamento de programas e projetos na área social;
- Conjunto de programas de desenvolvimento social da Região Nordeste (1974) - atuação nos campos de emprego, educação, treinamento, saúde e nutrição, saneamento e desenvolvimento social e urbano;
- Programa de Saúde Materno-Infantil - PSMI (1974-1975) - contribuição para a redução da morbidade e da mortalidade do grupo materno-infantil, incluindo: assistência materna (à gestante, ao parto, ao planejamento familiar); assistência à criança e ao adolescente; suplementação alimentar; e, principalmente, elevação da cobertura vacinal;
- Sistema Nacional de Saúde (1975) - definição de competências de cada ministério no campo da saúde e articulações entre os distintos níveis da administração pública;
- Plano Básico de Ação Sanitária para o Nordeste (1975) - proposição de diretrizes de política e aprovação de programas de proteção à saúde coletiva (erradicação da malária, controle da esquistossomose, tuberculose, doenças transmissíveis evitáveis por imunizações etc.), programas de assistência médico-sanitária, saúde materno-infantil, nutrição etc., com base em estudo detalhado da situação sanitária daquela região;
- Nova sistemática do Plano Nacional de Saneamento - PLANASA (1975) - ampliação do Plano original com vistas ao atendimento dos municípios mais carentes;
- Plano Básico de Ação Sanitária para a Amazônia (1975) - mesmos objetivos do Plano anteriormente aprovado para a Região Nordeste;
- Organização das Ações de Vigilância Epidemiológica (1975) - garantia de imunização da população, notificação compulsória de doenças contagiosas e articulação das ações de vigilância;
- Ação do governo na área do trabalho (1975) - proposição de diretrizes e recursos para o setor (programas de treinamento, emprego, proteção ao trabalhador empregado etc.);
- Programa Nacional de Alimentação e Nutrição - PRONAN (1976) - suplementação alimentar a gestantes, nutrízes e crianças de 0 a 6 anos e escolares; estímulo ao pequeno agricultor; combate às carências nutricionais; apoio à pesquisa Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF 1974-1975, realizada pelo IBGE, dentre outras grandes linhas de ação, utilizando, principalmente, os suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD etc.;
- Programas de saneamento ambiental (1976) - alteração dos padrões sanitários, aumentando o acesso das populações à água e à rede geral de esgoto; e
- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste - PIASS (1976) - dotação das comunidades do interior nordestino de estrutura básica de saúde pública.

Esses programas, em conjunto com outras ações implementadas pelo governo e que serão detalhadas no curso do presente estudo, tiveram impactos positivos na população de um modo geral, haja vista, principalmente, a evolução nos indicadores de

educação, saneamento básico, difusão da rede básica de saúde e cobertura vacinal. Não se pode deixar de mencionar que esse período coincidiu, também, com uma melhoria dos indicadores econômicos, principalmente os relacionados ao emprego e ao Produto Interno Bruto - PIB, cuja taxa de crescimento geral chegou a 10%. Verifica-se, também, nesse período um aumento da cobertura previdenciária, decorrente do aumento do mercado de trabalho formal e que, de acordo com alguns autores, a exemplo de Faria (1989), foi uma importante variável na explicação da redução da fecundidade no País.

No início dos anos 1980, entretanto, alguns desses programas apresentavam indícios de esgotamento e crise em seus aspectos organizacionais, sociais e, sobretudo, financeiros. Isso levou a tentativas de mudanças nas políticas sociais, determinadas, mais uma vez, pela crise econômica e pelas políticas de ajuste, as quais provocaram contenção dos recursos até então disponíveis para os programas sociais (SOARES, 1995).

Os debates acerca das questões populacionais acentuaram-se, exatamente, no momento em que os resultados do Censo Demográfico 1980 e do Suplemento de Fecundidade da PNAD 1984 apontaram fortes mudanças nos padrões reprodutivos da mulher brasileira, ao inserir as Regiões Norte e Nordeste, até então não incluídas no grupo que iniciou o processo de transição da fecundidade nas duas décadas anteriores, como foi o caso das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

Um aspecto interessante do começo de mudança de comportamento reprodutivo, particularmente nessas duas Grandes Regiões, é sua coincidência com o princípio da crise econômica e recessão, daí o papel que devem ter tido, dentre outros fatores, alguns daqueles programas e políticas públicas no processo de queda da fecundidade, mormente os vinculados à saúde.

A partir de 1985 até 1988, com a Nova República, foram introduzidas importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras. Do ponto de vista social, os movimentos organizados da sociedade começaram a ter maior presença nos conselhos de gestão nacional, nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho. O que se observou nessa ocasião foram discussões amplas destinadas à realização de reformas dos sistemas tributário, financeiro, administrativo e também na área social – educação, previdência social, habitação, assistência social, alimentação e nutrição, e saúde (reforma sanitária). Cabe destacar que, mais uma vez, todos os diagnósticos chamavam a atenção para o quadro de miséria e pobreza que afetava segmentos significativos da população brasileira, refletindo-se, negativamente, nos baixos valores da esperança de vida ao nascer e nos elevados níveis da mortalidade infantil, conforme será exibido em capítulo específico deste estudo. Por outro lado, ressalta-se também que todas essas discussões coincidiam com a promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988, extremamente progressista no que se refere às questões sociais.

No plano estratégico, a intervenção social do governo materializou-se, por um lado, por meio de programas emergenciais voltados para o combate à fome, ao desemprego e à miséria. Ativaram-se os programas de alimentação então existentes, e novos programas foram criados (Programa Nacional do Leite para Crianças Carentes, Programa de Medicamentos e Imunológicos), além de serem efetivadas medidas nas áreas de abastecimento de água e esgoto, saúde, educação, assentamentos agrários, integração da pequena produção de alimentos, entre outras.

Ao final da década de 1980 e início dos anos 1990, as reformas, mais uma vez, não foram regulamentadas, e começou uma fase de redução dos gastos em diversas áreas sociais, notadamente em saúde e saneamento básico. Essas medidas reducionistas foram implementadas após a promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988, iniciando um confronto com os princípios por ela preconizados para a área social. A crise econômica ocorrida durante os primeiros anos da década de 1990 reforçou o desmantelamento de programas, em especial na área de saúde, desfigurando, por exemplo, a proposta do Sistema Único de Saúde - SUS preconizada pela Constituição Federal.

Em função dos compromissos internacionais assumidos pelo País, entretanto, setores específicos do governo elaboraram projetos com vistas a garantir a melhoria das condições de sobrevivência das crianças e de suas mães. Nesse aspecto, foi definido, no âmbito do Ministério da Saúde, a partir de meados da década de 1990, um conjunto de programas direcionados a esses grupos específicos, como, por exemplo:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC - atendimento prioritário a crianças de 0 a 5 anos de idade, em grupos de risco, por meio do aumento da cobertura e da melhoria da qualidade do atendimento, visando à diminuição da morbimortalidade infantil;
- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM - estabelecimento de pautas de ação e estratégias para um modelo assistencial em cujo contexto inclui-se a integralidade e a equidade. Incorpora um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnose e tratamento e/ou recuperação da saúde, as quais, quando aplicadas, condicionam a melhora dos níveis da saúde da população feminina;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - melhoria da capacidade da população para cuidar de sua própria saúde, mediante o trabalho dos Agentes Comunitários, responsáveis pela transmissão de informações e conhecimentos que contribuem para a construção e a consolidação dos sistemas locais de saúde;
- Programa Saúde da Família - PSF - desenvolvimento de ações de promoção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, por meio de equipes de saúde que atuam na unidade local e na comunidade;
- Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno - PNAM - promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno exclusivo de crianças de 4 a 6 meses de vida e complementado com outros alimentos até, se possível, dois anos de idade, identificando e combatendo as causas de desmame com o objetivo de diminuir a morbimortalidade e a desnutrição infantil precoce; e
- Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS - ponto focal da formulação e implementação da política e da definição da estratégia governamental para o controle e a prevenção desses agravos à saúde pública. As ações do Programa ocorrem em colaboração com os estados, municípios e organizações não governamentais. Documento divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (United Nation Development Programme - UNDP)¹⁷ exhibe os avanços e os desafios do Brasil

¹⁷ Trata-se de estudo baseado em uma amostra de relatórios de 50 países em desenvolvimento, dentre os quais o Brasil, relativamente aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM. Nos países avaliados, foram identificados programas bem-sucedidos que podem ser adaptados, inclusive, a nações mais pobres: UNITED NATION DEVELOPMENT PROGRAMME. *What will it take to achieve the millennium development goals?* an international assessment. New York: UNDP, 2010. 58 p. Disponível em: <<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/international-assessment---english-full-version.html>>. Acesso em: set. 2016.

no combate à AIDS, destacando o sucesso do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS e classificando-o como “um bom exemplo de um enfoque integrado para deter a propagação do HIV”, conforme noticiado no Portal ODM, responsável pelo acompanhamento brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O ponto central da estratégia é a distribuição gratuita de antirretrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do vírus HIV), que começou em 1991 e resultou na Lei n. 9.313, de 13.11.1996. A iniciativa brasileira inspirou outros países. Conforme noticiado no Portal ODM, reproduzindo avaliação do PNUD, “segundo os passos do Brasil, Botsuana, dada sua alta prevalência de HIV (17,6%), também fez do acesso universal e gratuito aos antirretrovirais uma prioridade, junto com informações e suplementos alimentares”. A lição que fica, ressalta o PNUD, é de que “o acesso universal à terapia antirretroviral, o uso de preservativos e o conhecimento sobre transmissão do HIV contribuem para salvar vidas”¹⁸.

Paralelamente a tais programas, há que enfatizar também aqueles vinculados ao combate à fome e às condições de pobreza e miséria, em especial a partir da primeira década do Século XXI. Dentre eles se destaca o Programa Bolsa Família, focando segmentos sociais carentes do País com os objetivos de redução da pobreza e da desigualdade, diminuição da vulnerabilidade dos domicílios e formação de capital humano¹⁹. A vinculação do pagamento do benefício à exigência da frequência escolar vem tendo impactos positivos no aumento das matrículas e da presença em sala de aula de crianças em idade escolar, bem como na redução do trabalho infantil. Além disso, desde a implantação do Bolsa Família, constata-se, também, que o número de visitas a postos de saúde pelos beneficiários cresceu significativamente no País. O Programa vem atendendo famílias em áreas diversas do País, onde se tem déficit significativo de alguns serviços, como, por exemplo, de acesso à água. As suas condicionalidades na área de saúde, portanto, minimizam algumas carências. Como resultado, o Programa vem contribuindo, de forma positiva, nas áreas mais pobres do Brasil, na redução da mortalidade infantil e na infância. Tais dados foram ratificados pelos resultados do Censo Demográfico 2010, realizado pelo IBGE, que exibiam, por exemplo, diminuições acentuadas desses indicadores nas áreas mais pobres do País, a exemplo da Região Nordeste. Vale chamar a atenção que esses aspectos positivos, resultantes da ação do Programa Bolsa Família, já haviam sido confirmados pelos resultados da Chamada Nutricional 2005, realizada pelo então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o apoio do Ministério da Saúde, na região brasileira do Semi-Árido²⁰.

¹⁸ Para informações adicionais sobre o documento do PNUD, consultar: BOLSA família e ação anti-HIV do governo brasileiro são mencionados como boa prática pela ONU. In: SISTEMA FIEP. *Portal ODM*. Curitiba: Federação das Indústrias do Estado do Paraná - FIEP; Serviço Social da Indústria - SESI; Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - Senai; Instituto Euvaldo Lodi - IEL, 2013. Notícia de 15 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/noticia/374/bolsa-familia-e-acao-anti-hiv-do-governo-brasileiro-sao-mencionados-como-boua-pratica-pela-onu>>. Acesso em: set. 2016.

¹⁹ Importante chamar a atenção quanto ao impacto dos programas assistenciais e subsidiados sobre as famílias mais pobres em áreas mais carentes do País, a exemplo da Região Nordeste, que propiciam mais acesso a alimentos e outros produtos básicos.

²⁰ As Chamadas Nutricionais têm sido estratégias realizadas durante as Campanhas Nacionais de Imunização de crianças menores de 5 anos de idade a fim de mobilizar a população e os gestores de saúde sobre a importância do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento na infância, por meio do levantamento de informações sobre situação de saúde, dados antropométricos e consumo alimentar desse grupo populacional. A Chamada Nutricional 2005 abrangeu os municípios que integram o Semi-Árido brasileiro (localizados no norte do Estado de Minas Gerais e em todos os estados da Região Nordeste, exceto o Maranhão).

A inexistência de inquéritos anteriores que tenham focalizado, especificamente, a desnutrição infantil no Semi-Árido brasileiro inviabiliza comparações históricas. A equipe técnica responsável pela Chamada Nutricional 2005 encontrou, no entanto, uma saída para avaliar a evolução da desnutrição no Semi-Árido do Nordeste, que consistiu em comparar as estimativas desse inquérito com as estimativas existentes para o conjunto da Região Nordeste, onde se encontra a grande maioria dos municípios do Semi-Árido (Tabela 4).

Tais estimativas provêm de três inquéritos domiciliares nacionais desenhados para representar todas as macrorregiões do país e realizados em 1974-1975, 1989 e 1996. Prevalências declinantes de déficits de altura para idade na população de crianças menores de cinco anos foram estimadas a partir desses três inquéritos: 47,8% em 1974-1975, 27,3% em 1989 e 17,9% em 1996. O declínio teria sido, portanto, de 3,1% ao ano entre 1975 e 1989 e de 4,9% ao ano entre 1989 e 1996. Se tomarmos a prevalência de 17,9% de desnutrição encontrada em 1996 em toda região Nordeste e a prevalência de 6,6% encontrada em 2005 no semi-árido pela Chamada Nutricional, teríamos um declínio no período de 7,0% ao ano, o que representaria considerável aceleração no declínio da desnutrição em relação ao período imediatamente anterior. Entretanto, como se indicou anteriormente, a comparação é grosseira e apenas a repetição de inquéritos focalizados especificamente sobre o semi-árido permitirão acompanhar as tendências da desnutrição nessa região do país. Por outro lado, um novo inquérito domiciliar sobre saúde e nutrição de crianças menores de cinco anos, realizado em 2006, permite avaliar de forma mais precisa a tendência recente da desnutrição (MONTEIRO; CONDE; KONNO, 2006, p. 7).

Tabela 4 - Prevalência de déficit antropométrico das crianças menores de 5 anos de idade na Região Nordeste e nos municípios do Semi-Árido, segundo as pesquisas selecionadas - 1975/2005

Pesquisas selecionadas	Prevalência de déficit antropométrico das crianças menores de 5 anos de idade (%)		
	Altura para idade	Peso para idade	Peso para altura
Região Nordeste			
Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF 1974-1975	47,8	27,0	...
Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN 1989	27,3	12,8	2,4
Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS 1996	17,9	8,3	2,8
Municípios do Semi-Árido			
Chamada Nutricional 2005	6,6	5,6	2,8

Fonte: Monteiro, C. A.; Conde, W. L.; Konno, S. C. Análise do inquérito chamada nutricional 2005. In: Chamada nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006. p. 33, tabela adaptada. (Cadernos de estudos desenvolvimento social em debate, n. 4). Disponível em: <<http://acervodigital.mds.gov.br/xmlui/handle/123456789/191>>. Acesso em: set. 2016.

Nota: O ENDEF 1974-1975 foi realizado pelo IBGE; a PNSN 1989, pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN com a colaboração do Instituto de Planejamento de Gestão Governamental - IPLAN e do IBGE; a PNDS 1996, pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM; e a Chamada Nutricional 2005, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome com o apoio do Ministério da Saúde.

A análise da pesquisa por Monteiro, Conde e Konno (2006) identificou, ainda, como efeito positivo dos programas de transferência de renda, que as crianças beneficiárias, de 6 a 11 meses de idade, se não fossem atendidas, teriam 62,1% a mais de risco de apresentar desnutrição crônica. Efeitos mais modestos foram observados naquelas com idades mais elevadas: entre crianças de 12 a 35 meses de idade, redução de 28,3%; entre crianças na faixa de 36 a 59 meses de idade, redução de 25,7% – ou seja, embora esses programas venham apresentando impactos altamente positivos nas condições e melhorias gerais de saúde das mulheres e, em especial, dos grupos infantis, há que se ficar atento para os efeitos de possíveis dificuldades econômicas do País, que podem se tornar um obstáculo ao acesso universal à saúde e demais serviços sociais pelos segmentos populacionais mais carentes.

Por fim, do ponto de vista da dinâmica demográfica, o período após 1975 é considerado como aquele em que ocorreram as mais profundas rupturas com a dinâmica anterior, sobretudo na área da reprodução feminina: começaram a declinar, de forma acentuada, os níveis de fecundidade da mulher brasileira, primeiramente, nas regiões mais desenvolvidas do Centro-Sul e, na década de 1980, inserindo, nesse processo, as Regiões Nordeste e Norte.

Cabe destacar, também, o importante papel dos métodos anticoncepcionais na redução dos níveis de fecundidade das mulheres em idade fértil, conforme será visto na próxima seção, tomando por base pesquisas sobre anticoncepção realizadas no País nas décadas de 1980 e 1990.

Aspectos relacionados à anticoncepção

As análises até aqui efetuadas assumem, por princípio, que o País passou, e continua passando, por uma transição demográfica e de fecundidade bastante profunda e rápida, decorrente do conjunto de fatores anteriormente expostos, dentre eles a anticoncepção.

Com base nos resultados das pesquisas sobre anticoncepção realizadas no Brasil naquele período²¹, chega-se à conclusão de que o País ostentava uma das mais elevadas prevalências de anticoncepção entre os países em desenvolvimento. Embora os governos brasileiros nunca tivessem assumido, oficialmente, políticas de planejamento familiar com objetivos explícitos de controle da reprodução, tais políticas já estavam, de certo modo, inseridas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, do Ministério da Saúde, como uma das vertentes da Atenção Básica.

No início da década de 1990, na prática, havia grandes dificuldades na implantação do PAISM. Eram raras as Secretarias Estaduais de Saúde que atendiam a demandas relacionadas ao planejamento familiar. Na Região Nordeste, todavia, várias dessas Secretarias recebiam apoio da BEMFAM²² por meio de convênios de cooperação técnica, permitindo a efetividade do serviço apesar da limitação de recursos desta e de outras instituições privadas envolvidas com o planejamento familiar. Em decorrência, muitas vezes, a iniciativa de usar métodos anticoncepcionais partia das próprias mulheres interessadas, nem sempre sob orientação médica, buscando informações em farmácias ou, inclusive, assumindo atitudes mais drásticas, como tomar a decisão pela esterilização durante um parto por cesariana.

A comparação dos resultados das pesquisas realizadas pela BEMFAM em três momentos (1986, 1991 e 1996) mostrou, por exemplo, que a esterilização foi o método predominante na Região Nordeste, entre as mulheres casadas ou unidas, conforme exibido na Tabela 5.

²¹ Trata-se do Suplemento de Anticoncepção da PNAD 1986, realizada pelo IBGE, bem como de pesquisas realizadas pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM (Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF 1986, Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste - PSFN 1991 e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS 1996).

²² Organização não governamental brasileira que, há mais de 40 anos, realiza ações voltadas para o desenvolvimento social local, contando com profissionais capacitados e especializados. Baseia-se na defesa de direitos e na promoção da educação e da assistência em saúde, especialmente saúde sexual e reprodutiva, em cooperação com o Estado e com a sociedade civil organizada, permitindo amplo acesso à população.

Tabela 5 - Distribuição percentual das mulheres casadas ou unidas, segundo o uso de anticonceptivos - Região Nordeste - 1986/1996

Uso de anticonceptivos	Distribuição percentual das mulheres casadas ou unidas (%)		
	1986	1991	1996
Total	100,0	100,0	100,0
Uso total	52,9	60,7	68,2
Esterilização	24,6	37,1	43,9
Pílula	17,3	14,7	12,7
Outros métodos modernos	2,3	3,0	6,3
Métodos naturais	8,8	5,9	5,4
Não uso	47,1	39,3	31,8

Fonte: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar 1986, Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste 1991 e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.

Como se pode notar na Tabela 5, a prevalência total de anticoncepção na Região Nordeste teve um incremento muito forte entre 1986 e 1996. Em 10 anos, a proporção de mulheres nordestinas casadas e das que viviam em união, usando métodos anticonceptivos, passou de 52,9% para 68,2% (incremento de 28,9%); a proporção das que optaram pela esterilização subiu de 24,6% para 43,9% (incremento de 78,5%); e das usuárias de pílulas declinou de 17,3% para 12,7% (redução de 26,6%). Interessante observar que a proporção de mulheres nordestinas não usuárias de métodos anticonceptivos declinou de 47,1% para 31,8%.

É conveniente chamar a atenção para o fato de que a esterilização com fins contraceptivos, realizada em unidades hospitalares públicas, só foi legalizada no Brasil no final da década de 1990, sendo aceita, até então, somente em casos de gravidez de risco e com indicação médica. Tais restrições, contudo, não eram empecilhos à realização desses procedimentos nas unidades públicas. Na realidade, de acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC do Ministério da Saúde, as estatísticas sobre partos ocorridos na rede hospitalar apontam uma proporção muito elevada de cesarianas no Brasil como um todo, atingindo 37,8%, em 2000, e passando para 52,3%, em 2010, ou seja, um incremento de 38,4% (Tabela 6), elevando as possibilidades de aumento do número de esterilizações durante a década.

Ao desagregar as informações em nível regional, constata-se que, em 2000, as regiões do Centro-Sul do País apresentavam as maiores proporções de partos cesarianos, superiores a 40%, passando para cerca de 58%, em 2010. Nas Regiões Norte e Nordeste, esses valores, que eram pouco superiores a 25% em 2000, exibiram também aumentos significativos na década, alcançando patamares superiores a 40% em 2010. Cabe destacar que essas duas regiões apresentaram crescimentos relativos de 52,6% e 73,7%, respectivamente, de cesarianas nesse período (Tabela 6).

É importante enfatizar que, apesar de não existirem programas específicos estimulando a esterilização, a elevada proporção de mulheres que teriam voluntariamente optado por esse procedimento, como método de controle da fecundidade, não deixa de ser surpreendente.

Tabela 6 - Distribuição percentual dos nascidos vivos por cesarianas, segundo as Grandes Regiões - 2000/2010

Grandes Regiões	Distribuição percentual dos nascidos vivos por cesarianas (%)		Variação no período (%)
	2000	2010	
Brasil	37,8	52,3	38,4
Norte	27,4	41,8	52,6
Nordeste	25,5	44,3	73,7
Sudeste	46,3	58,2	25,7
Sul	42,1	58,1	38,0
Centro-Oeste	43,4	57,4	32,3

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Uma pesquisa mais detalhada sobre o tema, entretanto, nos permite verificar que o Ministério da Saúde havia estabelecido regras para a efetivação de esterilizações cirúrgicas no SUS por meio da Portaria n. 144, de 20.11.1997, regulamentando os parágrafos correspondentes à esterilização previstos na Lei n. 9.263, de 12.01.1996. De acordo com Carvalho (2007), contudo, alguns obstáculos foram observados no cumprimento da lei, tais como: falta de insumos adequados para o oferecimento de todos os métodos contraceptivos, clientelismo eleitoral, além da resistência de uma parcela dos profissionais de saúde em aceitarem os critérios estabelecidos pela lei, especialmente quanto à idade mínima, considerada muito jovem, ensejando maior possibilidade de arrependimento. A lei, todavia, passou a ser considerada um avanço do ponto de vista dos direitos reprodutivos quando da sua regulamentação, garantindo aos cidadãos o direito de controle da reprodução de forma mais segura, com o apoio do Estado por meio do SUS.

Após a regulamentação da realização da esterilização cirúrgica, houve um grande aumento do número de registros de laqueaduras e vasectomias realizadas, inclusive na rede pública hospitalar. Para um melhor entendimento da importância da anticoncepção como um dos fatores determinantes dos baixos níveis de fecundidade no Brasil, detalham-se, a seguir, alguns dos principais resultados derivados da última pesquisa realizada pela BEMFAM sobre o tema, a PNDS 1996.

De acordo com a pesquisa, as práticas anticoncepcionais eram do conhecimento da maioria das mulheres entrevistadas, e cerca de 76,7% dos homens e mulheres que viviam em união usavam algum método anticonceptivo. Destes, nove em cada 10 utilizavam métodos modernos – pílula contracepcional, vasectomia, dispositivo intrauterino (DIU), anel vaginal, esterilização feminina, preservativos etc.; 40,1% das mulheres unidas estavam esterilizadas, e 20,7% utilizavam pílulas (Gráfico 3 e Tabela 7). A pílula, conforme já visto, vinha perdendo terreno para a esterilização feminina como principal opção no controle da reprodução. Se, antes de 1996, havia certa heterogeneidade no uso de métodos anticoncepcionais, essas diferenças deixaram de existir quando se analisam as informações dessa última investigação. Segundo os dados da PNDS 1996, os percentuais de uso de anticoncepcionais variavam de 68,2%, na Região Nordeste, até 84,5%, na Região Centro-Oeste (Tabela 7).

A esterilização era a opção predominante entre as mulheres que utilizavam algum método moderno. Preferência similar prevalecia, também, na Região Norte, enquanto nas demais Grandes Regiões e Unidades da Federação, como Rio de Janeiro e São Paulo, a esterilização apresentava menores proporções. Na Região Sul, havia prevalência majoritária da pílula (34,1% contra 29,0% de mulheres esterilizadas).

Apesar de a prevalência de mulheres usando métodos anticoncepcionais ser mais elevada na área urbana (78,7%), também não deixava de ser significativa na área rural (69,2%). Em ambas as áreas, a esterilização prevalecia (40,6% na área urbana e 38,0% na rural). As maiores diferenças entre as duas situações referem-se ao quantitativo de mulheres que não utilizavam nenhum método de controle, cuja proporção era mais elevada na área rural (30,8%) do que na urbana (21,3%) (Gráfico 3 e Tabela 7).

**Tabela 7 - Distribuição percentual das mulheres unidas, por uso de anticoncepcionais, segundo características selecionadas
Brasil - 1996**

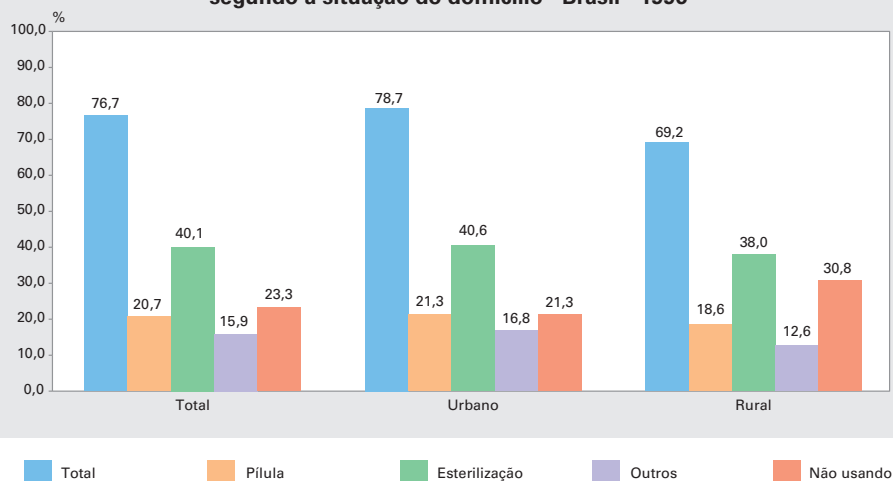
Características selecionadas	Distribuição percentual das mulheres unidas (%)				
	Total	Uso de anticoncepcionais			Não usando
		Pílula	Esterilização	Outros	
Total	76,7	20,7	40,1	15,9	23,3
Situação do domicílio					
Urbano	78,7	21,3	40,6	16,8	21,3
Rural	69,2	18,6	38,0	12,6	30,8
Grandes Regiões					
Norte	72,3	11,1	51,3	9,9	27,7
Nordeste	68,2	12,7	43,9	11,6	31,8
Sudeste					
Minas Gerais e Espírito Santo	77,8	21,8	38,8	17,2	22,2
Rio de Janeiro	83,0	22,5	46,3	14,2	17,0
São Paulo	78,8	21,4	33,6	23,8	21,2
Sul	80,3	34,1	29,0	17,2	19,7
Centro-Oeste	84,5	16,1	59,5	8,9	15,5
Anos de estudo					
Nenhum	64,1	7,2	45,7	11,2	35,9
1 a 3 anos	69,2	14,1	44,9	10,2	30,8
4 anos	75,0	20,9	40,4	13,7	25,0
5 a 8 anos	80,1	27,3	36,9	15,9	19,9
9 a 11 anos	83,1	23,0	38,8	21,3	16,9
12 anos e mais	85,7	19,4	35,7	30,6	14,3
Filhos vivos					
Nenhum	37,7	22,9	0,8	14,0	62,3
1 filho	71,8	41,4	6,4	24,0	28,2
2 filhos	82,9	21,8	42,6	18,5	17,1
3 filhos	87,8	10,0	66,4	11,4	12,2
4 filhos ou mais	77,3	8,8	58,9	9,6	22,7
Grupos de idade					
De 15 a 19 anos	54,1	36,1	0,4	17,6	45,9
De 20 a 24 anos	66,0	39,5	11,4	15,1	34,0
De 25 a 29 anos	77,6	32,9	26,9	17,8	22,4
De 30 a 34 anos	84,3	23,2	42,7	18,4	15,7
De 35 a 39 anos	83,2	12,4	55,1	15,7	16,8
De 40 a 44 anos	79,1	7,8	58,3	13,0	20,9
De 45 a 49 anos	68,6	3,8	51,5	13,3	31,4

Fonte: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.

O uso de métodos anticoncepcionais perpassava todos os grupos etários de mulheres em idade fértil, elevando-se com o avanço da idade. A proporção era de 54,1% no grupo

de 15 a 19 anos e de 84,3% no grupo de 30 a 34 anos, reduzindo-se em seguida. O uso da pílula predominava até as idades de 25 a 29 anos, enquanto a esterilização prevalecia nas idades posteriores, com valores superiores a 50% no grupo acima de 35 anos. É necessário chamar a atenção que, nas idades mais jovens (15 a 19 anos), já se encontravam mulheres esterilizadas, apesar da baixa magnitude dos valores (0,4%); no grupo de 25 a 29 anos, essa proporção já era significativa (26,9%) (Gráfico 4 e Tabela 7).

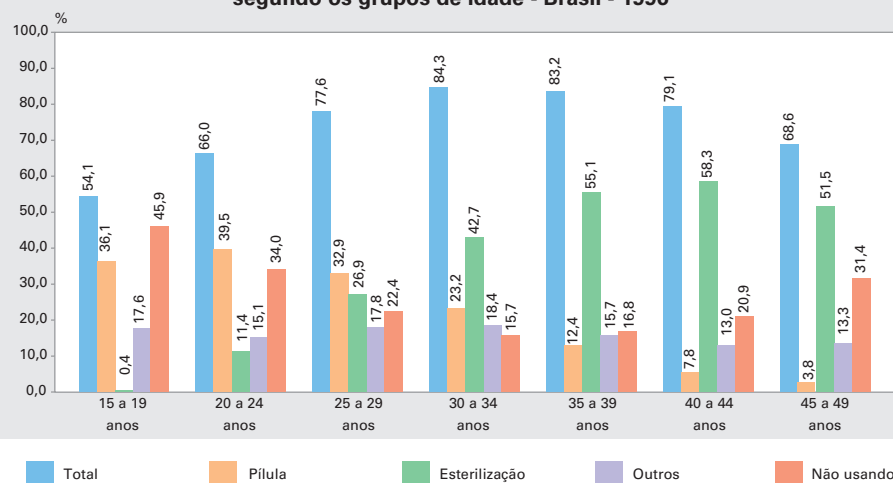
Gráfico 3 - Distribuição percentual das mulheres unidas, por uso de anticoncepcionais, segundo a situação do domicílio - Brasil - 1996



Fonte: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BENFAM, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.

Outra variável importante a ser levada em consideração, na questão da anti-concepção, é o nível de escolaridade das mulheres, utilizada como uma *proxy* da condição social da mulher.

Gráfico 4 - Distribuição percentual das mulheres unidas, por uso de anticoncepcionais, segundo os grupos de idade - Brasil - 1996

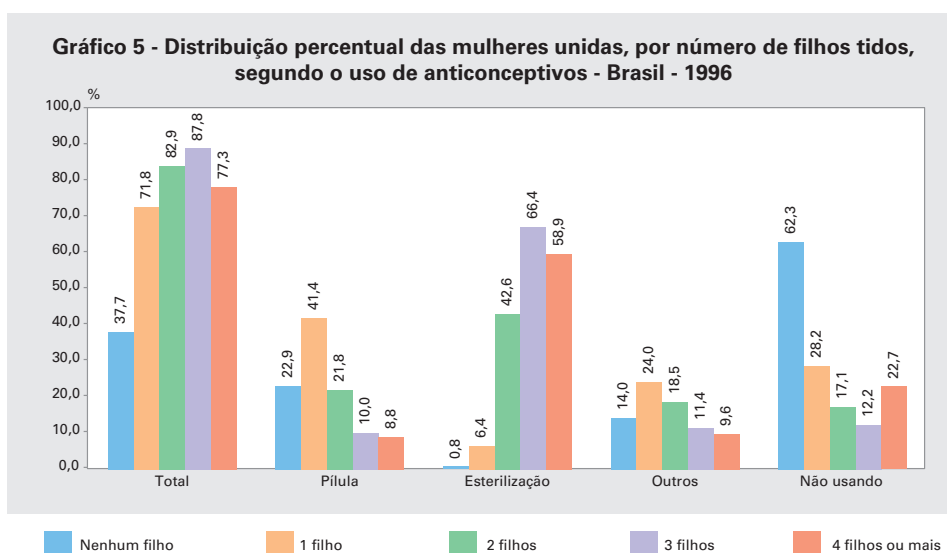


Fonte: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BENFAM, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.

Observa-se que a prática do uso de métodos anticonceptivos, apesar dos diferenciais, é comum a mulheres de todos os níveis educacionais. Entre as menos instruídas, as proporções de usuárias variavam entre 60% e 70%, elevando-se nos estratos de mulheres de mais elevada instrução, cujos valores superavam 85% (Tabela 7).

Ainda de acordo com os dados da Tabela 7, chama a atenção a relação inversa entre a condição de escolaridade e o tipo de método utilizado. Enquanto a pílula era mais usada pelas mulheres de instrução mais elevada, a esterilização predominava entre aquelas sem instrução ou com até 3 anos de escolaridade (45% em média). Nesses grupos específicos, ainda existia um contingente relativamente significativo de mulheres unidas que não usavam nenhum tipo de método (33% em média). Isso decorria da dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde em áreas do interior do País e da indisponibilidade de métodos anticonceptivos a serem distribuídos. Essas, também, são razões para a elevada incidência de esterilização nesses grupos.

Dentre as mulheres que decidiram se esterilizar com apenas 1 filho, 47,2% o fizeram durante o parto cesáreo, entretanto, a maior proporção de esterilizações em mulheres ocorreu quando elas já tinham o segundo ou o terceiro filho (65% em média), sendo efetuadas, também, durante o parto cesáreo (Gráfico 5 e Tabela 8).



Fonte: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.

O perfil das mulheres que decidiram se esterilizar não se altera muito por idade. Nota-se, contudo, em nível regional, grande variação, destacando-se os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro com os maiores percentuais de mulheres esterilizadas por ocasião do último filho nascido vivo (74,4% e 71,9%, respectivamente). Regiões menos desenvolvidas apresentavam proporções menores de esterilizações durante o parto cesáreo, sendo que, no Nordeste, essa proporção era de 43,2%. Vale salientar, ainda, para esta Grande Região, a proporção de esterilizações realizadas em outra ocasião (37,8%), ou seja, após o parto (Tabela 8).

Maior diferenciação ainda existe segundo o nível de instrução. Ou seja, quanto mais instruída era a mulher, mais frequente a esterilização no parto cesáreo, chegando a 81,5% entre as mulheres com 12 anos ou mais de estudo (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição percentual das mulheres esterilizadas, por ocasião da esterilização, segundo características selecionadas
Brasil - 1996

Características selecionadas	Distribuição percentual das mulheres esterilizadas (%)			
	Total	Ocasião da esterilização		
		Parto cesáreo do último filho	Após o parto normal do último filho	Em outra ocasião
Total	100,0	58,8	15,1	25,9
Situação do domicílio				
Urbano	100,0	61,8	13,8	24,3
Rural	100,0	45,6	21,4	33,1
Grandes Regiões				
Norte	100,0	55,1	25,2	19,8
Nordeste	100,0	43,2	18,8	37,8
Sudeste				
Minas Gerais e Espírito Santo	100,0	67,6	14,7	17,7
Rio de Janeiro	100,0	71,9	8,3	19,4
São Paulo	100,0	74,4	8,8	16,9
Sul	100,0	54,7	15,2	30,0
Centro-Oeste	100,0	58,0	17,9	24,1
Anos de estudo				
Nenhum	100,0	42,5	22,0	35,5
1 a 3 anos	100,0	46,2	20,2	33,3
4 anos	100,0	56,3	16,9	26,7
5 a 8 anos	100,0	63,8	11,6	24,5
9 a 11 anos	100,0	70,4	12,1	17,4
12 anos e mais	100,0	81,5	6,1	12,4
Filhos vivos				
Nenhum	*	*	*	*
1 filho	100,0	47,2	6,0	46,7
2 filhos	100,0	64,7	7,8	27,5
3 filhos	100,0	65,2	14,9	19,8
4 filhos ou mais	100,0	47,0	23,8	28,9
Grupos de idade				
De 15 a 19 anos	*	*	*	*
De 20 a 24 anos	100,0	53,8	10,2	36,0
De 25 a 29 anos	100,0	57,2	18,3	24,4
De 30 a 34 anos	100,0	59,7	15,9	24,3
De 35 a 39 anos	100,0	58,4	16,1	25,5
De 40 a 44 anos	100,0	61,4	13,1	25,5
De 45 a 49 anos	100,0	57,1	14,4	28,1

Fonte: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996.

Complementando esse quadro geral, destacam-se, a seguir, outros temas que constam nos relatórios finais da PNDS em suas edições realizadas em 1996 e 2006²³.

Com base nos resultados da PNDS 1996, observa-se que, em relação às perspectivas de uso futuro de métodos anticoncepcionais, cerca de 44% das mulheres não usuárias elegeriam a esterilização como opção a longo prazo. A pílula registrou, aproximadamente, 24%, enquanto a abstinência periódica, 9%.

No que se refere ao desejo futuro de vir a ter ou não filhos, cerca de 80% das mulheres unidas afirmaram não desejar ter mais filhos. Entre as que reportaram desejo por um único filho (cerca de 20%), mais da metade esperava tê-lo em um prazo superior a dois anos. Duas em cada três mulheres sem filhos desejavam ter filhos, e, entre as mulheres com um filho, a proporção era de uma em cada duas mulheres. Para as mulheres com dois filhos, uma em cada 10 desejava ter mais filhos.

O número ideal de filhos declarado pelas mulheres unidas (2,5) foi ligeiramente superior ao reproduzido pelo total das mulheres (2,3). Cerca de metade das mulheres reportou preferência por uma família de dois filhos.

Do total de nascimentos nos últimos cinco anos, mais de 50% foram planejados, 22% não foram desejados, e 26% foram desejados pelas mulheres, mas elas os queriam mais tarde.

A PNDS 2006, a despeito de algumas diferenças em relação à PNDS 1996, reforça alguns resultados exibidos anteriormente.

O percentual de mulheres unidas e não unidas sexualmente ativas era elevado, alcançando mais de 80% entre as primeiras. Após a divulgação dos resultados, a análise realizada pela demógrafa Suzana Cavenaghi, que coordenou o trabalho de campo da pesquisa, destacava que

[...] praticamente todas as entrevistadas que regulam a fecundidade utilizam métodos anticoncepcionais modernos: 29% das mulheres atualmente unidas estão esterilizadas, 21% utilizam pílulas, 6% recorrem à camisinha masculina, 5% têm o companheiro vasectomizado e apenas 3% usam métodos tradicionais. Esta distribuição dos métodos representa uma notável mudança em relação à situação revelada pela PNDS 1996, quando a prevalência da esterilização feminina era de 40%, a esterilização masculina menos de 3%, o uso da camisinha masculina de apenas 4%. Interessante salientar o fato de 26% das mulheres não unidas se valem da camisinha masculina para sua prática anticoncepcional. Assim, persiste no País a tendência de crescimento da prevalência anticoncepcional pela expansão do uso de métodos modernos, mas verifica-se uma mudança importante no *mix* dos mesmos, especialmente pela *perda da importância da esterilização feminina* (CAVENAGHI, 2008).

Ainda de acordo com a pesquisa, constata-se que o padrão de prevalência total do uso de métodos reproduzia, em grande medida, o padrão exibido pelos dados referentes à experiência passada de prática anticoncepcional. “A prevalência por grupo de idade, entre as mulheres unidas, configura uma curva convexa que atinge seu ponto máximo aos 40-44 anos, em grande medida devido à esterilização feminina” (CAVENAGHI, 2008). O comportamento etário no grupo das mulheres sexualmente

²³ A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS 1996 foi realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM, no contexto da Fase 3 do Programa Mundial de Pesquisas sobre Demografia e Saúde, conhecido como Projeto Measure DHS (Demographic and Health Surveys). Sua edição seguinte, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006, foi financiada pelo Ministério da Saúde e coordenada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP, em articulação com instituições parceiras da Universidade de São Paulo - USP e da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Contou, ainda, com a participação de pesquisadores especialistas nos campos temáticos de estudo, tendo o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística - IBOPE como executor do trabalho de campo. A PNDS 2006 se insere na Fase 5 do Projeto Measure DHS.

ativas não unidas era um pouco mais jovem, e o *mix* de métodos menos concentrado, com maior presença da pílula e de camisinhas.

Em decorrência desse agregado de informações apresentadas, pode-se inferir a importância da anticoncepção como um dos fatores fundamentais no processo de queda da fecundidade no Brasil, verificada no transcorrer das décadas mais recentes, bem como as perspectivas de sua não reversão, tendo em vista que as opções futuras por um menor número de filhos estão implícitas nas respostas das mulheres quanto à questão.

Nos capítulos que se seguem, serão apresentados os efeitos de todo esse conjunto de transformações, de cunho econômico, social e político, que, agregadas a programas específicos, de cunho mais social e de saúde pública, induziram a outras transformações profundas, não só na adoção de novas posturas, por parte dos distintos segmentos populacionais frente ao comportamento reprodutivo, como também na melhoria das condições de sua sobrevivência e nas intensas consequências nos novos padrões etários da população.

Impactos da fecundidade e da mortalidade sobre a dinâmica da população

Natalidade e mortalidade

No capítulo anterior, foram elencados os principais processos de transformação social, econômica e nas políticas públicas e de saúde, teoricamente voltados para atender às demandas da população brasileira frente a um quadro de profunda alteração demográfica.

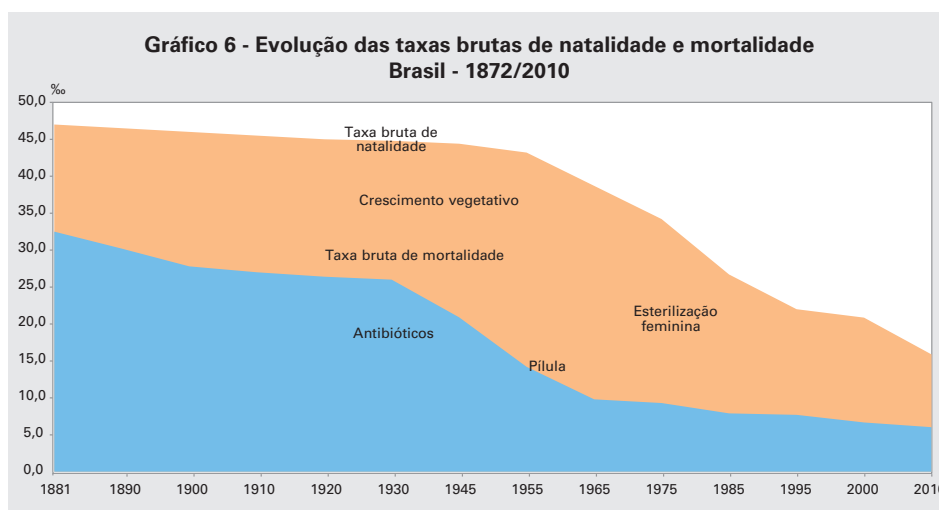
Para melhor entendimento da dimensão desse processos, será detalhado, inicialmente, o impacto do conjunto dessas políticas sobre a evolução das principais componentes relacionadas à dinâmica demográfica do País, ou seja, a natalidade e a mortalidade. A seguir, efetua-se uma síntese dos efeitos das principais políticas públicas e sociais, implementadas no decorrer das últimas décadas e debatidas no capítulo anterior, sobre os principais indicadores demográficos, levando em consideração a desagregação regional.

Conforme assinalado no capítulo anterior, o padrão demográfico brasileiro, até meados do século passado, revelava um comportamento relativamente estável, tendo as mudanças ocorrido em função de lentos declínios da mortalidade e períodos de elevação cíclica da imigração estrangeira. Desde o Século XIX, tanto os níveis de fecundidade como os de mortalidade mantinham-se, com pequenas oscilações, em patamares elevados; a mortalidade começou a apresentar leves e graduais declínios já a partir do final do século, enquanto a fecundidade experimentava declínios ainda menos significativos, em algumas regiões específicas, a partir do início do Século XX. Os elevados valores da taxa bruta de natalidade (TBN), que oscilavam entre 45 e 50 nascimentos por mil habitantes, e da taxa de fecundidade total, que variavam entre 7 e 9 filhos, em média, por mulher, refletiam a prevalência de uma concepção de família numerosa, típica de sociedades agrárias e precariamente urbanizadas e industrializadas.

As grandes transformações no padrão demográfico brasileiro começaram a ocorrer, inicialmente de forma tímida, a partir dos anos 1940, quando se nota um consistente declínio dos níveis gerais de mortalidade (Gráfico 6). Em duas décadas, a taxa bruta de mortalidade (TBM) recuou de um patamar de 21 para 10 óbitos por mil habitantes.

Embora não estejam esclarecidas por completo as causas que levaram à redução da mortalidade, cabe mencionar, dentre elas, o impulso dado ao sistema de saúde pública, à previdência social, à infraestrutura urbana, e à regulamentação do trabalho nas principais regiões do País a partir dos anos 1930. Esses fatores institucionais, aliados aos avanços da indústria farmoquímica, concorreram para o controle e a redução de várias doenças, principalmente as infectocontagiosas e pulmonares, que até então tinham forte incidência, com altos níveis de mortalidade.

A partir do cálculo das taxas de natalidade e mortalidade (Gráfico 6), fica evidente a queda ocorrida na taxa de crescimento demográfico²⁴, já analisada no capítulo anterior. Pode-se observar que a mortalidade registrou declínio consistente a partir de meados da década de 1950, sendo estável nos períodos anteriores, com leves declínios no início do Século XX. O papel dos antibióticos foi fundamental nesse processo de queda, atuando, em um primeiro momento, principalmente na redução da mortalidade adulta, estendendo-se, depois, aos grupos etários infantis e infantojuvenis.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1872/2010 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

Importante destacar que a queda observada na mortalidade não foi concomitante ao declínio da natalidade, ou seja, o auge do crescimento demográfico brasileiro, em termos relativos, foi a década de 1950, quando a diferença entre a natalidade e a mortalidade foi mais elevada. Nesse período, o País cresceu, em termos demográficos, cerca de 3% ao ano. Estimativas derivadas do Censo Demográfico 1991 indicam que, na década anterior, intensificou-se o declínio dos níveis de natalidade, cuja taxa bruta era de 26,7 nascimentos por mil habitantes. Estimativas mais recentes apontam um valor de 20,9 nascimentos por mil habitantes para o ano 2000, caindo para

²⁴ Em termos conceituais, o crescimento demográfico é resultante da diferença entre nascimentos e óbitos, mais os efeitos líquidos dos saldos migratórios.

15,9 nascimentos por mil nascimentos em 2010. Em paralelo, a taxa bruta de mortalidade por mil habitantes decaiu de forma mais lenta nas últimas décadas, visto seu patamar já relativamente baixo, oscilando apenas em função de comportamentos específicos por idade (redução da mortalidade infantil e infantojuvenil, novo perfil epidemiológico, aumento da mortalidade por causas externas etc.). Estimativas calculadas pelo IBGE em 2013 apontam para uma taxa bruta de mortalidade em torno de 6 óbitos por mil habitantes em 2010 (PROJEÇÃO..., 2013b).

Sempre é bom recordar as discussões havidas durante a década de 1970, quando se inicia o processo de queda da fecundidade no País, refletindo um período de preocupação, por parte de alguns segmentos sociais, quanto aos possíveis efeitos da alta taxa de crescimento populacional, então existente, vista como um obstáculo ao desenvolvimento econômico²⁵. Os diagnósticos e recomendações apresentavam forte conteúdo político-ideológico, tanto por parte daqueles que viam no crescimento populacional um aspecto positivo para o progresso das nações em processo de desenvolvimento, por meio da criação de um mercado interno forte e da ocupação de áreas de baixa densidade populacional, como daqueles chamados antinatalistas, que se inspiravam frequentemente em teses neomalthusianas.

Ao final dos anos 1960, e principalmente durante a década de 1970, conforme discutido no capítulo anterior, as transformações em curso na sociedade brasileira levaram a importantes transformações no comportamento reprodutivo. Dentre essas transformações, destacam-se: os fortes deslocamentos migratórios do campo para a cidade, levando à intensificação e à diversificação da urbanização; os avanços do processo de assalariamento da economia brasileira, com o engajamento crescente da mulher no mercado de trabalho urbano; e a disseminação de um modelo econômico voltado para o consumo de bens duráveis, em íntima associação com a generalização das relações de mercado e a elevação dos custos de reprodução familiar e social.

Nas últimas três décadas, a consolidação da estrutura urbana no País, após intensos fluxos migratórios de natureza rural-urbana e de pequenos núcleos urbanos para os centros maiores, induziu a que mais de 84% da população passasse a viver em áreas urbanas, conforme mostra o Gráfico 2. Nesse sentido, a ocorrência de um processo intenso de urbanização observado no País foi, sem dúvida, um importante fator de assimilação de valores e comportamentos racionalizadores, do ponto de vista da adequação de novos padrões familiares às transformações sociais e econômicas. Concomitantemente, os movimentos migratórios correlatos, ao deslocarem milhões de pessoas de áreas tradicionais e inserí-las em áreas de intensa dinâmica social e econômica, contribuíram para a generalização desses novos valores.

Fundamental também salientar que, nesse processo, teve também papel destacado a produção industrial de meios anticonceptivos e sua aceitação por expressivo contingente de casais interessados na autorregulação de sua fecundidade, conforme apontam informações investigadas pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM (Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF 1986 e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS 1996) e pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - CEBRAP (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006). De acordo com essas pesquisas, observou-se, no decorrer das duas décadas, uma intensificação do núme-

²⁵ Discursos alarmistas, formulados por alguns segmentos dos chamados países desenvolvidos, alertavam para o risco de uma explosão demográfica em áreas de países pobres.

ro de mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais em todo País e, sobretudo, a constatação de uma elevada incidência de esterilizações no período considerado, particularmente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a tal ponto que essa opção representava quase o quádruplo do número de mulheres usuárias de pílulas nas regiões mencionadas, conforme é analisado no capítulo anterior.

Ainda de acordo com essas pesquisas, a disseminação da esterilização no Brasil, embora tenha relação com a urbanização, alcançou também populações residentes em áreas rurais, e com uma diferença: nas regiões que entraram mais tarde na transição, o serviço foi oferecido praticamente sem ônus financeiro, em especial para os setores sociais mais empobrecidos. A título de ilustração, cabe destacar que no Brasil, de acordo com os dados na PNDS 1996, 71,0% das esterilizações foram efetuadas em hospitais públicos e conveniados do Sistema Único de Saúde - SUS.

A acentuada queda da fecundidade que vem se observando desde meados da década de 1980 coincide com o início de uma etapa em que a economia estava a ingressar em recessão, permanecendo nessa situação durante toda a década, e com baixo crescimento econômico na década seguinte. Portanto, a ideia determinista de que o desenvolvimento socioeconômico levaria, por si só, à queda da fecundidade tem de ser relativizada.

Também exerceram impactos sobre as mudanças nos padrões reprodutivos no Brasil, segundo alguns autores, como Faria e Potter (1992), as mudanças institucionais que alteraram o modo de pensar e agir dos indivíduos – o crédito ao consumidor, os meios de comunicação de massa, a ideia da aposentadoria na velhice, o racionalismo embutido na monetarização das relações sociais, são algumas dimensões capazes de alterar o papel dos filhos e as expectativas familiares em relação a estes.

Na situação brasileira, muitos desses elementos ocorreram em ocasiões de estagnação econômica e serviram como formas compensatórias – ampliação dos serviços de saúde, aposentadoria nas áreas rurais do País e utilização do crédito ao consumidor –, constituindo recursos disponibilizados às classes sociais mais carentes para facilitar seu acesso a bens que, de outro modo, não poderiam ser obtidos. Face a tais possibilidades, é provável que tenham optado, e continuem optando, por serviços e bens de consumo e não por terem mais filhos.

É necessário igualmente chamar a atenção para o fato de que, dada a diversidade de níveis de desenvolvimento econômico e social das várias partes do território brasileiro, a transição demográfica tem sido diferenciada quando se considera cada uma das Grandes Regiões. Da mesma forma, as mudanças de comportamento reprodutivo tiveram impacto excepcional, não só sobre o ritmo de crescimento geral da população, mas também sobre a distribuição e o crescimento de diversos grupos de idade, refletindo-se em alterações na estrutura etária.

Embora o País já estivesse vivenciando, de forma intensa, todas essas mudanças de comportamento, e o debate sobre tal assunto evoluindo em quantidade e qualidade, notava-se que segmentos importantes da sociedade ainda permaneciam presos a um quadro de referência ideológico, sedimentado na ideia de que o País continuaria experimentando etapas de processos anteriormente denominados como de explosão demográfica²⁶. Nesses casos, não era raro deparar-se com planejamentos governa-

²⁶ É muito comum encontrar comentários de leitores, e até artigos veiculados pela mídia, apontando como causa do aumento da violência observada no País, no decorrer das últimas duas décadas, a não existência de planejamento familiar. Problemas de cunho social e econômico, na maioria dos casos, deixam de ser focalizados.

mentais, em diversas instâncias, destinados à expansão da rede ou da capacidade instalada em serviços específicos, a partir de projeções ou hipóteses de crescimento que não estavam fundamentadas na nova realidade demográfica.

Ignorava-se, por um lado, o ciclo de redução da mortalidade infantil iniciado em meados da década de 1980 e, por outro, o aumento da longevidade da população brasileira, que tem como reflexo imediato uma elevação no número de pessoas idosas. Nesses dois aspectos, a componente mortalidade deve ser levada em consideração, tanto em relação a metas de política educacional (matrículas e escolarização para uma proporção maior de crianças sobreviventes)²⁷, como no que diz respeito a políticas de saúde e previdência social, uma vez que o incremento da esperança de vida demanda novas ações específicas, sobretudo para os mais idosos. Ignorar a evolução e as contradições do processo de mudanças demográficas constitui uma grave lacuna na capacidade de reflexão sobre as condições de vida e reprodução da população brasileira, em especial de seus contingentes mais pobres. Além disso, dificulta a utilização de instrumentais adequados para a formulação de políticas e dispêndios de recursos socialmente eficazes.

Sintetizando, a componente natalidade e os padrões correlatos de fecundidade são os principais agentes de mudanças no padrão demográfico brasileiro. O seu movimento de declínio é que explica a razão pela qual a taxa de crescimento demográfico registrado no Brasil é inferior, atualmente, a 1,2% ao ano, quando se comparam os resultados do Censo Demográfico 2000 e 2010 (Gráfico 1 e Tabela 3).

Esperança de vida ao nascer²⁸

Raros são os estudos realizados no Brasil que permitem avaliar os níveis de sobrevivência até o início do Século XX a partir do indicador esperança de vida ao nascer. Cabe destacar, no entanto, o estudo desenvolvido por Santos (1978), que, utilizando o modelo de populações estáveis, estimou a esperança de vida ao nascer da população brasileira para os anos de 1890, 1910, 1920 e 1930 (Tabela 9). De acordo com os resultados, conclui-se que, durante os anos assinalados, a população brasileira teve um aumento de aproximadamente 3 anos na sua sobrevivência (incremento de cerca de 8,0%), refletindo, portanto, uma elevada incidência de mortalidade que só começou a diminuir a partir dos anos 1940.

**Tabela 9 - Evolução da esperança de vida
Brasil - 1890/1930**

Anos	Evolução da esperança de vida (anos)	Anos	Evolução da esperança de vida (anos)
1890	33,65	1920	34,51
1910	34,08	1930	36,49

Fonte: SANTOS, J. L. F. Demografia: estimativas e projeções: medidas de fecundidade e mortalidade para o Brasil no Século XX... São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo: Fundação para Pesquisa Ambiental, 1978. 71 p. (Cadernos de estudo e pesquisa, 1).

²⁷ Este é um aspecto, no entanto, que deve ser relativizado, uma vez que a redução da mortalidade infantil é fator indutor do declínio da fecundidade, em nível da família: o aumento de crianças sobreviventes é simultâneo ao processo de redução do número de nascimentos.

²⁸ Conceitua-se esperança de vida ao nascer como o número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

A Tabela 10 exibe os valores desse indicador para o total do País e as Grandes Regiões, calculados pelo IBGE com base nos dados do Censo Demográfico 1940-2010, para os anos posteriores a meados da década de 1930. É indiscutível a melhoria nos níveis de sobrevivência da população brasileira durante o período, quando a esperança de vida passou de 41,5 anos para 45,5 anos entre 1930 e 1940. Entre 1935 e 1945, os ganhos foram de 4 anos, e de mais de 6 anos entre 1945 e 1955. Entre 1955 e 1965, porém, observou-se um crescimento menor, da ordem de 1,8 ano.

As diferenças já se refletiam também nos distintos níveis de sobrevivência entre as populações residentes nas Grandes Regiões: entre 1930 e 1940, o Nordeste apresentava a menor esperança de vida ao nascer, da ordem de 36,7 anos, enquanto este indicador era de 49,2 anos no Sul; 47,9 anos no Centro-Oeste; e 43,5 anos no Sudeste (Tabela 10). De certa forma, essas diferenças eram reflexo da prioridade dos investimentos econômicos orientados para as Regiões Sudeste e Sul do País, em detrimento da Região Nordeste, que, em decorrência, se transformou em área de expulsão populacional. Cabe também mencionar o impulso dado ao sistema de saúde pública, à previdência social, à infraestrutura urbana e à regulamentação do trabalho, principalmente nas Regiões Sudeste e Sul, com início a partir dos anos 1930.

Tabela 10 - Esperança de vida ao nascer, segundo as Grandes Regiões - 1930/2010

Grandes Regiões	Esperança de vida ao nascer (anos)							
	1930/1940	1940/1950	1950/1960	1960/1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	41,5	45,5	51,6	53,5	62,5	66,9	70,4	73,9
Norte	40,7	44,6	53,4	54,6	60,8	66,9	69,5	70,8
Nordeste	36,7	38,9	41,0	45,5	58,3	62,8	67,2	71,2
Sudeste	43,5	49,0	57,2	57,3	64,8	68,8	72,0	75,6
Sul	49,2	52,8	60,3	60,0	66,0	70,4	72,7	75,9
Centro-Oeste	47,9	51,1	56,7	58,9	62,9	68,6	71,8	73,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010.

Até meados da década de 1950, a esperança de vida ao nascer aumentou cerca de 10 anos no Brasil, porém, de forma menos acentuada na Região Nordeste, que teve um incremento de apenas 4,3 anos, enquanto no Centro-Sul os ganhos alcançaram 13,7 anos, a exemplo da Região Sudeste (Tabela 10). Os maiores ganhos, por certo, são decorrentes das ações anteriormente descritas.

De 1955 até o início da década de 1970, o processo de aumento da esperança de vida prosseguiu, contudo, de forma mais lenta, o que mostra a sensibilidade desse indicador a períodos de crises estruturais. Na ausência de políticas estruturadas e compensatórias voltadas para a melhoria e a preservação das condições de saúde da população, em particular, a infantil, os agravos econômicos refletem-se de maneira mais acentuada exatamente nos segmentos populacionais que se encontram mais fragilizados sob essa perspectiva. Observe-se que, nas Regiões Sudeste e Sul, a esperança de vida se manteve quase inalterada no período considerado, em torno de 57 anos e 60 anos, respectivamente. Durante esse período, melhoraram as condições de sobrevivência da população nordestina, que registrou incremento aproximado de 5 anos, mas mantendo, ainda, valores bem abaixo dos observados para aquelas regiões (Tabela 10).

O agravamento da crise econômica na década de 1965 a 1975 – decorrente das causas já enumeradas e, principalmente, dos ajustes na economia – refletiu-se, de forma acentuada, na sobrevivência da população, sobretudo a infantil. Nesse período, foram constatados os menores ganhos de redução da mortalidade, sendo as Regiões Sudeste e Sul as mais afetadas, justo por constituírem o núcleo hegemônico da economia nacional e, portanto, mais expostas aos efeitos das crises.

A estabilização dos indicadores demográficos teria se verificado, também, na esperança de vida ao nascer, não só no Brasil, mas também nos países latino-americanos em geral e em outras áreas não desenvolvidas. Gwatkin (1980), ao analisar as tendências da mortalidade nos países em desenvolvimento, encontrou, em seu estudo, fortes reduções na tendência do declínio da mortalidade, a partir de 1960, em quase todas as principais regiões do mundo, independentemente dos níveis de esperança de vida. Por certo, a diminuição no ritmo é normal à medida que a longevidade aumenta para as idades mais avançadas e se aproxima do limite biológico.

O aspecto mais impressionante da estabilização da esperança de vida, no entanto, em muitos países, é que ela ocorreu em um momento em que esse indicador ainda estava distante de um horizonte em níveis similares àqueles prevaletentes nos países desenvolvidos. É o caso de vários países da África e da Ásia e mesmo da América Latina. A esperança de vida na Argentina, por exemplo, uma das mais elevadas da América Latina, caiu de 66,4 anos, em 1960, para 65,6 anos, em torno de 1970. Na cidade de Buenos Aires, no mesmo período, a esperança de vida caiu de 68,2 anos para 66,2 anos, enquanto a mortalidade infantil aumentou em 25,0% (ACCINELLI; MÜLLER, 1980). No Sri Lanka, considerado até então um dos maiores sucessos de efetiva redução da mortalidade, os níveis de esperança de vida retrocederam entre 1967 e 1971, enquanto a mortalidade infantil aumentou de 43‰ para 48‰, em 1974 (GWATKIN, 1980).

A crise estrutural pela qual passava a sociedade brasileira naquele período, em suas dimensões econômica e institucional, foi, talvez, a principal causa da interrupção do processo de declínio da mortalidade. Cabe lembrar, ainda, que o grande êxodo rural e a pressão demográfica sobre os grandes centros urbanos foram muito marcantes durante a década e representaram uma pressão adicional sobre os serviços de infraestrutura e de atendimento público (SAÚDE..., 1998).

A partir de meados da década de 1970, contudo, retomou-se a tendência de queda da mortalidade, tanto a geral como a infantil, em todos os países da América Latina. No caso específico do Brasil, a retomada do processo de declínio da mortalidade esteve associada, no âmbito das políticas centralizadoras do Regime Militar, às ações representadas pela expansão da rede assistencial e à ampliação da infraestrutura de saneamento básico, sobretudo da rede de abastecimento d'água, que exerceu o principal papel na continuidade desse processo de declínio (VETTER; SIMÕES, 1981).

Em decorrência da ampliação da oferta dos serviços de saúde e de saneamento básico e do avanço da escolarização, observaram-se importantes reduções nas diferenças de mortalidade entre as Grandes Regiões brasileiras no decorrer dos anos. O Nordeste, por exemplo, apresentou os maiores aumentos de esperança de vida ao nascer no período de 1965 a 2010 (Tabela 10). A ampliação dos serviços de saneamento básico, em áreas até então excluídas, os programas de saúde materno-infantil, sobretudo aqueles voltados para pré-natal, parto e puerpério, a ampliação da oferta de serviços médico-hospitalares, as campanhas de vacinação, os programas

de aleitamento materno e re-hidratação oral, por exemplo, em muito colaboraram para a continuidade da redução dos níveis de mortalidade infantil e infantojuvenil, principalmente a partir dos anos 1980 (SAÚDE..., 1998)²⁹.

Esse conjunto de ações que atuaram no sentido de reduzir a mortalidade infantil e na infância foi um dos fatores que em muito contribuiu para o avanço da esperança de vida ao nascer, sobretudo na Região Nordeste, conforme estudo desenvolvido no âmbito da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa e divulgado pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (SIMÕES, 2002). Considerando o indicador esperança de vida ao nascer, as diferenças regionais, que eram elevadas durante a maior parte do período analisado, reduziram-se significativamente em 2010. Exemplificando, a diferença entre as Regiões Nordeste e Sul, que era de 19,3 anos entre 1950 e 1960, se reduziu para 4,7 anos em 2010 (Tabela 10).

Outro aspecto relacionado a esse indicador refere-se aos diferenciais de sobrevivência por sexo (Tabela 11). Historicamente, essas diferenças não eram importantes, mas, a partir dos anos 1980, adquiriram significância em quase todas as Grandes Regiões brasileiras, como resultado da tendência de aumento das causas violentas, que passaram a afetar sobretudo o sexo masculino, de tal forma que sua incidência chega a ser mais do que o triplo da observada para o sexo feminino.

Em 1980, enquanto a esperança de vida ao nascer, para as mulheres, era de 65,7 anos, para os homens esse valor era de 59,6 anos, ou seja, as mulheres tinham uma sobrevida de 6,0 anos, quando comparada com a dos homens (Tabela 11).

Tabela 11 - Esperança de vida ao nascer, por sexo, segundo as Grandes Regiões - 1980/2010

Grandes Regiões	Esperança de vida ao nascer (anos)					
	1980			1991		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Brasil	62,5	59,6	65,7	66,9	63,2	70,9
Norte	60,8	58,2	63,7	66,8	63,7	70,3
Nordeste	58,3	55,4	61,3	62,9	59,6	66,3
Sudeste	64,8	61,7	68,2	68,8	64,5	73,4
Sul	66,0	63,3	69,1	70,3	66,7	74,3
Centro-Oeste	62,9	60,5	65,6	68,4	65,2	72,0

Grandes Regiões	Esperança de vida ao nascer (anos)					
	2000			2010		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
Brasil	69,8	66,0	73,9	73,9	70,2	77,6
Norte	67,9	67,2	75,5	70,8	67,6	74,4
Nordeste	67,4	63,6	71,4	71,2	67,2	75,5
Sudeste	71,1	67,0	75,6	75,6	72,1	79,0
Sul	71,9	68,5	75,5	75,9	72,5	79,3
Centro-Oeste	70,8	67,7	74,3	73,7	70,4	77,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1980/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

²⁹ O detalhamento das ações e programas de políticas públicas e de saúde elaboradas em 1975 e, mais recentemente, a partir de 1996, foi apresentado no tópico **Análise das principais transformações socioeconômicas e programas sociais e de saúde governamentais** do capítulo anterior.

Com o aumento da violência entre os homens observada nos períodos seguintes, particularmente nas faixas etárias que compõem o grupo de jovens-adultos (15 a 29 anos de idade), a diferença na esperança de vida ao nascer entre os sexos, para o Brasil, aumentou para 7,9 anos em 2000 – na Região Sudeste, os homens tinham vida média de 8,6 anos a menos que as mulheres; na Região Norte, 8,3 anos; na Região Nordeste, 7,8 anos; e na Região Sul, 7,0 anos. Entre 2000 e 2010, enquanto nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste se observaram tendências de aumento dessas diferenças, nas demais ocorreu o oposto. Na Região Sudeste, no entanto, apesar da diminuição ocorrida, as diferenças ainda continuaram elevadas, conforme pode ser visto na Tabela 12.

**Tabela 12 - Diferença da esperança de vida ao nascer
entre mulheres e homens, segundo as Grandes Regiões - 1980/2010**

Grandes Regiões	Diferença da esperança de vida ao nascer entre mulheres e homens (anos)			
	1980	1991	2000	2010
Brasil	6,1	7,8	7,9	7,4
Norte	5,6	6,6	8,3	6,9
Nordeste	5,9	6,7	7,8	8,3
Sudeste	6,6	9,0	8,6	6,9
Sul	5,8	7,6	7,0	6,9
Centro-Oeste	5,1	6,8	6,6	6,8

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1980/2010.

Vale destacar os ganhos de esperança de vida ao nascer, entre 1980 e 2010, no País, que alcançaram 10,6 anos entre os homens e 11,9 anos entre as mulheres. Entre os homens, as Regiões Nordeste (11,8 anos), Sudeste (10,4 anos) e Centro-Oeste (9,9 anos) registraram os maiores ganhos desse indicador, enquanto entre as mulheres os maiores ganhos foram verificados nas Regiões Nordeste (14,2 anos), Centro-Oeste (11,6 anos), Sudeste (10,8 anos) e Norte (10,7 anos) (Tabela 11). Convém chamar a atenção, porém, que, apesar dos avanços da esperança de vida ao nascer observados nas Regiões Nordeste e Norte, as Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste ainda continuam exibindo os maiores valores desse indicador, independentemente do sexo.

Incidência das causas de morte violentas

Em decorrência do conjunto de informações apresentadas, entende-se que a estrutura da mortalidade no Brasil vem passando por profundas transformações, sobretudo no que se refere à incidência de determinadas causas de óbitos nas distintas faixas etárias. Causas evitáveis, como as relacionadas às enfermidades infecciosas e parasitárias, má nutrição e problemas associados à saúde reprodutiva, que historicamente afetavam a mortalidade infantil e na infância (menores de 5 anos), vêm perdendo preponderância cada vez mais. Por outro lado, as causas de morte ligadas às enfermidades não transmissíveis e às causas externas (violentas) têm ganhado destaque. É conveniente enfatizar que ainda permanece um excesso de mortes que afetam, sobretudo, as regiões e os setores sociais mais desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico, e que podem ser evitadas de diversas maneiras – via ampliação de Programas de Atenção Básica preventiva na área de saúde pública, de maior oferta

dos serviços de saúde, e da universalização dos serviços de saneamento básico. A implementação de políticas adequadas, em relação a essas áreas específicas acelerariam a tendência de aumento da sobrevivência, sobretudo das crianças dos estratos sociais mais carentes.

Compete chamar a atenção, contudo, para o fato de que as transformações na estrutura de causas de morte são mais visíveis nas áreas onde a violência se transformou em um fenômeno cada vez mais generalizado, incidindo, especialmente, nas idades de jovens e adultos-jovens do sexo masculino. Esse processo ocorre em paralelo ao declínio generalizado da mortalidade na infância, caracterizando uma contradição que o País vem vivenciando ao longo dos últimos 25 anos: aumenta o número de crianças sobreviventes, mas eleva-se o risco de virem a morrer ao atingirem as faixas etárias de jovens.

O aumento da mortalidade, todavia, ao incidir nas faixas etárias mais jovens do sexo masculino, tem efeito negativo sobre a esperança de vida ao nascer, reduzindo os ganhos que vinham e vêm sendo obtidos em consequência do declínio dos níveis de mortalidade infantil e na infância (menores de 5 anos). Além disso, a violência, concentrada, sobretudo, entre o sexo masculino, gera um aumento nos diferenciais entre a mortalidade masculina e a feminina. Ou seja, a diferença em favor das mulheres, que era de 6,1 anos em 1980, aumentou para 7,4 anos em 2010. Importante observar que a Região Nordeste apresentava uma diferença de 5,9 anos em 1980, subindo para 8,3 anos em 2010, enquanto as demais Grandes Regiões exibem menores aumentos (abaixo de 7 anos) (Tabela 13).

Trata-se de um conjunto de óbitos que aumentou seu peso na estrutura geral da mortalidade, a partir da década de 1980, embora já ocorram tendências mais recentes de leves declínios, em particular nas áreas mais desenvolvidas (Regiões Sudeste e Sul), em contraposição à Região Nordeste, que apresenta tendência crescente (Tabela 11). É importante destacar que nas Regiões Norte e Centro-Oeste, historicamente, com pequenas variações, os patamares vêm se mantendo elevados no transcorrer do referido período.

No Brasil, de acordo com as Estatísticas do Registro Civil, a proporção de óbitos masculinos relacionados a causas externas se elevou de 14,2 %, em 1990, para 16,2%, em 2002. Em 2010, esse valor passou a ser de 14,6%, mas voltou a subir nos dois anos seguintes. Entre as mulheres, essas proporções se mantiveram praticamente estáveis ao longo de todo o período, com valores em torno de 4%, até 2006, e abaixo deste percentual, a partir desta data (Tabela 13).

A Região Norte também exhibe elevadas proporções de incidência de óbitos masculinos por causas violentas, em todo o período analisado, chegando, em 2012, a 17,6%, próximo, portanto, da proporção de 18,8% registrada na Região Centro-Oeste. A Região Sudeste, por sua vez, manteve a tendência de declínio observada desde 2002, alcançando, em 2012, uma proporção de 13,0% (Tabela 13).

A Região Sul exhibe, ao longo de todo o período considerado, estabilidade nas proporções de óbitos masculinos violentos (cerca de 13%), enquanto a Região Nordeste, que vinha apresentando valores similares aos da Região Sul até 2006, iniciou, em 2008, um processo de aumento de óbitos masculinos relacionados à violência, chegando, em 2012, com valores análogos aos das Regiões Norte e Centro-Oeste (em torno de 18%) (Tabela 13).

É importante, todavia, ressaltar as diferenças existentes entre as Regiões Nordeste e Sul no tocante à cobertura dos óbitos, o que pode afetar as comparações entre elas. Enquanto os valores da Região Sul, que apresenta baixos índices de sub-registro, refletem a real situação da incidência de óbitos relacionados a causas violentas na área, na Região Nordeste, ao contrário, esses resultados podem ainda estar subestimados, apesar das melhorias de cobertura verificadas durante o período mais recente.

É necessário também destacar que, nas Regiões Norte e Centro-Oeste, observam-se patamares mais elevados de óbitos por causas violentas entre as mulheres, quando confrontados com os resultados das demais Grandes Regiões.

No Gráfico 7, apresenta-se a incidência de óbitos masculinos relacionados a causas violentas, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, em 2012³⁰. Um conjunto de estados das Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte se destacam por exibirem as mais elevadas proporções de óbitos masculinos por causas violentas, como, por exemplo, Mato Grosso (22,9%), Alagoas (22,1%), Sergipe (21,9%), Ceará (21,3%), Pará (21,2%), entre outros, como Goiás, onde a proporção desse tipo de óbitos alcança 18,4%.

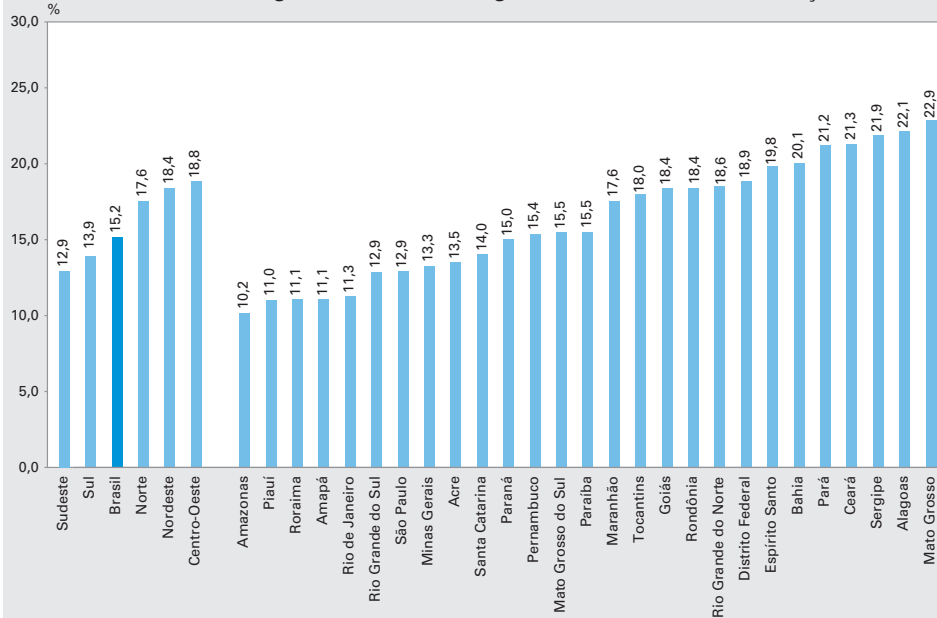
Tabela 13 - Proporção de registros de óbitos violentos em relação ao total de óbitos, por Grandes Regiões e sexo - 1990/2012

Anos	Proporção de registros de óbitos violentos em relação ao total de óbitos (%)					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Homens						
1990	14,2	15,1	11,4	15,0	13,3	20,5
1992	13,9	15,9	11,4	14,6	13,0	19,5
1994	14,3	16,6	11,8	14,9	13,4	20,1
1996	15,6	18,0	13,3	16,3	14,0	21,8
1998	16,0	18,2	13,6	17,2	13,1	20,6
2000	16,0	17,4	13,4	17,3	13,6	19,6
2002	16,2	16,4	13,5	17,3	14,7	19,6
2004	15,6	16,3	13,4	16,6	13,7	19,1
2006	15,1	18,3	14,0	15,2	13,9	18,2
2008	14,9	18,1	15,0	14,3	13,6	18,1
2010	14,6	18,2	16,5	13,1	13,5	17,6
2011	14,7	17,4	17,2	12,9	13,5	18,2
2012	15,2	17,6	18,4	13,0	13,9	18,8
Mulheres						
1990	4,3	4,9	3,5	4,3	4,5	7,7
1992	3,3	5,3	3,6	4,2	4,4	7,3
1994	4,4	5,7	3,6	4,3	4,5	7,6
1996	4,7	5,9	3,8	4,6	4,6	9,0
1998	4,5	6,2	3,8	4,5	4,1	7,4
2000	4,4	5,9	3,8	4,4	4,4	6,5
2002	4,4	5,4	3,6	4,3	5,0	6,2
2004	4,4	5,3	3,4	4,9	3,5	5,7
2006	4,0	6,3	3,3	4,1	3,6	5,3
2008	3,8	5,4	3,3	3,9	3,4	5,2
2010	3,8	4,8	3,6	3,7	3,4	5,2
2011	3,8	4,7	3,7	3,6	3,3	5,3
2012	3,8	4,9	3,8	3,6	3,4	5,3

Fonte: IBGE, Estatísticas do Registro Civil 1990/2012.

³⁰ Importante chamar a atenção para o fato de que ainda existem problemas de subnotificação do registro de óbitos no Brasil, particularmente nos estados das Regiões Norte e Nordeste, o que pode estar afetando as comparações com as demais regiões do País.

Gráfico 7 - Proporção de registros de óbitos violentos em relação ao total de óbitos do sexo masculino, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2012

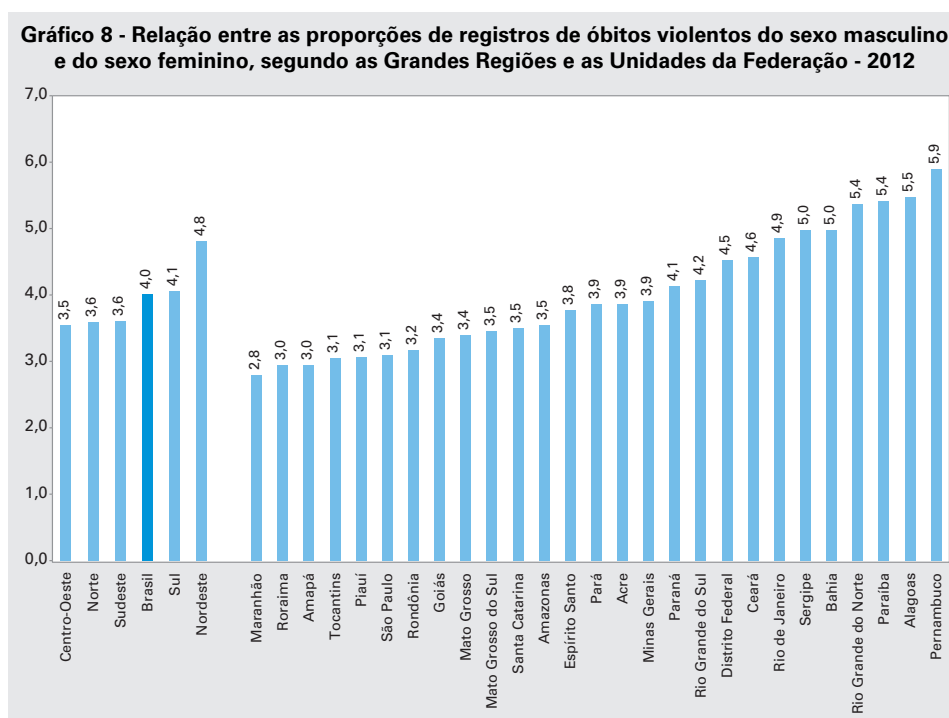


Fonte: IBGE, Estatísticas do Registro Civil 2012.

No Estado do Espírito Santo, a prevalência de óbitos masculinos por violência foi de 19,9%. Por outro lado, os Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, que, durante a década de 1990 até meados da década seguinte, estavam entre aqueles com maior incidência de óbitos dessa natureza, faziam parte, em 2012, do grupo em que esta proporção era inferior a 13%. O Estado de Minas Gerais apresentou, também, valor relativamente baixo em relação aos demais estados (13,3%) (Gráfico 7).

Outro tema que merece destaque relaciona-se às diferenças de óbitos por causas violentas, quando desagregadas por sexo. O Gráfico 8 exibe uma síntese comparativa dessas desigualdades, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, em 2012. Enquanto, no País, a sobremortalidade masculina por causas violentas é 4 vezes superior à das mulheres, na Região Nordeste, essa relação sobe para 4,8 vezes, seguindo-se a Região Sul, com 4,1 vezes. As demais Grandes Regiões apresentam valores inferiores à média nacional.

Analisando o indicador para as Unidades da Federação, constata-se que Pernambuco, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Bahia e Sergipe apresentaram, em 2012, as maiores sobremortalidades masculinas (5,9; 5,5; 5,4; 5,4 e 5,0 vezes a mortalidade feminina, respectivamente). Nos Estados do Maranhão, Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí e São Paulo, a sobremortalidade masculina foi igual ou inferior a 3,1. Essa relação, nos demais estados, situou-se entre 3,2 (Rondônia) e 4,9 (Rio de Janeiro) (Gráfico 8).



Fonte: IBGE, Estatísticas do Registro Civil 2012.

A razão das diferenças encontradas entre as Unidades da Federação, no que diz respeito às causas das mortes violentas, se refere aos problemas decorrentes do intenso processo de urbanização, da criminalidade do trânsito e da marginalização de segmentos de sua população, em particular, os mais jovens (15 a 24 anos). Agregam-se, a esses fatores, questões ainda não totalmente resolvidas, como o acesso à terra e à moradia por parte da população residente nas periferias urbanas e nas áreas rurais, sobretudo na Região Norte do País, atingindo tanto homens como mulheres.

Em relação ao grupo específico de jovens de 15 a 24 anos de idade, importante chamar a atenção que, em 1990, 60,6% dos óbitos masculinos ocorridos nessa faixa etária, no País, estavam relacionados às causas violentas. Esse valor elevou-se, no decorrer das duas décadas, sendo que, em 2002, a proporção subiu para 70,2%, apresentando, nos anos seguintes, algumas flutuações e estabilidade em torno de 67%. No Nordeste, a tendência continuou sendo de crescimento, com valores elevados, aproximando-se dos observados nas Regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste, cujas proporções situaram-se em torno de 70% (Tabela 14).

Como mostra a Tabela 14, as mortes violentas na faixa etária mais jovem atingem, também, as mulheres, mas em patamares relativamente menores. No agregado nacional, os valores passaram de 28,9%, em 1990, para 33,7%, em 2000, chegando em 2012 com percentual de 35,8%; ou seja, um aumento relativo de quase 25% entre 1990 e o último ano da série.

Tabela 14 - Proporção de registros de óbitos violentos de pessoas de 15 a 24 anos de idade em relação ao total de óbitos, por Grandes Regiões e sexo 1990/2012

Anos	Proporção de registros de óbitos violentos de pessoas de 15 a 24 anos de idade em relação ao total de óbitos (%)					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Homens						
1990	60,6	45,4	52,9	64,1	63,6	62,0
1992	60,6	50,4	53,3	63,6	63,9	61,4
1994	61,8	54,2	54,9	64,1	65,7	63,8
1996	64,0	57,7	58,0	68,3	66,9	67,1
1998	67,7	58,7	59,5	74,7	66,3	68,7
2000	70,1	56,0	57,5	78,3	68,2	68,9
2002	70,2	55,7	57,1	78,7	69,0	68,9
2004	69,1	52,6	57,5	77,6	70,4	70,0
2006	67,9	54,3	58,6	75,5	70,7	68,9
2008	67,7	55,4	60,4	74,1	70,5	68,0
2010	66,9	55,0	64,3	70,7	70,4	66,6
2011	67,2	54,8	66,3	69,9	70,6	67,3
2012	67,5	54,5	66,9	70,1	70,7	68,1
Mulheres						
1990	28,9	20,2	22,3	30,7	34,7	37,0
1992	28,9	21,9	23,3	29,8	35,4	35,3
1994	30,4	24,9	24,1	30,9	37,9	37,8
1996	32,3	27,4	26,1	33,4	39,9	41,7
1998	32,9	27,2	26,9	36,0	37,4	39,1
2000	33,7	26,0	25,5	38,4	37,2	37,4
2002	34,0	26,3	25,1	38,9	38,8	37,5
2004	33,8	25,9	24,8	38,9	39,8	37,6
2006	33,6	26,9	25,3	38,5	38,6	37,8
2008	33,5	25,7	29,1	36,0	38,0	37,7
2010	34,7	25,0	32,9	35,4	40,2	40,0
2011	35,7	27,2	33,8	35,8	42,2	40,9
2012	35,8	28,6	33,8	35,8	41,6	41,8

Fonte: IBGE, Estatísticas do Registro Civil 1990/2012.

Por apresentarem menores proporções de óbitos masculinos por causas violentas entre os jovens na faixa etária de 15 a 24 anos, no período inicial da série, as Regiões Norte e Nordeste registraram os maiores incrementos relativos entre 1990 e 2012 (42% e 51%), respectivamente³¹. Por outro lado, tanto em 1990 como em 2012, as maiores proporções de óbitos violentos entre as mulheres jovens foram observadas nas Regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, que alcançaram, em 2012, 41,8%, 41,6% e 35,8%, respectivamente. Saliente-se que o fenômeno da violência entre as jovens de 15 a 24 anos está mais concentrado nessas áreas, apesar dos maiores incrementos relativos observados nas demais Grandes Regiões (Tabela 14).

As informações sobre mortes por causas violentas levam a entender que a mortalidade por essas causas, particularmente entre o sexo masculino, ainda é bastante elevada, apesar da tendência de declínio em alguns estados do Centro-Sul do País. Além disso, esse tipo de mortalidade, sobretudo entre jovens, não se restringe apenas às áreas consideradas mais dinâmicas do País. As informações sobre essa temática, nos períodos mais recentes, assinalam que o fenômeno é cada vez mais comum, envolvendo um número expressivo de outras áreas geográficas e de estados de todas as Grandes Regiões brasileiras.

³¹ Estes resultados devem ser relativizados em decorrência dos possíveis problemas relacionados na nota anterior.

Evolução da taxa de mortalidade infantil³²

Neste tópico, serão apresentados aspectos referentes à evolução histórica da mortalidade infantil no Brasil, com dados desagregados por Grandes Regiões e Unidades da Federação.

A partir de meados da década de 1990, os elevados níveis de mortalidade infantil existentes na grande maioria dos estados brasileiros, em particular, nas Regiões Norte e Nordeste, foram objeto de preocupação das diversas esferas do poder público e da sociedade organizada do País. Nessa época, com a maior autonomia e a descentralização das ações de saúde no País, cresceram as demandas por estimativas de indicadores de mortalidade, particularmente a infantil. Nesse sentido, cabe ressaltar o importante papel desempenhado pela então Secretaria da Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, que definiu, com o apoio dos demais gestores do Ministério, políticas públicas na área de saúde que muito contribuíram para a redução dos níveis de mortalidade infantil e na infância, alocando recursos de modo a evitar desperdícios e maximizar seus benefícios para a população em geral.

Cabe ressaltar que, apesar dos avanços que vêm sendo observados na qualidade das informações sobre os eventos vitais (nascimentos e óbitos) provenientes das Estatísticas do Registro Civil, do IBGE, bem como do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, ambos do Ministério da Saúde, ainda há alguns problemas de cobertura, particularmente no dimensionamento do número de óbitos infantis nas Unidades da Federação de menor desenvolvimento socioeconômico. Nessas áreas, a despeito das melhorias marcantes na cobertura de tais eventos, ainda se torna necessária a utilização de procedimentos de técnicas demográficas indiretas, sobretudo no cálculo das estimativas dos indicadores de mortalidade. Tais estimativas utilizam, como principal fonte de informação, quesitos específicos aplicados às respostas de perguntas sobre filhos tidos nascidos vivos e filhos sobreviventes, feitas a todas as mulheres com 10 anos ou mais de idade³³, que constam, não só nas diversas edições do Censo Demográfico, mas também da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD³⁴.

Dada a demanda específica dos órgãos públicos, federais, estaduais e até municipais, o IBGE vem, ao longo dos anos, produzindo estimativas anuais desses importantes indicadores, que são a mortalidade infantil e na infância, em níveis nacional, regionais e estaduais, recorrendo, principalmente, aos Censos Demográficos – permitem derivar estimativas mais confiáveis para anos próximos à data de sua realização – e às Tábuas de Mortalidade utilizadas nas projeções de população realizadas pelo IBGE.

Os responsáveis pela formulação das políticas públicas na área de saúde carecem de subsídios atualizados e previsões de tais fenômenos, razão pela qual têm sido cada vez mais utilizados os conjuntos de indicadores demográficos implícitos nas projeções de população do IBGE.

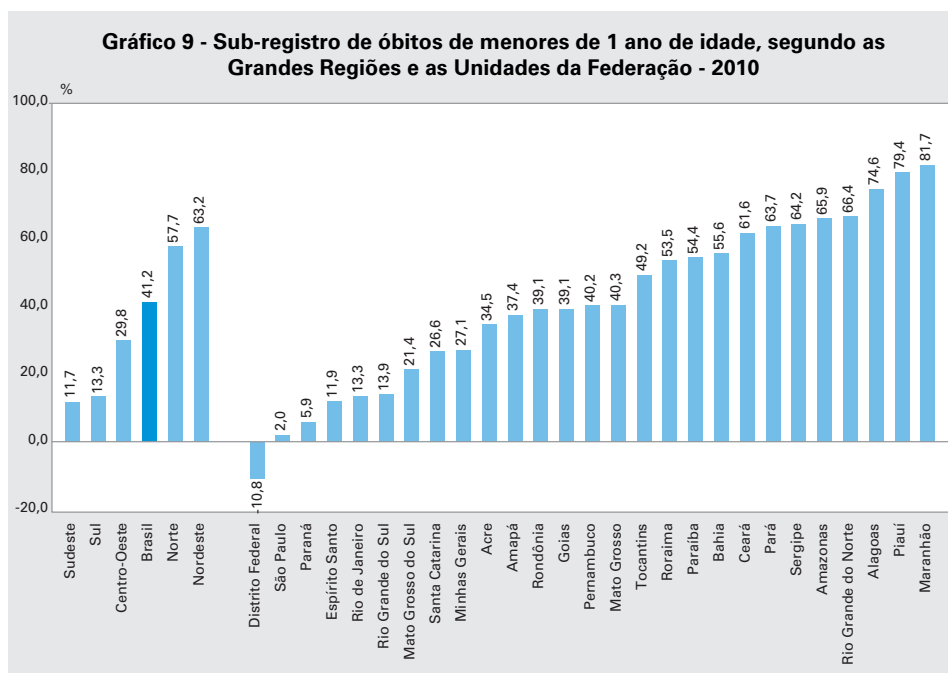
³² Conceitualmente, a taxa de mortalidade infantil é a relação entre o número de óbitos de menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Esse indicador estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida.

³³ O corte etário de 10 anos foi introduzido a partir do Censo Demográfico 1991; nos anteriores, esse corte era de 15 anos.

³⁴ Cabe destacar o importante trabalho de pesquisa que vem sendo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, com o apoio do Ministério da Saúde, sobre Busca Ativa de Óbitos, principalmente nos estados das Regiões Norte e Nordeste do País, o que, sem dúvida, vem facilitando o cálculo das estimativas de mortalidade infantil e na infância nessas áreas específicas, sem que seja necessária a utilização de procedimentos demográficos de técnicas indiretas. A Busca Ativa de Óbitos consiste em consulta a fontes oficiais de notificação e a fontes alternativas, como hospitais, Instituto Médico Legal - IML local, cartórios, cemitérios, funerárias, entre outras possíveis fontes para a identificação de óbitos não notificados.

Conforme já salientado, no Brasil, a qualidade das informações sobre os eventos vitais (nascimentos e óbitos) provenientes das Estatísticas do Registro Civil ainda apresenta problemas na sua cobertura, particularmente nas Regiões Norte e Nordeste, a despeito de se constatarem acentuados avanços da cobertura de nascimentos registrados. O mesmo, porém, não vem se verificando em relação aos óbitos – o sub-registro, em 2010, ainda se encontrava em patamares elevados, com valores superiores a 30% em alguns de seus estados, como é caso das seguintes situações específicas: Maranhão (47%); Piauí (32,5%); Pará (33%); e Amazonas (32,9%).

A situação, entretanto, ainda é mais crítica no caso dos óbitos de menores de 1 ano de idade nessas duas Grandes Regiões (57,7% na Região Norte e 63,2% na Nordeste). Importante destacar que, entre os nove estados que compõem a Região Nordeste, seis (Maranhão, Piauí, Alagoas, Rio Grande do Norte, Sergipe e Ceará) apresentaram sub-registro de óbitos de menores de 1 ano superiores a 60%, enquanto na Região Norte apenas Amazonas e Pará estavam nessa situação em 2010, segundo valores projetados pelo IBGE (PROJEÇÃO..., 2013a) (Gráfico 9).



Fonte: IBGE, Estatísticas do Registro Civil 2010 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

A quase totalidade dos estados das Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, por outro lado, exibiam sub-registros que podem ser considerados de baixa magnitude, permitindo, para a maioria de seus estados, o cálculo direto da mortalidade infantil, quer utilizando as informações das Estatísticas do Registro Civil, do IBGE, quer as do SIM e do SINASC, do Ministério da Saúde³⁵. É conveniente, contudo, chamar a atenção

³⁵ Este procedimento vinha sendo utilizado pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa, instituída pelo Ministério da Saúde em ação conjunta com a Representação da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS no Brasil. O IBGE é uma das instituições integrantes, e de fundamental importância, da Rede, colaborando na definição e discussão de suas atividades. Em decorrência, no entanto, do apoio do Ministério da Saúde ao projeto de Busca Ativa de Óbitos em áreas das Regiões Norte e Nordeste, os procedimentos demográficos de métodos indiretos de estimativas da mortalidade infantil vêm sendo substituídos, no âmbito da RIPSa, por essa nova metodologia.

para o valor negativo do sub-registro observado no Distrito Federal (-10,8%), refletindo o atendimento de moradores residentes em áreas do entorno da capital brasileira, onde a carência de estabelecimentos de saúde motiva a mobilidade de seus moradores para a capital do País em busca de atendimento, especialmente na rede pública de saúde. Assim, caso a criança venha a falecer, o evento acaba sendo registrado, em muitas situações, como de morador local.

No caso específico dos estados das Regiões Norte e Nordeste, que apresentam ainda elevados índices de sub-registro, especialmente de óbitos infantis, e, em menor escala, dos Estados de Mato Grosso e Goiás (Região Centro-Oeste) e Minas Gerais (Região Sudeste), o cálculo da mortalidade infantil, no âmbito do IBGE, continua sendo realizado mediante a utilização de metodologias demográficas desenvolvidas para essas situações específicas. Como frisado anteriormente, elas são aplicadas às respostas de perguntas sobre filhos tidos nascidos vivos e filhos sobreviventes, feitas a todas as mulheres com 10 anos ou mais de idade, que constam, não só nas diversas edições do Censo Demográfico, mas também da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD.

Como este tópico objetiva apresentar e analisar séries históricas e apontar tendências, as estimativas por Grandes Regiões e Unidades da Federação apresentadas a seguir, até meados da década de 1990, foram calculadas por meio da metodologia desenvolvida por Brass (1973, 1974), conhecida como Método de Brass, e a variante de Thrussel (1975), utilizando as informações do Censo Demográfico para o período de 1940 a 1991. As estimativas efetuadas para os anos posteriores a 2000 são as decorrentes da Projeção da População por Sexo e Idade para o período 2000-2030, realizada pelo IBGE³⁶.

Vale destacar que, durante a década de 2000, foi realizado um amplo trabalho de pesquisa sobre as atividades desenvolvidas pela Pastoral da Criança, pelo Programa Saúde da Família e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund - UNICEF), bem como sobre programas, como o Bolsa Família, junto às comunidades mais carentes, principalmente nos municípios da Região Nordeste. Um exemplo das melhorias obtidas por meio de tais iniciativas foi retratado pelos resultados da Chamada Nutricional 2005, realizada pelo então Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o apoio do Ministério da Saúde, na região brasileira do Semi-Árido, e que deu origem ao estudo de Monteiro, Conde e Konno (2006), conforme apresentado e discutido no capítulo anterior.

Os impactos das iniciativas mencionadas tiveram reflexos na redução dos níveis de mortalidade infantil, tanto para o conjunto do País como em termos regionais, conforme pode ser visualizado na Tabela 15 e no Gráfico 10.

A série histórica exhibe a conformação de distintas trajetórias da mortalidade infantil entre as Grandes Regiões. As Regiões Norte e Nordeste, antes de 1940, apresentavam as taxas mais elevadas, enquanto a Região Sul exibia níveis mais estáveis, porém declinantes, com a diferença fundamental de que a taxa era significativamente menor. Parte dessa diferença se deve à contribuição dos fluxos de imigrantes europeus na estrutura populacional da Região Sul, que implicou uma cultura de educação voltada para a saúde, incorporada de seus países de origem.

³⁶ No cálculo das estimativas da taxa de mortalidade infantil a partir de 2000, utilizaram-se as informações contidas no relatório metodológico sobre projeções da população do IBGE (PROJEÇÕES..., 2013).

Na Região Nordeste, por exemplo, somente ao final da década de 1940, começou a se observar tendências na redução da mortalidade infantil, mas em um ritmo inferior ao das demais Grandes Regiões.

Ressalta-se, com pequenas alterações, a estabilidade dos níveis de mortalidade infantil no período de 1955 a 1970, reflexo da crise estrutural vivenciada pela sociedade brasileira em suas dimensões econômica, social e institucional.

As Regiões Sudeste e Sul foram as mais afetadas, inclusive com aumentos da mortalidade infantil, durante esse período, decorrentes de algumas das seguintes possíveis causas:

- Substantial redução do poder de compra do salário mínimo, que caiu cerca de 45% no período de 1959 a 1974;
- Profunda concentração de renda, característica que acompanhou a evolução da economia brasileira; e
- Deterioração de certos serviços básicos, a exemplo do saneamento, derivada da elevação dos fluxos migratórios no sentido rural-urbano.

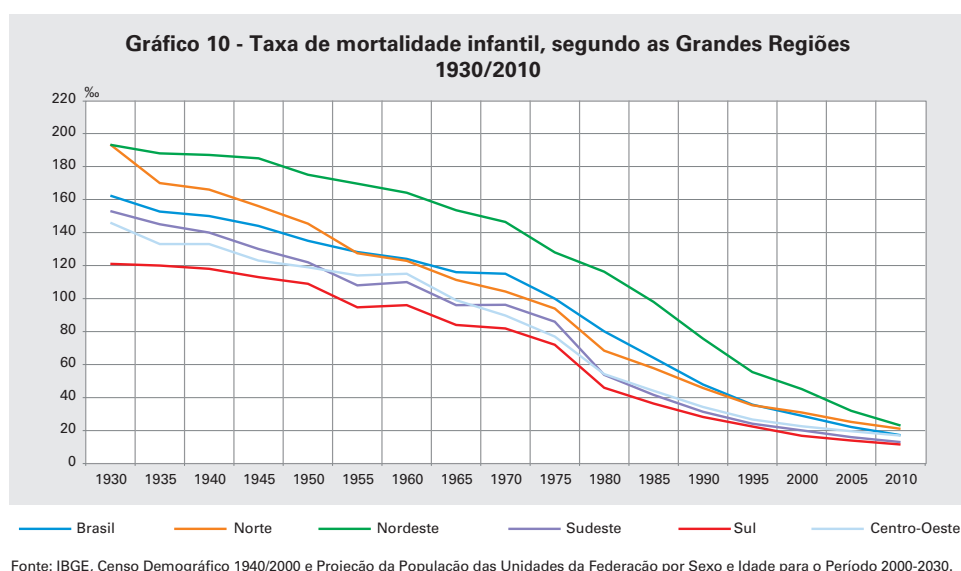
Estudos realizados para as Cidades de Recife e São Paulo, no âmbito da Inter-American Investigation of Mortality in Childhood, da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (Pan American Health Organization - PAHO), entre 1968 e 1969, verificaram ter ocorrido um agravamento das condições nutricionais das crianças dessas áreas (PUFFER; SERRANO, 1973). Do total de óbitos infantis ocorridos na cidade de São Paulo, por exemplo, cerca de 28% tinham a má nutrição como causa básica, enquanto, em Recife esta proporção era de 39%. Para o grupo etário de 1 a 4 anos, esta proporção, no caso da cidade de São Paulo, subia para 46% e aumentava, ainda mais, no interior do estado (70%).

Tabela 15 - Taxa de mortalidade infantil, por Grandes Regiões - 1930/2010

Ano	Taxa de mortalidade infantil (‰)					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1930	162,4	193,3	193,2	153,0	121,0	146,0
1935	152,7	170,0	188,0	145,0	120,0	133,0
1940	150,0	166,0	187,0	140,0	118,0	133,0
1945	144,0	156,0	185,0	130,0	113,0	123,0
1950	135,0	145,4	175,0	122,0	109,0	119,0
1955	128,2	127,5	169,6	108,0	94,7	114,0
1960	124,0	122,9	164,1	110,0	96,0	115,0
1965	116,0	111,3	153,5	96,0	84,0	99,0
1970	115,0	104,3	146,4	96,2	81,9	89,7
1975	100,0	94,0	128,0	86,0	72,0	77,0
1980	80,1	68,4	116,3	53,8	46,0	54,2
1985	64,1	57,8	98,0	41,7	36,4	44,1
1990	48,0	45,9	75,8	31,4	28,3	34,3
1995	35,7	35,4	55,5	24,2	22,5	26,8
2000	29,0	31,0	45,2	20,1	16,9	22,6
2005	22,2	25,2	32,0	16,1	14,0	19,7
2010	17,2	21,1	23,1	13,0	11,6	17,0

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Passado o período crítico e com o Estado reorganizado sob novas expectativas, o declínio da mortalidade foi retomado em todo o País, no âmbito das políticas centralizadoras então vigentes. A melhoria geral dos indicadores de mortalidade observada após 1975, entretanto, parece não estar fortemente associada com os avanços ocorridos na melhoria da renda das famílias, mas com intervenções na área da saúde pública. Nessa época, foram criadas instituições públicas com a função de atuar, sobretudo, em áreas de infraestrutura de saneamento básico, saúde, habitação e assistência materno-infantil, dentro da lógica da integração regional, conforme já sintetizado antes. A verdade é que essas ações passaram a ter efeitos bastante positivos nas condições de saúde e de mortalidade da população geral e infantil, em particular, pois, a partir do último quinquênio da década de 1970, o declínio da mortalidade infantil foi retomado e acentuado, durante toda a década de 1980, em consequência da extensão da cobertura dos serviços de saúde.



É importante destacar que as diferenças regionais na mortalidade infantil não eram muito acentuadas no passado, sendo seus níveis mantidos à medida que se evoluía ao longo do tempo. A trajetória da mortalidade infantil na Região Nordeste, entretanto, por apresentar velocidade de queda menor que a das demais, especialmente até o final da década de 1980, contribuiu para um aumento do diferencial em relação às outras Grandes Regiões.

Confrontados os valores da mortalidade infantil das Regiões Nordeste e Sul, observa-se que a taxa de mortalidade nordestina, em 1930, era cerca de 60% mais elevada que a do Sul. O indicador se manteve mais ou menos nesse patamar durante as décadas seguintes, iniciando um processo de ascensão – em 1980, essa proporção era de 152,8% e, em 1990, 167,8%. A Região Norte, embora com intensidade menor, seguiu tendência similar, provavelmente resultante do efeito dos fluxos migratórios que se dirigiram, de início, para sua área de fronteira, sobretudo a partir dos últimos anos da década de 1970 e início de 1980. Depois, com a saturação dessas áreas, iniciou-se um processo de deslocamento para as capitais e periferias urbanas da

Região Norte, o que, na ausência de investimentos na infraestrutura urbana, levou à deterioração destas, agravada pela não criação de empregos na economia formal, afetando negativamente as condições de vida e sobrevivência de seus respectivos grupos populacionais.

As demais regiões (Centro-Sul), por sua vez, convergiam para níveis similares, com valores estimados em torno de 30,0‰, em 1990 (Tabela 15), mas ainda bastante elevados, se considerada a média existente em países desenvolvidos, à época.

O quadro da mortalidade infantil no Brasil, entretanto, começou a se alterar profundamente a partir da década de 1990, quando são observadas reduções importantes nos diferenciais entre as Grandes Regiões. Como mostra a Tabela 15, a taxa de mortalidade infantil, para o País como um todo, declinou de 48,0‰, em 1990, para 29,0‰, em 2000, mantendo a tendência de queda durante toda a década seguinte, e alcançando, em 2010, uma taxa de 17,2‰ – queda aproximada de 64% durante as duas décadas. A Região Nordeste, que apresentava uma taxa de mortalidade infantil de 75,8‰ no início da década de 1990, registrou, em 2010, 23,1‰, ou seja, um declínio de cerca de 70% – o maior dentre as Grandes Regiões analisadas. À exceção das Regiões Norte e Centro-Oeste, que apresentaram, respectivamente, declínios aproximados de 53% e 50%, as Regiões Sudeste (13,0‰) e Sul (11,6‰) exibiram as menores taxas de mortalidade estimadas para 2010, sendo que as reduções, durante as duas décadas, se situaram em torno de 59%. A maior velocidade no declínio da mortalidade infantil que vem se observando na Região Nordeste explica a redução dos diferenciais entre esta e as Regiões Sudeste e Sul do País.

Para melhor visualização e entendimento das reduções da mortalidade infantil ocorridas no Brasil ao longo das últimas duas décadas, são apresentadas, na Tabela 16, essas informações para os anos de 1990, 2000 e 2010, complementadas pela apresentação da taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, especificamente em 2010, conforme exibido no Gráfico 11.

A partir das informações da Tabela 16, ficam explicitadas as profundas mudanças na taxa de mortalidade infantil, em todas as Unidades da Federação, no período de 1990 a 2010. Chama a atenção as intensas quedas desse indicador, principalmente nos estados nordestinos, com declínios superiores a 60%, destacando-se os Estados de Pernambuco (76,0%), Ceará (75,3%), Rio Grande do Norte (72,8%), Paraíba (72,1%) e Alagoas (70,4%), sendo que este último exibiu, em 1990, uma taxa de 102,2‰ – a mais elevada dentre todas as Unidades da Federação. Em 2010, apesar de continuar mantendo o mais alto valor dentre as demais, a taxa de mortalidade infantil no Estado de Alagoas declinou para patamares bem menores, registrando 30,2‰ (Gráfico 11 e Tabela 16).

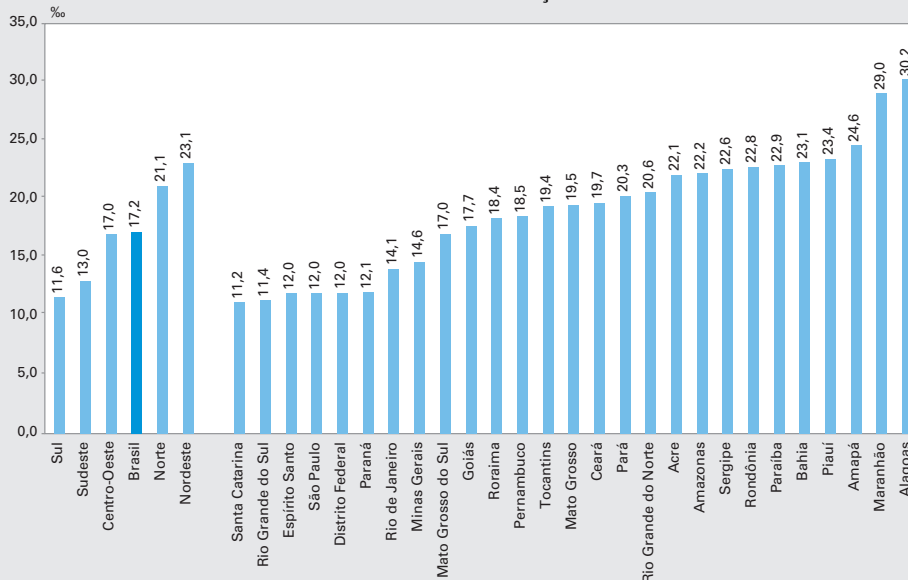
A situação sintetizada no Gráfico 11, referente a 2010, fornece subsídios para políticas públicas que objetivem a continuidade da queda da mortalidade infantil no Brasil. Observa-se que todos os estados que fazem parte das Regiões Sul e Sudeste, além de Mato Grosso do Sul e Distrito Federal (Região Centro-Oeste), apresentavam indicadores abaixo da média nacional (17,2‰). Os valores mais elevados foram registrados na Região Nordeste, especificamente nos Estados do Alagoas (30,2‰) e Maranhão (29,0‰), além dos que compõem as Regiões Norte e Centro-Oeste, exceto Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, como já mencionado.

**Tabela 16 - Taxa de mortalidade infantil, segundo as Unidades da Federação
1990/2010**

Unidades da Federação	Taxa de mortalidade infantil (‰)			Variação (%)	
	1990	2000	2010	1990/2010	2000/2010
Brasil	48,0	29,0	17,2	(-) 64,2	(-) 40,7
Rondônia	42,6	29,2	22,8	(-) 46,6	(-) 22,0
Acre	56,5	38,0	22,1	(-) 60,9	(-) 41,9
Amazonas	44,5	32,3	22,2	(-) 50,1	(-) 31,2
Roraima	39,6	19,7	18,4	(-) 53,7	(-) 6,7
Pará	46,2	30,1	20,3	(-) 56,1	(-) 32,6
Amapá	38,1	29,4	24,6	(-) 35,5	(-) 16,5
Tocantins	44,9	33,6	19,4	(-) 56,8	(-) 42,2
Maranhão	76,6	49,9	29,0	(-) 62,1	(-) 41,9
Piauí	65,0	36,4	23,4	(-) 63,9	(-) 35,7
Ceará	79,5	38,1	19,7	(-) 75,3	(-) 48,3
Rio Grande do Norte	75,7	44,8	20,6	(-) 72,8	(-) 54,0
Paraíba	81,9	48,6	22,9	(-) 72,1	(-) 53,0
Pernambuco	77,0	48,8	18,5	(-) 76,0	(-) 62,1
Alagoas	102,2	63,7	30,2	(-) 70,4	(-) 52,5
Sergipe	65,5	43,1	22,6	(-) 65,6	(-) 47,7
Bahia	66,0	41,3	23,1	(-) 65,0	(-) 44,0
Minas Gerais	39,0	25,6	14,6	(-) 62,4	(-) 42,9
Espirito Santo	33,2	23,5	12,0	(-) 64,0	(-) 49,0
Rio de Janeiro	32,3	19,8	14,1	(-) 56,5	(-) 29,0
São Paulo	30,8	17,3	12,0	(-) 61,1	(-) 30,7
Paraná	35,1	18,9	12,1	(-) 65,6	(-) 36,4
Santa Catarina	33,6	15,9	11,2	(-) 66,6	(-) 29,4
Rio Grande do Sul	26,2	15,3	11,4	(-) 56,6	(-) 25,5
Mato Grosso do Sul	32,3	24,2	17,0	(-) 47,3	(-) 29,7
Mato Grosso	37,5	25,1	19,5	(-) 48,0	(-) 22,1
Goiás	35,1	23,2	17,7	(-) 49,5	(-) 23,7
Distrito Federal	28,9	15,2	12,0	(-) 58,5	(-) 20,9

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 11 - Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2010



Fonte: IBGE, Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

A continuidade de ações que visem, cada vez mais, reduzir a mortalidade infantil no Brasil, impõe investimentos, sobretudo nas Unidades da Federação onde, apesar das melhorias verificadas no decorrer das últimas décadas, ainda permanecem níveis relativamente elevados desse indicador, que, em alguns estados, representa mais do que o dobro da mortalidade observada nos estados das Regiões Sudeste e Sul do País.

Importante destacar que o desenvolvimento econômico e social, acompanhado dos investimentos em infraestrutura básica e do acesso a serviços de saúde, por parte dos distintos segmentos populacionais, não se dá de forma igualitária, resultando em velocidades distintas de queda da mortalidade nas diversas áreas. As desigualdades regionais e sociais têm um peso considerável nesse contexto. Tais fatores têm sido um obstáculo à diminuição mais intensa da mortalidade infantil no País, mesmo nas Unidades da Federação onde ela já é relativamente baixa.

É fundamental enfatizar que as diferenças já foram maiores, caso se compare o Brasil a outros países mais desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos, Canadá, Japão, Cuba, Portugal, entre outros, onde a taxa de mortalidade infantil já é inferior a 5%.

Considerando, contudo, os resultados decorrentes das pesquisas censitárias e domiciliares realizadas no decorrer das últimas três décadas, pode-se assegurar que o Brasil vem apresentando tendência de aproximação, cada vez maior, aos padrões de taxa de mortalidade infantil existentes nos países onde esse fenômeno já é significativamente reduzido.

Concluindo este capítulo, apresenta-se, a seguir, a taxa de mortalidade infantil de acordo com o nível de escolaridade da mãe (0 a 3 anos, 4 a 7 anos e 8 anos ou mais de estudo) – indicador *proxy* de estratificação social³⁷.

³⁷ As informações sobre anos de estudo foram investigadas no Censo Demográfico desde 1970 até 2000 e deixaram de sê-lo na edição de 2010, uma vez que a forma de abordagem do tema sofreu alterações, impossibilitando a comparação histórica. Como a PNAD continua mantendo a mesma sistemática do Censo Demográfico anterior a 2010, a solução encontrada foi trabalhar com a estrutura média da taxa por anos de estudo da PNAD 2011 (próxima do Censo Demográfico 2010) e aplicá-la à taxa de mortalidade infantil, por Unidades da Federação, para o ano de 2010.

Apesar dos avanços alcançados nos últimos anos no País e da inserção de novas gerações no sistema escolar, observa-se que ainda é importante a proporção das mulheres em idade fértil de 15 a 49 anos que possuem baixa escolaridade. As piores situações são nitidamente encontradas nas Regiões Norte e Nordeste, onde as mulheres ainda estão inseridas em ocupações, em geral, de maior informalidade e, portanto, de menor remuneração.

Levando em consideração uma aproximação estatística ao conceito de analfabetismo funcional adotado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization - UNESCO) – pessoas com até 3 anos de instrução –, observa-se que, em 2011, a Região Nordeste ainda exibía altas proporções de mulheres de 15 a 49 anos nessa faixa de anos de estudo (29,3%), seguida da Região Norte (25,1%), enquanto as demais apresentavam menores proporções (abaixo de 19%) (Tabela 17).

Tabela 17 - Proporção de mulheres de 15 a 49 anos de idade, por anos de estudo, segundo as Grandes Regiões - 2011

Grandes Regiões	Proporção de mulheres de 15 a 49 anos de idade (%)			
	Total	Anos de estudo		
		Até 3 anos	4 a 7 anos	8 anos ou mais
Brasil	100,0	21,1	24,7	54,2
Norte	100,0	25,1	25,0	49,9
Nordeste	100,0	29,3	24,4	46,3
Sudeste	100,0	16,9	24,0	59,1
Sul	100,0	17,0	28,0	55,0
Centro-Oeste	100,0	18,6	22,7	58,7

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011.

Os resultados encontrados para a mortalidade infantil, considerando a escolaridade das mulheres (0 a 3 anos, 4 a 7 anos e 8 anos ou mais de estudo), confirmam a associação existente entre esse indicador e a posição socioeconômica da mulher, no sentido de que os grupos menos instruídos ainda ostentam taxa com valores mais elevados, enquanto os grupos intermediários e os mais instruídos detêm os menores valores (Tabela 18).

Em 2010, a mortalidade infantil era de 23,8‰ entre as crianças cujas mães tinham até 3 anos de instrução (analfabetas funcionais), porém, entre aquelas cujas mães possuíam 8 anos ou mais de estudo, essa taxa era de apenas 9,9‰ – um diferencial de cerca de 140% (Tabela 16). Este valor é um forte indicativo de que as desigualdades entre os dois estratos sociais frente à morte continuam ainda elevadas, apesar dos avanços que vêm se sucedendo.

A despeito dos acentuados declínios observados em todos os estados da Região Nordeste, a situação ainda continua exigindo cuidados, particularmente nos estratos sociais de mães com menor nível de escolaridade, em que a taxa de mortalidade infantil ainda é elevada quando comparada com a observada nos segmentos mais instruídos. Na maior parte dos estados nordestinos, a mortalidade de crianças cujas mães têm baixo nível de escolaridade ainda é mais que o dobro da observada entre as crianças com mães de maior escolaridade, destacando-se Alagoas, onde essa diferença é três vezes maior (Tabela 18).

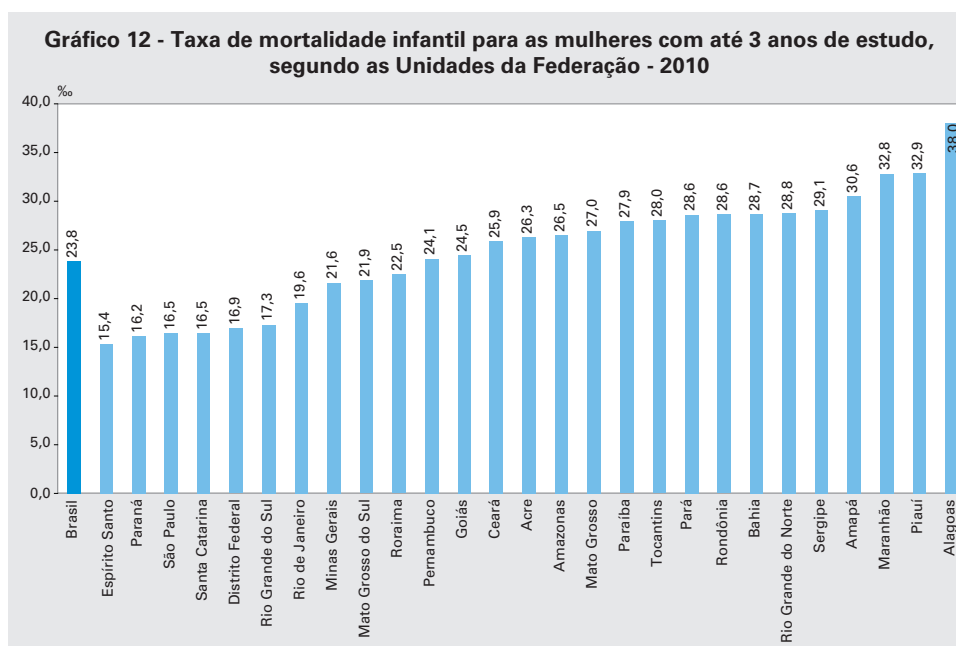
Tabela 18 - Taxa de mortalidade infantil, por anos de estudo da mãe, segundo as Unidades da Federação - 2010

Unidades da Federação	Taxa de mortalidade infantil (%)				Razão entre a taxa de mortalidade infantil das mulheres com até 3 anos de estudo e a das mulheres com 8 anos ou mais de estudo
	Total	Anos de estudo da mãe			
		Até 3 anos	4 a 7 anos	8 anos ou mais	
Brasil	17,2	23,8	15,8	9,9	2,4
Rondônia	22,8	28,6	21,1	15,8	1,8
Acre	22,1	26,3	19,9	14,8	1,9
Amazonas	22,2	26,5	22,5	15,5	1,9
Roraima	18,4	22,5	16,9	15,4	1,9
Pará	20,3	28,6	19,4	12,5	2,3
Amapá	24,6	30,6	26,9	17,3	1,7
Tocantins	19,4	28,0	15,9	11,6	2,5
Maranhão	29,0	32,8	23,9	15,1	1,9
Piauí	23,4	32,9	20,9	12,6	2,3
Ceará	19,7	25,9	16,7	10,0	2,9
Rio Grande do Norte	20,6	28,8	17,8	10,6	2,7
Paraíba	22,9	27,9	17,9	11,0	2,6
Pernambuco	18,5	24,1	13,5	8,9	3,2
Alagoas	30,2	38,0	21,5	12,1	2,4
Sergipe	22,6	29,1	19,1	11,5	2,5
Bahia	23,1	28,7	20,6	13,0	2,2
Minas Gerais	14,6	21,6	13,1	11,2	2,6
Espirito Santo	12,0	15,4	12,4	9,0	3,2
Rio de Janeiro	14,1	19,6	14,8	11,4	2,5
São Paulo	12,0	16,5	14,5	9,3	3,1
Paraná	12,1	16,2	12,3	9,7	2,9
Santa Catarina	11,2	16,5	10,1	7,6	3,8
Rio Grande do Sul	11,4	17,3	11,9	8,8	3,2
Mato Grosso do Sul	17,0	21,9	16,9	12,7	2,3
Mato Grosso	19,5	27,0	18,8	14,3	2,0
Goiás	17,7	24,5	16,7	13,8	2,1
Distrito Federal	12,0	16,9	13,5	9,1	3,1

Fonte: IBGE, Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

No Gráfico 12, tem-se uma visão geral das diferenças identificadas na taxa de mortalidade infantil, para o Brasil e as Unidades da Federação, considerando as mães com até 3 anos de escolaridade. Os Estados de Alagoas, Piauí, Maranhão, dentre outros, apesar das importantes quedas na taxa de mortalidade infantil nos últimos 10 anos, ainda mantêm indicadores que são o dobro dos observados em estados do Centro-Sul do País.

À luz desses resultados, constata-se que o Brasil ainda apresenta intensas heterogeneidades internas no tocante à mortalidade infantil, a despeito dos avanços verificados ao longo dos últimos 25 anos. Na Região Nordeste, em particular, apesar dos progressos observados em sua fase mais recente, a mortalidade infantil continua sendo considerada elevada em várias áreas, sendo relacionada não só às causas associadas à primeira infância, mas também às decorrentes da precariedade do saneamento básico e do acesso aos serviços de saúde.



Fonte: IBGE, Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

A não cobertura universal de importantes serviços que se mostraram responsáveis pela queda da mortalidade infantil nas áreas mais dinâmicas do País, e a sua estrutura econômica mais rígida, sobretudo entre contingentes ainda expressivos das populações nortista e nordestina, continuam sendo entraves à maior intensificação do processo de queda da mortalidade infantil nessas regiões.

Por fim, em decorrência das observações realizadas, cabe enfatizar que o nível médio da mortalidade infantil brasileira estimado para 2010, da ordem de 17,2 óbitos infantis por mil nascidos vivos (Tabela 18), é bastante influenciado pelos níveis relativamente elevados que ainda preponderam em áreas das Regiões Norte e Nordeste. Para amortizar esses efeitos, em um curto período de tempo, as políticas sociais, econômicas e de saúde deverão ser não só intensificadas, mas também reorientadas e monitoradas, concentrando-se cada vez mais esforços nessas duas Grandes Regiões.

O processo de evolução da fecundidade no Brasil e os impactos da transição recente

Evolução da fecundidade no Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação

Neste capítulo, será analisada a evolução histórica da taxa de fecundidade no Brasil, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, levando em consideração, como *proxy* de estratificação social, a escolaridade das mulheres. Para tanto, será calculada a taxa de fecundidade total³⁸, bem como a estrutura da taxa específica de fecundidade, de acordo com a estrutura etária das mulheres em idade fértil.

Níveis elevados de taxa de fecundidade total estão associados a estruturas etárias muito jovens e baixa proporção de pessoas idosas. Essa era a situação brasileira predominante até meados da década de 1960, período em que se iniciava também a difusão dos métodos anticonceptivos no País, sobretudo nas Regiões Sudeste e Sul, conforme discutido no Capítulo 2, **Transformações socioeconômicas e seus efeitos sobre a dinâmica da população**. Em 1940, essas Grandes Regiões, onde as estruturas econômicas se situavam em níveis mais avançados, exibiam valores mais baixos de taxa de fecundidade total, de maneira que as diferenças observadas em relação às Regiões Norte e Nordeste eram, em média, de 1,5 filho. Essa diferença foi se ampliando nas décadas seguintes, a tal ponto que, em 1970, a Região Nordeste apresentava uma taxa de fecundidade total pouco inferior a 3 filhos por mulher, comparativamente à Região Sudeste, e, no caso da Região Norte, esse valor era de mais de 3,5 filhos (Tabela 19 e Gráfico 13).

³⁸ Conceitualmente, a taxa de fecundidade total representa o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final de seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico. Esse indicador é o principal determinante da dinâmica demográfica, não sendo afetado pela estrutura etária da população. Expressa a situação reprodutiva de uma mulher pertencente a uma coorte hipotética, sujeita às taxas específicas de fecundidade por idade, observadas na população em estudo, supondo-se a ausência de mortalidade nesta coorte, mediante o emprego de técnica indireta desenvolvida por Brass e outros (1968, 1975).

A distinção entre os padrões regionais do comportamento reprodutivo revelou-se extremamente nítida entre 1960 e 1980, expressando o ritmo e a intensidade desigual da modernização econômica, social e cultural do País. Assim,

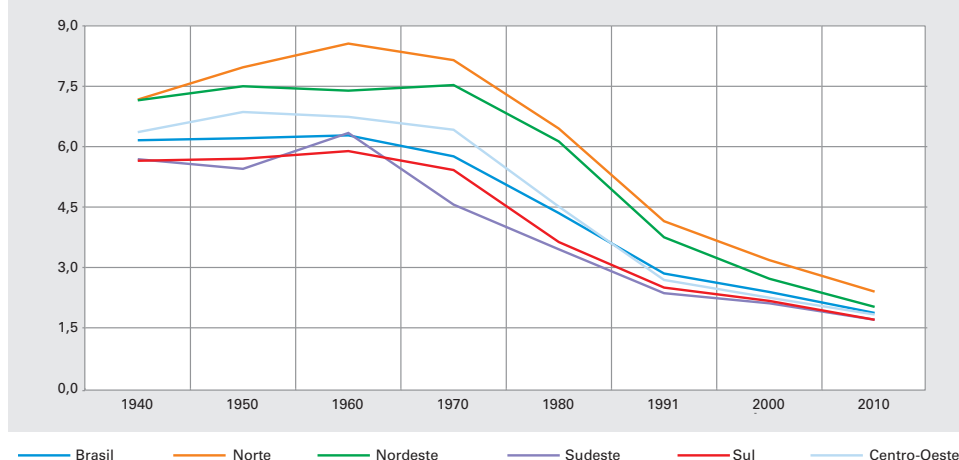
[...] no decorrer do século, com o avanço da industrialização, da urbanização, da proletarianização e assalariamento de centenas de milhares de trabalhadores em movimento nas diversas Regiões do País, as mudanças no comportamento reprodutivo vão se acentuar sobremaneira nas Regiões e Unidades da Federação que lideraram esses processos (SIMÕES; OLIVEIRA, 1988, p. 11).

Tabela 19 - Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões - 1940/2010

Grandes Regiões	Taxa de fecundidade total							
	1940	1950	1960	1970	1980	1991	2000	2010
Brasil	6,2	6,2	6,3	5,8	4,4	2,9	2,4	1,9
Norte	7,2	8,0	8,6	8,2	6,5	4,2	3,2	2,4
Nordeste	7,2	7,5	7,4	7,5	6,1	3,8	2,7	2,0
Sudeste	5,7	5,5	6,3	4,6	3,5	2,4	2,1	1,7
Sul	5,7	5,7	5,9	5,4	3,6	2,5	2,2	1,7
Centro-Oeste	6,4	6,9	6,7	6,4	4,5	2,7	2,3	1,8

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 13 - Taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões - 1940/2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

A manutenção de padrões de fecundidade relativamente estáveis na maioria das Grandes Regiões brasileiras até 1960/1970 expressa o grau de exposição destas à hegemonia das relações sociais e econômicas de cunho tradicional. Com efeito, a maioria dessas regiões, ainda que dispusesse, antes de 1960, de núcleos urbanos com industrialização incipiente e estabelecimentos agrícolas de caráter empresarial, apresentava a maioria de sua população residindo em áreas rurais e pequenas cidades, envolvidas em atividades econômicas em que as relações de mercado não eram hegemônicas. Nesse sentido, o estímulo à queda da fecundidade, via elevação dos

custos monetários de reprodução dos filhos, era quase inexistente, prevalecendo as normas, os valores e as estratégias familiares compatíveis com os mecanismos tradicionais da chamada economia de subsistência.

A trajetória histórica da fecundidade no Brasil, portanto, se caracteriza pela secular estabilidade de seus padrões em níveis elevados até meados da década de 1960, excetuando-se o comportamento observado em algumas Unidades da Federação das Regiões Sul e, sobretudo, Sudeste, onde as condições para o declínio suave desses valores já vinham se estabelecendo há mais tempo.

A partir de uma reflexão mais profunda com base nas Tabelas 19 e 20 e no Gráfico 13, depreende-se que a década de 1970, para a maioria das Grandes Regiões, constitui o ponto de ruptura dos padrões tradicionalmente dominantes no comportamento da fecundidade. Assim é que, entre 1970 e 1980, a taxa de fecundidade total no Brasil se reduziu em 24,5%. O processo, embora tenha atingido todas as regiões, foi mais acentuado no Centro-Sul mais desenvolvido e, com um menor ritmo relativo, nas Regiões Norte e Nordeste, onde, mesmo assim, a queda atingiu também valores em torno de 20% (Tabela 20).

Tabela 20 - Variação relativa da taxa de fecundidade total, segundo as Grandes Regiões - 1940/2010

Grandes Regiões	Variação relativa da taxa de fecundidade total						
	1940/1950	1950/1960	1960/1970	1970/1980	1980/1991	1991/2000	2000/2010
Brasil	0,8	1,1	(-) 8,3	(-) 24,5	(-) 34,5	(-) 16,1	(-) 21,8
Norte	11,2	7,4	(-) 4,8	(-) 20,9	(-) 35,7	(-) 23,4	(-) 24,5
Nordeste	4,9	(-) 1,5	1,9	(-) 18,6	(-) 38,8	(-) 27,5	(-) 25,7
Sudeste	(-) 4,2	16,3	(-) 28,1	(-) 24,3	(-) 31,6	(-) 10,6	(-) 19,4
Sul	0,9	3,3	(-) 8,0	(-) 33,0	(-) 31,1	(-) 13,2	(-) 21,7
Centro-Oeste	7,9	(-) 1,7	(-) 4,7	(-) 29,8	(-) 40,4	(-) 16,4	(-) 18,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Na Região Sudeste e, em menor escala, na Região Sul, o início da transição da fecundidade, de altos para baixos níveis, ocorreu a partir de meados da década de 1960. Nas Regiões Norte e Nordeste, por outro lado, esse fenômeno se iniciou mais tarde, ao final da década de 1970, com a prática, principalmente, de uma política não oficializada de esterilização – procedimento que a grande maioria das mulheres realizava na rede pública hospitalar, conforme apontam os dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF 1986, realizada pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - BEMFAM.

Tratava-se de um fenômeno incontestavelmente novo na dinâmica populacional brasileira e, a julgar pela experiência internacional e pelas características do desenvolvimento das relações capitalistas no Brasil, o que estava em pauta era um processo nacional e específico de transição para níveis baixos de fecundidade. A velocidade do declínio da fecundidade, verificado na década de 1970, foi muito intensa, e seus efeitos nas diversas regiões não deixavam margem a possíveis especulações sobre sua reversibilidade ou mesmo não continuidade. Era um processo irreversível que, acompanhando a dinâmica socioeconômica, adequou a reprodução demográfica às

lógicas institucional e ideológica das relações econômicas modernas. Esse fato foi plenamente comprovado nas décadas posteriores.

Esse processo, contudo, vinha acontecendo em um País

[...] com uma especificidade histórica decorrente de seu desenvolvimento desigual e retardatário, onde as relações econômicas modernas coexistiam com formas atrasadas e aparentemente caducas, ora as destruindo, ora as recriando, em muitos casos, não as alterando significativamente. É nessa manutenção de formas atrasadas, perpassadas apenas parcialmente pelas novas relações econômicas, institucionais e ideológicas, que se estabelecem as barreiras e os limites sociais e temporais para os processos de racionalização da reprodução social das populações (SIMÕES; OLIVEIRA, 1988, p. 18).

O processo de declínio da fecundidade, sobretudo a partir dos anos 1980, generalizou-se em todo o País e grupos sociais, de tal forma que, em 2010, mesmo as Grandes Regiões que antes apresentavam fecundidade ainda relativamente elevada, experimentaram um notável decréscimo em seu valor. Desse modo, em 2010, a taxa de fecundidade total das mulheres nordestinas reduziu-se a 2,0 filhos, próxima dos valores observados nas Regiões Sudeste (1,7 filho), Sul (1,7 filho) e Centro-Oeste (1,8 filho). Assim, com exceção da Região Norte, não obstante a tendência de queda nesse indicador, todas as demais regiões brasileiras já exibem valores abaixo dos níveis de reposição³⁹, com taxa de fecundidade total inferior a 2,1 filhos por mulher (Tabela 19 e Gráfico 13).

Importa ressaltar, no entanto, que as Regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram os maiores declínios na fecundidade em sua fase mais recente, desde 1980, enquanto nas Regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, conforme já discutido, essas quedas se iniciaram em período anterior, de 1960 a 1980 (Tabela 20).

Na análise das informações da taxa de fecundidade total, segundo as Unidades da Federação (Tabela 21), observa-se que, de um modo geral, os resultados revelam um padrão similar ao das Grandes Regiões (Tabela 19).

Os estados que formam as Regiões Norte e Nordeste do País apresentavam, em 1970, os maiores níveis desse indicador, variando de 7 a 9 filhos, ao passo que os estados do Centro-Sul, exceto Minas Gerais e Espírito Santo, na Região Sudeste, bem como Paraná e Santa Catarina, na Região Sul, exibiam os menores valores. Nesses quatro, em 1970, os níveis de fecundidade eram levemente inferiores aos prevalentes na grande maioria dos estados nordestinos (Tabela 21).

Existem distintos motivos que explicam essa similaridade. Embora o Estado de Minas Gerais faça parte da Região Sudeste, apresentava um elevado contingente de população rural e um conjunto de sub-regiões com baixo índice de desenvolvimento. Além disso, tal como ocorria com a Região Nordeste, Minas Gerais também era uma área de expulsão populacional, principalmente direcionada para os estados que, à época, estavam se beneficiando da ampliação das atividades econômicas, como São Paulo e Rio de Janeiro e a fronteira agrícola do norte do Paraná.

No caso dos Estados do Paraná e de Santa Catarina, ao contrário, estes constituíam áreas de expansão agrícola, mormente na cultura do café, e atraíam contingentes de imigrantes de várias regiões, cujo padrão de fecundidade ainda era elevado.

³⁹ Demograficamente, uma população que tenha uma taxa total de fecundidade de 2,1 filhos por mulher terá atingido o nível de reposição, ou seja, aquele valor que garante a reposição futura da geração presente. Quando esse valor é inferior, as gerações futuras não estarão garantidas e a população começará a declinar, caso o saldo migratório não compense essa redução.

Tabela 21 - Taxa de fecundidade total, segundo as Unidades da Federação - 1970/2010

Unidades da Federação	Taxa de fecundidade total				
	1970	1980	1991	2000	2010
Rondônia	9,7	6,2	3,5	2,7	2,0
Acre	9,9	6,9	4,9	3,6	2,8
Amazonas	8,6	6,8	4,5	3,3	2,6
Roraima	8,6	6,1	4,0	3,6	2,6
Pará	7,7	6,3	4,3	3,1	2,4
Amapá	8,2	7,0	4,7	3,9	2,7
Tocantins	...	...	4,0	2,9	2,2
Maranhão	7,3	6,9	4,7	3,2	2,5
Piauí	7,8	6,5	3,8	2,7	2,0
Ceará	7,7	6,1	3,8	2,8	2,0
Rio Grande do Norte	8,4	5,7	3,4	2,6	1,9
Paraíba	7,7	6,2	3,8	2,5	2,0
Pernambuco	7,0	5,4	3,3	2,6	1,9
Alagoas	7,6	6,7	4,1	3,1	3,2
Sergipe	7,9	6,0	3,6	2,9	2,0
Bahia	7,5	6,2	3,6	2,5	1,9
Minas Gerais	6,2	4,3	2,7	2,2	1,7
Espirito Santo	6,4	4,3	2,8	2,2	1,8
Rio de Janeiro	4,1	2,9	2,1	2,1	1,7
São Paulo	3,9	3,2	2,3	2,1	1,7
Paraná	6,4	4,1	2,6	2,2	1,8
Santa Catarina	6,1	3,8	2,6	2,1	1,7
Rio Grande do Sul	4,3	3,1	2,2	2,2	1,7
Mato Grosso do Sul	7,0	4,4	2,9	2,4	2,0
Mato Grosso	7,6	4,7	3,1	2,4	2,0
Goiás	6,5	4,7	2,6	2,2	1,7
Distrito Federal	5,6	3,6	2,4	2,0	1,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

No período de 1970 a 2010, a fecundidade declinou fortemente em todos os estados do Centro-Sul do Brasil, porém, naqueles das Regiões Norte e Nordeste, essa queda só começou a ocorrer, de forma mais acentuada, a partir da década de 1980. Dentre os estados da Região Norte, Rondônia e Acre detinham os maiores níveis de fecundidade em 1970, aproximadamente 10 filhos por mulher, enquanto nos demais os valores variavam entre 7,7 (Pará) e 8,6 filhos por mulher (Amazonas e Roraima) (Tabela 21).

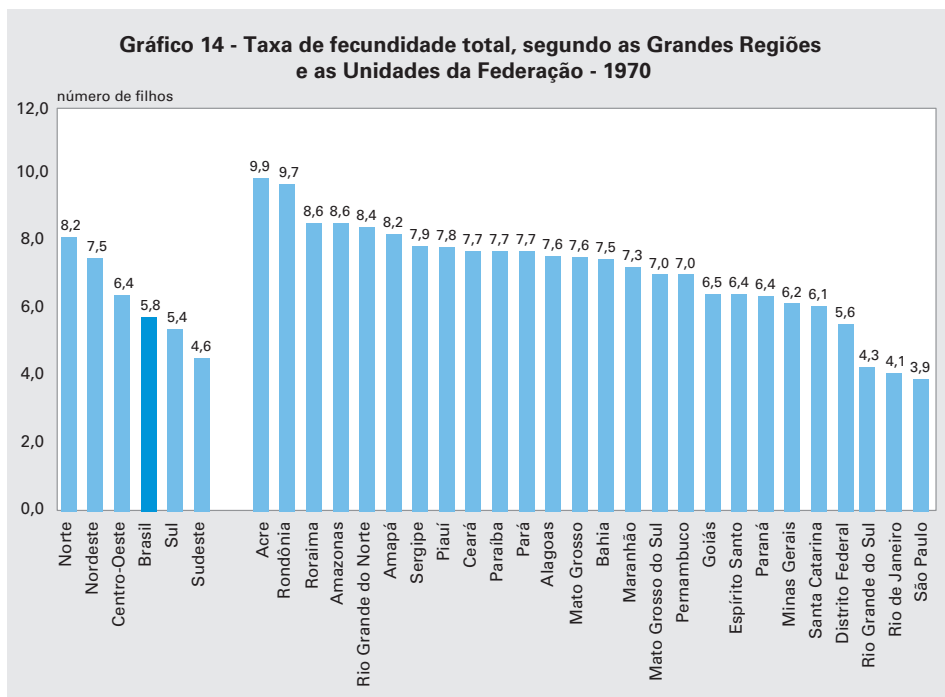
Em 2010, Rondônia, com taxa de fecundidade total de 2,0 filhos por mulher, se destacou como o único estado da Região Norte com nível de reprodução abaixo de 2,1 filhos por mulher, em contraposição aos demais integrantes da região, que ainda exibiam valores um pouco acima desse parâmetro, com destaque para Acre e Amapá (2,8 filhos e 2,7 filhos por mulher, respectivamente) (Tabela 21). Cabe esclarecer, no entanto, que o menor valor encontrado para Rondônia se deve ao fato de que esse estado, ao fazer parte de área de fronteira agrícola no período posterior a 1970, atraiu contingentes significativos de imigrantes da Região Sul do País, onde já se vivenciavam processos de transição para baixa fecundidade. Um outro fator que explica as fortes quedas nos níveis de fecundidade na Região Norte desde 1980 está

relacionado ao uso de métodos anticonceptivos, sobretudo a esterilização, que foi o procedimento mais utilizado pelas mulheres nortistas e nordestinas nesse período, conforme já discutido anteriormente.

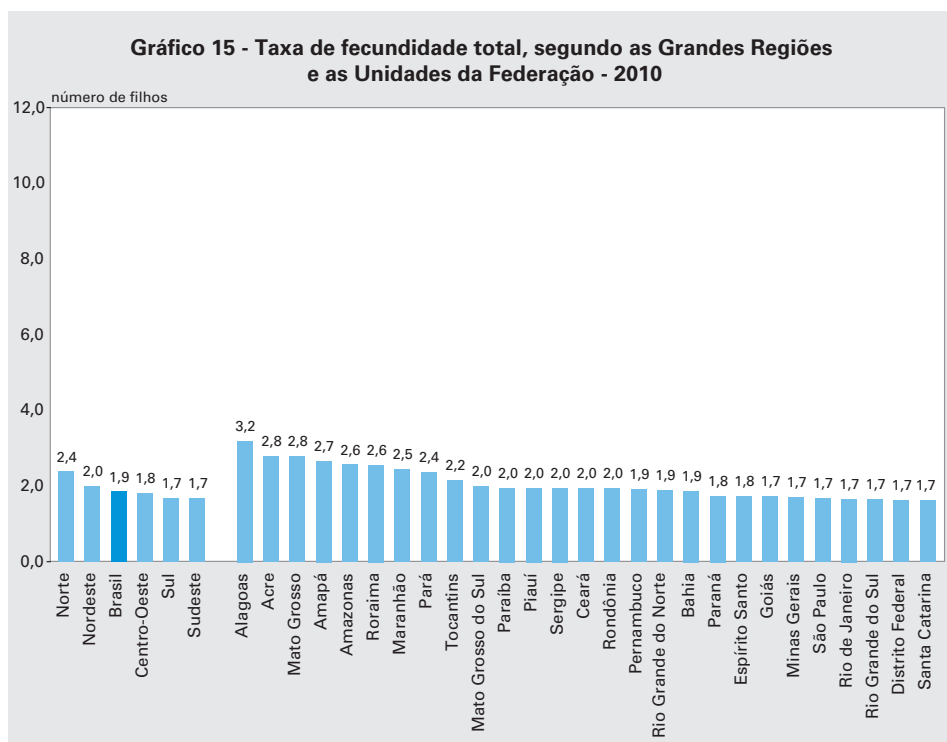
Nas Regiões Norte e Nordeste, a opção intensa pela esterilização teve fortes impactos na aceleração da redução de seus respectivos níveis de fecundidade. Em 1970, a média era superior a 7 filhos por mulher em todos os estados dessas áreas específicas, com declínios suaves na década seguinte. A partir dos anos posteriores a 1991, porém, em decorrência do efeito de tal procedimento, a velocidade de queda desse indicador, principalmente na Região Nordeste, induziu a que a taxa de fecundidade total da região se situasse abaixo dos níveis de reposição em 2010 (2,1 filhos por mulher). Destacam-se como exceções os Estados do Maranhão e Alagoas, com 2,5 e 3,2 filhos por mulher, respectivamente (Tabela 21).

Uma percepção mais clara das alterações verificadas no quadro da fecundidade no Brasil pode ser extraída dos Gráficos 14 e 15, que apresentam, de forma hierarquizada, a taxa de fecundidade total para o Brasil, as Grandes Regiões e as Unidades da Federação, em 1970 e 2010, respectivamente.

As imagens dos gráficos, de uma certa forma, sintetizam toda a discussão feita até aqui sobre os impactos positivos das ações e políticas públicas sociais, bem como sobre o importante papel que a mulher brasileira vem desempenhando na sociedade, fatores estes que, agregados à melhoria do acesso à educação por parte da população, foram determinantes da redução dos níveis de fecundidade nos últimos 40 anos.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970.



Fonte: IBGE, Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Impacto da educação da mãe nos níveis de fecundidade⁴⁰

A educação da mãe tem sido uma das principais variáveis a receber atenção especial nos estudos de fecundidade e mortalidade, não só por constituir um fator importante na transformação da conduta da mulher frente à reprodução, como também por ser considerada um indicador *proxy* de estratificação social. Além disso, a educação influencia o comportamento da mãe desde a gravidez até a criação dos filhos. A adoção de práticas mais saudáveis, a maior percepção dos cuidados e tratamentos de higiene e de saúde dos filhos, e um maior poder de decisão, em tese, da mãe mais instruída, dentro do domicílio, sobretudo em relação à proteção das crianças, estariam por trás do papel da educação. Esses fatores, em conjunto, implicam não só a redução dos níveis de fecundidade, mas também a melhoria das condições de sobrevivência das crianças.

No Brasil, apesar dos avanços alcançados, no decorrer das últimas duas décadas, na inserção de novas gerações no sistema escolar, observa-se que ainda é significativa a proporção das mulheres que possuem baixa escolaridade, quando se considera o grupo daquelas em idade fértil (15 a 49 anos).

⁴⁰ Os critérios de desagregação dos estratos de educação da mulher aqui utilizados são os mesmos do capítulo anterior, quando do estudo da mortalidade infantil.

Esse quadro, que é geral no País como um todo, assume relevância quando se consideram as desigualdades regionais. As piores situações, conforme já discutido, são encontradas nas regiões menos desenvolvidas econômica e socialmente. O quadro, apesar das melhorias mais recentes, continua apresentando grandes desafios para importantes segmentos populacionais, sobretudo as mulheres que se declararam de menor nível de escolaridade e que, por conseguinte, ocupam as piores ocupações, geralmente as de maior informalidade e, portanto, de menor remuneração.

O acesso desigual à educação, como era de se esperar, se reflete nos diferentes níveis e padrões de fecundidade, ou seja: os resultados encontrados para o País e suas desagregações geográficas e sociais confirmam a associação entre os níveis de instrução e os de fecundidade, no sentido de que os grupos de mulheres menos instruídas ainda apresentam taxa de fecundidade mais elevada. Cabe esclarecer, no entanto, que as diferenças entre a taxa de fecundidade total do primeiro e do último estrato educacional (até 3 anos de estudo e 8 anos ou mais de estudo, respectivamente) vêm se reduzindo de maneira acentuada nas últimas quatro décadas, independentemente da Grande Região de residência (Tabela 22 e Gráfico 16).

No Brasil, o diferencial entre os estratos educacionais extremos, que era, em 1970, de 4,5 filhos por mulher, declinou para 1,6 filho em 2010 – ou seja, considerando as mulheres com até 3 anos de escolaridade, passou-se de uma taxa de fecundidade total estimada de 7,2 filhos para 3,0 filhos por mulher no período considerado. Importante destacar que, a partir de 1980, as mulheres mais instruídas começaram a apresentar taxa de fecundidade total abaixo do nível de reposição (2,1 filhos), alcançando, em 2010, o valor de 1,4 filho, indicativo de um efetivo controle da reprodução por parte desses segmentos populacionais específicos (Tabela 22 e Gráfico 16).

Uma análise mais criteriosa das informações da Tabela 22 aponta para as profundas alterações nos padrões reprodutivos da mulher brasileira, quando vistas sob uma perspectiva regional. As mulheres menos instruídas, residentes nas Regiões Norte e Nordeste, que, em 1970, tinham, respectivamente, 9,3 e 8,1 filhos, reduziram esses números para 3,7 e 2,8 filhos, respectivamente, em 2010, o que representou um declínio de mais de 60% no período. Também na Região Centro-Oeste, nesse mesmo segmento de escolaridade, ocorreu uma diminuição acentuada desse indicador, que passou de 7,5 para 2,6 filhos por mulher no mesmo período (Tabela 22).

Nas Regiões Sudeste e Sul, que apresentavam menores proporções de mulheres em idade fértil com baixa instrução, os níveis de fecundidade já eram menores em 1970, de forma que as reduções, entre 1970 e 2010, foram, em média, de 3,8 filhos por mulher. Para esse estrato educacional que, em termos proporcionais, é menos significativo nessas duas Grandes Regiões, a taxa de fecundidade total situou-se abaixo de 3,0 filhos por mulher (Tabela 22). No caso específico da Região Nordeste, à luz das informações apresentadas e analisadas anteriormente, não se pode deixar de mencionar o expressivo papel da esterilização no processo de redução da fecundidade das mulheres com baixa instrução.

Tabela 22 - Taxa de fecundidade total, por anos de estudo da mulher, segundo as Grandes Regiões - 1970/2010

Grandes Regiões	Taxa de fecundidade total				Diferença entre o número de filhos do 1º e 3º estratos
	Total	Anos de estudo da mulher			
		Até 3 anos	4 a 7 anos	8 anos ou mais	
Brasil					
1970	5,8	7,2	4,3	2,7	4,5
1980	4,4	6,2	3,6	2,1	4,2
1991	2,9	4,0	3,0	1,8	2,2
2000	2,4	3,5	2,8	1,6	1,8
2010	1,9	3,0	2,4	1,4	1,6
Norte					
1970	8,2	9,3	6,1	3,8	5,5
1980	6,5	8,1	5,5	3,7	4,3
1991	4,2	5,6	4,1	2,4	3,2
2000	3,2	4,7	3,4	2,0	2,8
2010	2,4	3,7	2,7	1,6	2,2
Nordeste					
1970	7,5	8,1	5,9	2,9	5,3
1980	6,1	7,2	5,0	3,3	3,9
1991	3,8	4,9	3,4	2,1	2,8
2000	2,7	3,7	2,8	1,7	2,1
2010	2,0	2,8	2,2	1,3	1,6
Sudeste					
1970	4,6	6,2	3,7	2,2	4,0
1980	3,5	4,7	3,1	1,9	2,8
1991	2,4	3,2	2,7	1,7	1,4
2000	2,1	2,9	2,7	1,6	1,3
2010	1,7	2,4	2,2	1,3	1,1
Sul					
1970	5,4	6,6	4,3	2,6	4,0
1980	3,6	4,8	3,3	2,1	2,7
1991	2,5	3,6	2,8	1,9	1,7
2000	2,2	3,2	2,7	1,7	1,5
2010	1,7	2,8	2,3	1,4	1,3
Centro-Oeste					
1970	6,4	7,5	4,7	2,9	4,6
1980	4,5	5,7	3,9	2,8	2,9
1991	2,7	3,7	2,8	2,1	1,6
2000	2,3	3,1	2,7	1,7	1,4
2010	1,8	2,6	2,3	1,4	1,2

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 16 - Diferença entre a taxa de fecundidade total das mulheres com até 3 anos de estudo e a das mulheres com 8 anos ou mais de estudo, segundo as Grandes Regiões - 1970/2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

A Tabela 23 apresenta as diferenças entre a taxa de fecundidade total do primeiro e do último estrato educacional (até 3 anos de estudo e 8 anos ou mais de estudo, respectivamente), segundo as Unidades Federação, em 2010, enquanto o Gráfico 17 exibe, de forma hierarquizada, essas informações.

Os resultados estimados para cada Unidade da Federação reproduzem as situações da região da qual fazem parte. Constatou-se que, independentemente da Unidade da Federação, em 2010, as mulheres com 8 anos ou mais de estudo apresentavam taxa de fecundidade total bem inferior ao nível de reposição (Tabela 23).

Levando em consideração a situação da fecundidade das mulheres do estrato educacional com até 3 anos de estudo, nota-se que, à exceção de Rondônia (2,5 filhos por mulher), todos os demais estados da Região Norte apresentaram nível de fecundidade igual ou superior a 3,2 filhos por mulher. No Amapá, inclusive, esse valor alcançou 4,1 filhos por mulher, registrando a maior diferença entre o número de filhos de mulheres nessa região (2,5), considerando os dois estratos educacionais extremos (Tabela 23 e Gráfico 17).

Nos estados da Região Nordeste, à exceção de Alagoas (4,5 filhos por mulher) e Maranhão (3,5 filhos por mulher), a taxa de fecundidade total das mulheres do estrato educacional com até 3 anos de estudo variou entre 2,6 e 2,8 filhos por mulher. Nas demais Grandes Regiões, esses valores situaram-se abaixo de 3 filhos por mulher, destacando-se os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, onde as taxas, idênticas, corresponderam a 2,3 filhos por mulher (Tabela 23).

Observando-se as diferenças entre a taxa de fecundidade total dos dois estratos educacionais extremos, segundo as Unidades da Federação, conclui-se que, em 2010, um número significativo de estados (19) apresentava diferenças inferiores a 1,7 filhos, e em apenas oito estados as diferenças superaram esse valor (Gráfico 17).

Tabela 23 - Diferença entre o número de filhos das mulheres com até 3 anos de estudo e o das mulheres com 8 anos ou mais de estudo, segundo as Unidades da Federação - 2010

Unidades da Federação	Taxa de fecundidade total			Diferença entre o número de filhos das mulheres com até 3 anos de estudo e o das mulheres com 8 anos ou mais de estudo
	Total	Anos de estudo das mulheres		
		Até 3 anos	8 anos ou mais	
Rondônia	2,0	2,5	1,4	1,1
Acre	2,8	3,6	1,6	2,0
Amazonas	2,6	3,8	1,6	2,2
Roraima	2,6	3,5	1,7	1,8
Pará	2,4	3,5	1,4	2,1
Amapá	2,7	4,1	1,6	2,5
Tocantins	2,2	3,2	1,5	1,7
Maranhão	2,5	3,5	1,5	2,0
Piauí	2,0	2,6	1,2	1,5
Ceará	2,0	2,8	1,2	1,6
Rio Grande do Norte	1,9	2,7	1,2	1,5
Paraíba	2,0	2,6	1,3	1,3
Pernambuco	1,9	2,8	1,2	1,6
Alagoas	3,2	4,5	1,7	2,8
Sergipe	2,0	2,7	1,2	1,5
Bahia	1,9	2,6	1,2	1,5
Minas Gerais	1,7	2,5	1,2	1,3
Espírito Santo	1,8	2,5	1,2	1,3
Rio de Janeiro	1,7	2,3	1,3	1,0
São Paulo	1,7	2,3	1,4	0,9
Paraná	1,8	2,6	1,4	1,2
Santa Catarina	1,7	2,5	1,3	1,2
Rio Grande do Sul	1,7	2,5	1,2	1,3
Mato Grosso do Sul	2,0	2,9	1,4	1,5
Mato Grosso	2,0	2,8	1,4	1,4
Goiás	1,7	2,4	1,3	1,1
Distrito Federal	1,7	2,4	1,4	1,1

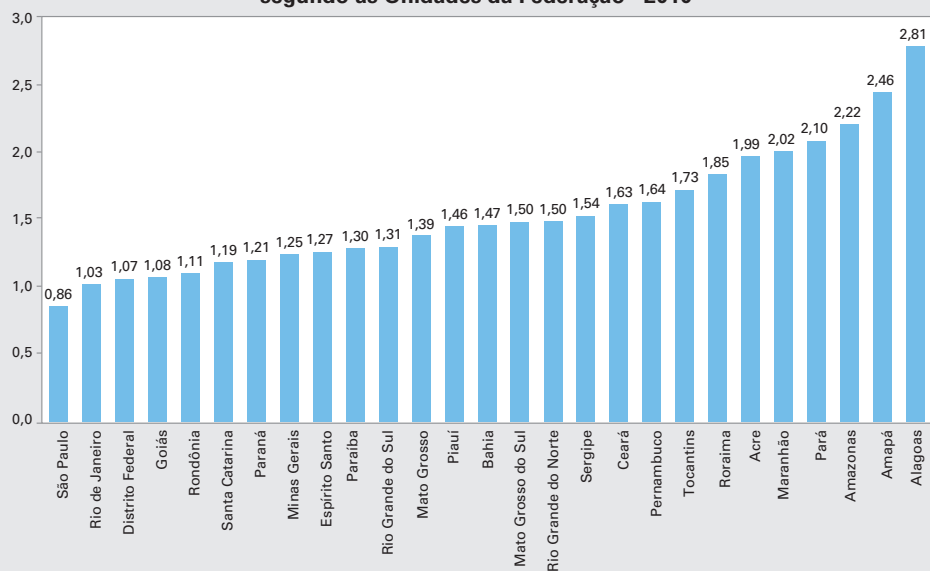
Fonte: Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Em síntese, a partir das informações apresentadas, pode-se inferir que o aumento da instrução feminina foi, e continua sendo, um importante condicionante da redução do número de filhos, associado à perspectiva de um melhor posicionamento na estrutura e nos padrões de consumo e valorização da sociedade.

Independentemente da melhoria da escolaridade como fator de redução da fecundidade, observou-se, porém, que, mesmo nos segmentos sociais de menor instrução, os níveis de fecundidade também se reduziram de forma intensa. Isso indica que expressivas parcelas da população de mais baixa escolaridade vêm, nas últimas décadas, incorporando padrões de comportamento reprodutivo típicos de segmentos da classe média moderna.

Em uma época onde os apelos sociais e culturais em favor da redução do número de filhos estão presentes em diversas manifestações do cotidiano de vida das pessoas, não é de se estranhar que a aceitação desses valores se generalize por distintas classes e grupos sociais, embora a classe média seja ainda a matriz ideológica de tais padrões (SIMÕES; OLIVEIRA, 1988, p. 61).

Gráfico 17 - Diferença entre o número de filhos das mulheres com até 3 anos de estudo e o das mulheres com 8 anos ou mais de estudo, segundo as Unidades da Federação - 2010



Fonte: Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

O declínio da fecundidade acompanhou, portanto, a modernização das relações econômicas e sociais e esteve vinculado, em parte, ao grau de circulação monetária e mercantilização das relações sociais entre as pessoas e entre estas e as instituições em geral. Naturalmente, as Grandes Regiões e as Unidades da Federação onde esse processo avançou com maior intensidade conheceram, também com maior magnitude, mudanças nos padrões culturais e reprodutivos. Nas áreas onde esse processo foi menos intenso e parcial, tais transformações, em um primeiro momento, foram menos abrangentes, de tal forma que os valores tradicionais que comandavam o comportamento demográfico em parte significativa das famílias nordestinas e amazônicas, por exemplo, foram sendo alterados de forma mais lenta que a vivenciada em outras regiões.

O movimento de transição para níveis baixos de fecundidade, contudo, é absolutamente coerente, independentemente do ritmo que vem ocorrendo no País como um todo, nas Grandes Regiões, Unidades da Federação ou grupos sociais. Essa nova dinâmica vem afetando as estruturas etárias da população, bem como a organização da infraestrutura institucional e socioeconômica do País⁴¹.

Uma vez apresentadas e discutidas as reduções nos níveis de fecundidade no País, prossegue-se investigando algumas características demográficas associadas à intensificação desse processo. Um procedimento adequado para tal objetivo é o de analisar a evolução da taxa específica de fecundidade por grupos etários de mulheres.

Com efeito, o exame do comportamento reprodutivo das mulheres por meio da evolução diferenciada da taxa de fecundidade por grupos de idade possibilita uma avaliação dos padrões reprodutivos, segundo os ciclos de vida da mulher. Sob esta perspectiva, obtêm-se importantes indicações acerca da transição da fecundidade,

⁴¹ Este será um tema de discussão a ser tratado no próximo capítulo.

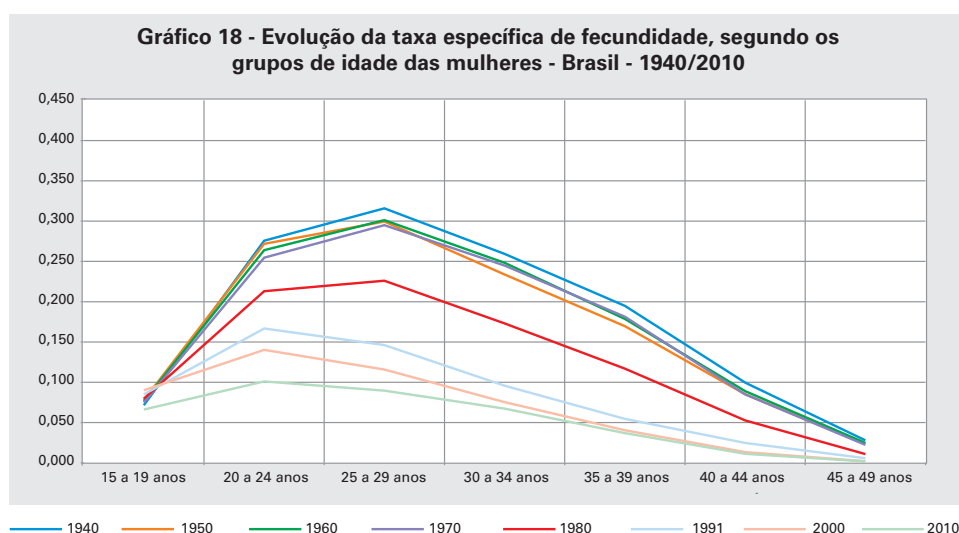
visto que padrões mais baixos ou mais elevados de fecundidade em determinadas idades tendem a refletir valores, comportamentos e mudanças fundamentais para a trajetória do fenômeno em geral.

Análise da taxa específica de fecundidade por idade

A taxa específica de fecundidade⁴² por idade, para o Brasil e as Grandes Regiões, é apresentada nos Gráficos 18 a 23, contemplando o período de 1940 a 2010. Observa-se que até 1980, tanto nacional como regionalmente, os grupos etários de 25 a 29 anos e 30 a 34 anos concentravam os maiores níveis de fecundidade, identificando-se, portanto, um chamado padrão tardio de fecundidade.

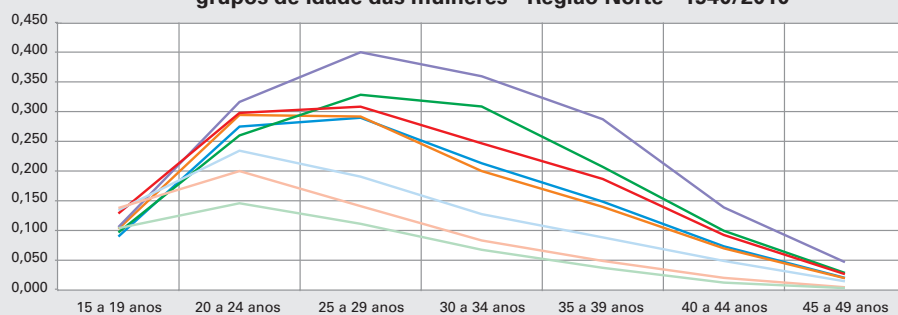
A partir dos anos 1980, estimulada pela difusão dos métodos anticonceptivos e pela forte incidência da esterilização feminina, intensificou-se a queda da fecundidade em quase todos os grupos etários, com exceção da faixa de 15 a 19 anos, que, com algumas variações, apresentou leves aumentos, mas que não podem ser considerados estatisticamente significativos, no decorrer do período, em todas as áreas focalizadas. Esses elementos foram relevantes para a mudança na estrutura da fecundidade por grupos de idade, caracterizada pelo deslocamento do padrão tardio para um padrão tipicamente jovem, com concentração da fecundidade no grupo etário de 20 a 24 anos.

Os Gráficos 18 a 23 ilustram as alterações na taxa específica de fecundidade por idade, no decorrer das últimas décadas, em particular, a partir de 1980, quando fortes reduções começaram a ser observadas. Tais diferenças são caracterizadas por sucessivos declínios da fecundidade, sobretudo a partir dos 20 anos de idade das mulheres. Em síntese, a queda no nível geral da fecundidade foi decorrente de declínios observados em praticamente todas as idades, na taxa específica de fecundidade, à exceção do grupo etário mais jovem, constituído por mulheres de 15 a 19 anos de idade, que experimentou leves incrementos.



⁴² Refere-se ao quociente, em um determinado ano, entre o número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher em uma determinada idade ou grupo etário, e o número de mulheres nesta mesma idade ou grupo etário.

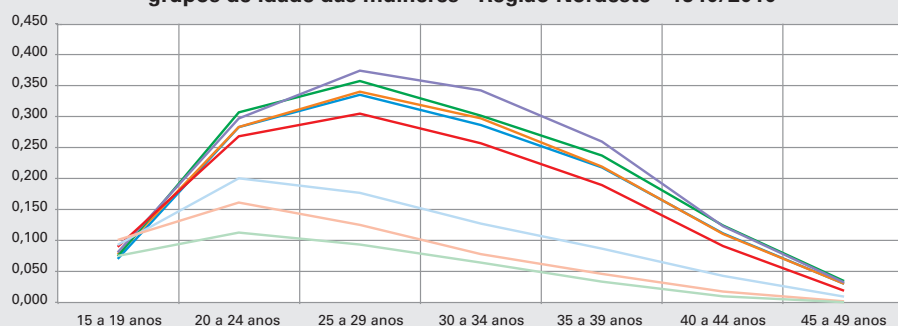
Gráfico 19 - Evolução da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Norte - 1940/2010



— 1940 — 1950 — 1960 — 1970 — 1980 — 1991 — 2000 — 2010

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

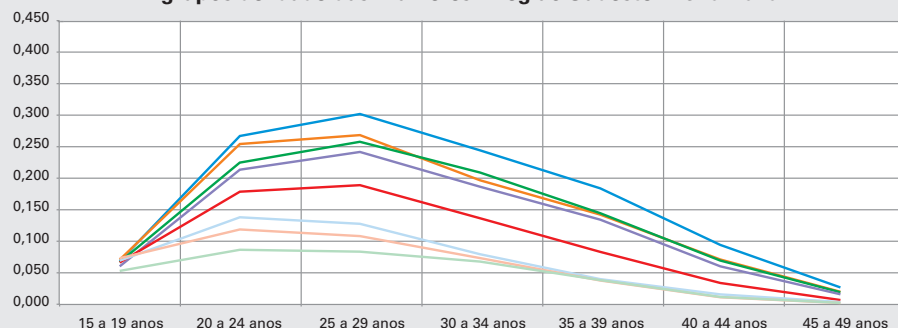
Gráfico 20 - Evolução da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Nordeste - 1940/2010



— 1940 — 1950 — 1960 — 1970 — 1980 — 1991 — 2000 — 2010

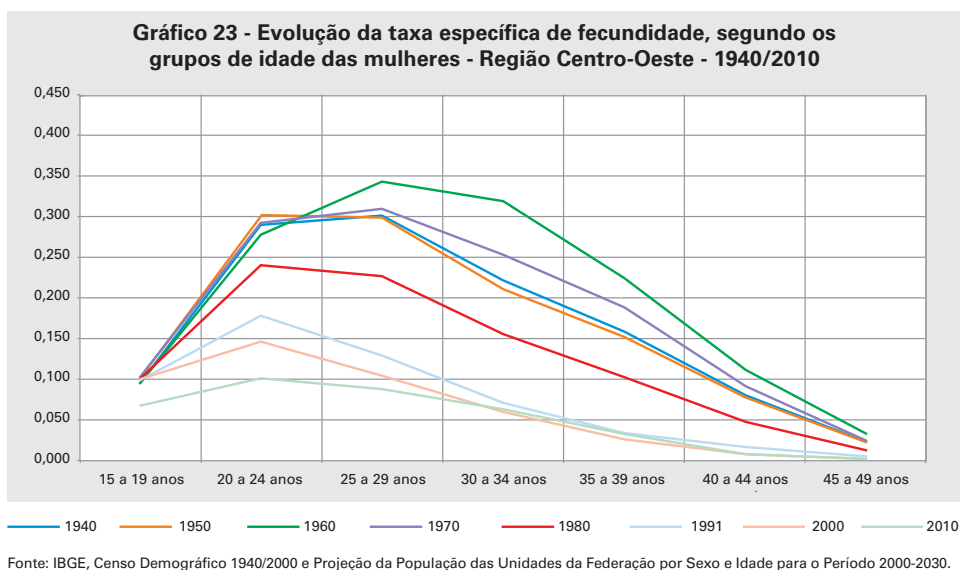
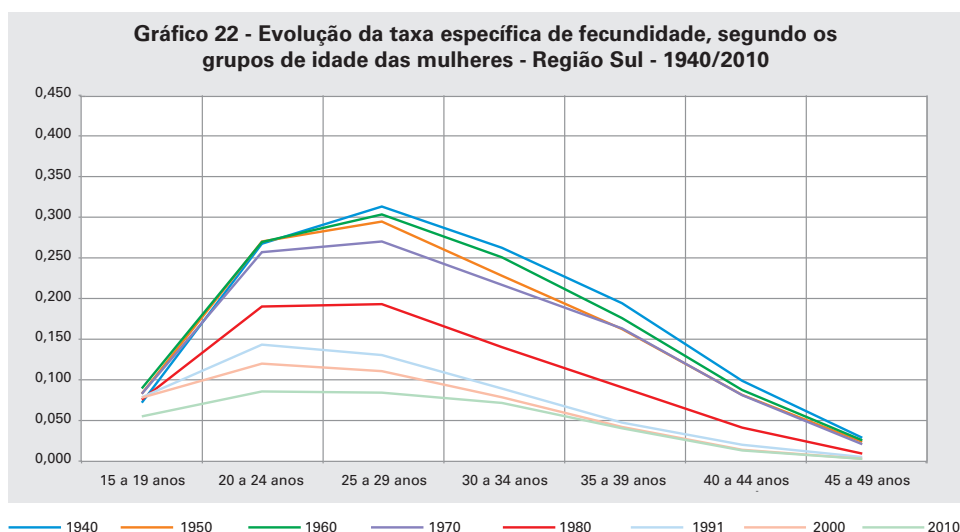
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 21 - Evolução da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Sudeste - 1940/2010



— 1940 — 1950 — 1960 — 1970 — 1980 — 1991 — 2000 — 2010

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.



A Tabela 24 expõe ainda, de forma bastante transparente, os distintos inícios das transições da fecundidade no País, segundo as Grandes Regiões. Enquanto no Sudeste, Sul e Centro-Oeste esse início ocorre na década de 1960 – haja vista a variação relativa negativa da taxa específica de fecundidade nessas três regiões –, nas demais, a transição principia na década de 1970, intensificando-se nas seguintes. Chama a atenção o fato de que na década de 1960, nas Regiões Norte e Nordeste, há aumento na taxa específica por idade em sentido oposto ao sucedido nas demais regiões. Nesses casos, recorde-se o conjunto de fatores que, de certa forma, atuaram em favor desse novo comportamento, destacando-se, dentre outros, os novos padrões culturais como forma interveniente de controle e regulação, institucional ou individual, em uma época em que são ressaltadas as vantagens econômicas de uma família menor.

Tabela 24 - Variação percentual da taxa específica de fecundidade, por grupos de idade das mulheres, segundo as Grandes Regiões - período 1940/2010

Grandes Regiões	Variação percentual da taxa específica de fecundidade, por grupos de idade das mulheres (%)						
	De 15 a 19 anos	De 20 a 24 anos	De 25 a 29 anos	De 30 a 34 anos	De 35 a 39 anos	De 40 a 44 anos	De 45 a 49 anos
Brasil							
1940/1950	8,9	(-) 1,4	(-) 5,2	(-) 9,8	(-) 13,0	(-) 14,5	(-) 15,3
1950/1960	(-) 1,5	(-) 2,4	0,6	6,2	5,4	4,5	4,7
1960/1970	(-) 2,4	(-) 3,5	(-) 2,1	(-) 1,4	1,5	(-) 4,5	(-) 9,7
1970/1980	6,6	(-) 16,4	(-) 23,4	(-) 29,4	(-) 35,5	(-) 38,1	(-) 51,6
1980/1991	6,6	(-) 21,7	(-) 35,3	(-) 44,7	(-) 53,3	(-) 53,1	(-) 46,8
1991/2000	6,1	(-) 15,9	(-) 20,8	(-) 21,4	(-) 26,1	(-) 46,2	(-) 64,1
2000/2010	(-) 27,0	(-) 27,9	(-) 22,6	(-) 10,7	(-) 8,5	(-) 16,3	(-) 17,1
Norte							
1940/1950	14,4	7,1	0,7	(-) 6,1	(-) 5,9	(-) 4,7	(-) 3,6
1950/1960	(-) 6,0	(-) 11,7	12,6	54,3	48,3	42,4	45,5
1960/1970	9,5	21,7	21,8	16,5	38,7	39,5	63,7
1970/1980	21,6	(-) 5,8	(-) 22,9	(-) 31,4	(-) 35,0	(-) 33,4	(-) 43,0
1980/1991	4,4	(-) 21,3	(-) 38,2	(-) 48,3	(-) 52,7	(-) 47,3	(-) 45,9
1991/2000	2,6	(-) 14,6	(-) 26,1	(-) 31,8	(-) 44,8	(-) 58,3	(-) 69,3
2000/2010	(-) 24,6	(-) 27,1	(-) 21,1	(-) 18,8	(-) 23,9	(-) 38,4	(-) 31,9
Nordeste							
1940/1950	10,5	0,1	1,5	3,7	0,6	(-) 0,8	(-) 0,0
1950/1960	(-) 4,1	8,3	5,0	1,5	8,0	12,1	13,3
1960/1970	8,2	(-) 3,1	4,7	13,4	9,4	(-) 1,0	(-) 6,1
1970/1980	10,8	(-) 9,7	(-) 18,5	(-) 24,8	(-) 26,8	(-) 25,6	(-) 39,1
1980/1991	3,5	(-) 25,1	(-) 41,7	(-) 50,1	(-) 53,6	(-) 51,6	(-) 45,4
1991/2000	8,3	(-) 28,8	(-) 28,8	(-) 38,1	(-) 45,7	(-) 56,3	(-) 66,2
2000/2010	(-) 25,1	(-) 17,1	(-) 24,9	(-) 17,1	(-) 26,2	(-) 38,8	(-) 34,6
Sudeste							
1940/1950	3,5	(-) 4,8	(-) 11,1	(-) 19,5	(-) 22,8	(-) 24,7	(-) 26,9
1950/1960	(-) 5,7	(-) 11,6	(-) 4,0	6,2	1,6	(-) 2,4	(-) 3,5
1960/1970	(-) 9,9	(-) 5,1	(-) 6,2	(-) 10,8	(-) 7,1	(-) 13,5	(-) 17,5
1970/1980	10,5	(-) 16,4	(-) 21,9	(-) 27,0	(-) 38,3	(-) 44,5	(-) 61,2
1980/1991	4,3	(-) 22,8	(-) 32,7	(-) 42,0	(-) 52,6	(-) 55,1	(-) 51,7
1991/2000	5,7	(-) 14,0	(-) 15,4	(-) 7,8	(-) 5,7	(-) 30,6	(-) 57,1
2000/2010	(-) 28,0	(-) 27,5	(-) 23,0	(-) 7,7	1,9	5,2	8,9
Sul							
1940/1950	15,7	1,0	(-) 6,0	(-) 13,3	(-) 16,5	(-) 17,8	(-) 18,5
1950/1960	8,0	(-) 0,2	3,1	10,1	8,4	7,5	8,8
1960/1970	(-) 7,7	(-) 4,7	(-) 11,0	(-) 13,7	(-) 7,3	(-) 7,4	(-) 20,5
1970/1980	(-) 8,8	(-) 26,2	(-) 28,7	(-) 35,6	(-) 44,9	(-) 50,1	(-) 60,0
1980/1991	4,0	(-) 24,9	(-) 32,7	(-) 36,8	(-) 48,7	(-) 53,4	(-) 55,4
1991/2000	(-) 0,5	(-) 16,5	(-) 15,4	(-) 12,3	(-) 11,6	(-) 33,8	(-) 65,9
2000/2010	(-) 30,3	(-) 29,0	(-) 24,3	(-) 9,1	(-) 4,3	(-) 6,3	(-) 18,5
Centro-Oeste							
1940/1950	8,3	4,2	(-) 0,8	(-) 4,9	(-) 4,2	(-) 3,2	(-) 2,8
1950/1960	(-) 7,2	(-) 8,0	14,8	51,4	47,7	43,8	47,6
1960/1970	7,8	5,3	(-) 9,8	(-) 20,7	(-) 16,0	(-) 18,1	(-) 26,5
1970/1980	(-) 1,8	(-) 17,9	(-) 26,8	(-) 38,6	(-) 45,7	(-) 48,0	(-) 48,6
1980/1991	(-) 1,7	(-) 25,9	(-) 43,1	(-) 54,5	(-) 67,2	(-) 65,4	(-) 60,6
1991/2000	1,4	(-) 18,0	(-) 19,3	(-) 15,9	(-) 23,0	(-) 53,5	(-) 66,7
2000/2010	(-) 32,6	(-) 30,8	(-) 15,8	5,6	25,2	(-) 2,2	10,4

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Cabe também lembrar a discussão sobre a importância dos meios de comunicação como elementos reguladores, difusores de novos ritos de comportamento e novos padrões de consumo. Esses fatores, em conjugação com outros – a exemplo da postergação do casamento e da maternidade, além das políticas institucionais na área da saúde direcionadas ao incentivo do aleitamento materno e à difusão dos métodos anticoncepcionais –, com toda certeza, são elementos explicativos da baixa fecundidade que se consolidou nas últimas décadas no País.

Por outro lado, a associação entre desenvolvimento econômico e queda da fecundidade não é tão clara, no caso das Grandes Regiões menos desenvolvidas. Nestas, é provável que ações de órgãos públicos ou privados, principalmente no Nordeste, facilitando o acesso a métodos de controle da reprodução, venham em primeiro lugar dentre as opções, podendo, portanto, serem consideradas o fator principal da queda da fecundidade, sobretudo nos anos posteriores a 1980.

Uma última observação importante sobre o comportamento da taxa específica de fecundidade refere-se ao grupo etário mais jovem de 15 a 19 anos. As taxas desse grupo de mulheres, ou seja, o número médio de filhos tidos nascidos vivos por grupo de mil mulheres dessa faixa etária, para o Brasil, em 1970, 1980, 1991 e 2000, foram estimadas, respectivamente, em 74,8; 79,7; 90,1 e 66,1 (Gráfico 18). Comparando esses valores com as variações relativas apresentadas na Tabela 24, observa-se que, nas décadas de 1970 a 2000, há uma variação positiva na taxa específica de fecundidade dessa faixa etária, apesar das variações não diferirem de forma significativa, principalmente na década de 1980/1991. Cabe destacar, entretanto, que as maiores variações ocorreram no período de 1970 a 1980, em todas as Grandes Regiões, excetuando-se a Sul e a Centro-Oeste, onde a variação foi negativa (-8,8% e -1,8%, respectivamente). Nas demais, as variações atingiram valores elevados, a exemplo das Regiões Norte (21,6%), Nordeste (10,8%) e Sudeste (10,5%) (Tabela 24).

Em decorrência das pequenas variações positivas verificadas no Censo Demográfico até o ano de 2000, o grupo de mulheres de 15 a 19 anos de idade vem adquirindo maior visibilidade. Isso se deve ao fato de estar aumentando, suavemente, a participação relativa da fecundidade nessa faixa etária em relação à fecundidade total das mulheres em idade reprodutiva, em consequência, sobretudo, das fortes quedas nos níveis de reprodução das mulheres com idades mais elevadas.

Um resultado relevante da mudança nos níveis de fecundidade, com a consequente redução do número de nascimentos, refere-se aos seus efeitos sobre as estruturas de distribuição etária da população, objeto do próximo tópico, e os decorrentes impactos nas políticas públicas e sociais.

Análise do padrão etário da fecundidade

O procedimento utilizado para avaliar o padrão etário da fecundidade consiste no exame da distribuição relativa da taxa específica de fecundidade para cada grupo de idade, calculada em relação à soma total da taxa específica de fecundidade. Os Gráficos 24 a 29 ilustram o comportamento desse padrão, para o conjunto do País e as Grandes Regiões, no período de 1970 a 2010.

De um modo geral, observa-se o aumento, paulatinamente, da participação das mulheres mais jovens na fecundidade – fenômeno coerente, inclusive, com as fortes reduções constatadas nas faixas etárias mais elevadas (Tabela 24) –, o que resultou na

redução da idade média da fecundidade, sobretudo a partir da década de 1980. Para esclarecer esse último ponto, são exibidas, em nível regional, na Tabela 25, informações sobre a idade média da fecundidade para o período de 1970 a 2010.

A tendência geral de rejuvenescimento da fecundidade é um fato indiscutível em todas as Grandes Regiões do País, apesar de serem observados, no período de 2000 a 2010, estabilidade nos valores e até leves aumentos, particularmente no Centro-Sul.

No Brasil, a idade média da fecundidade recuou cerca de 3,0 anos, ao passar de 29,9 anos, em 1970, para 26,8 anos, em 2010. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com decréscimos de 4,7 anos, 4,1 anos e 3,1 anos, respectivamente, experimentaram as mais expressivas reduções na idade média da fecundidade. Nessas regiões, as idades médias da fecundidade apresentaram os seguintes declínios: de 30,6 anos para 25,8 anos; de 30,5 anos para 26,5 anos; e de 29,5 anos para 26,4 anos, respectivamente, na passagem de 1970 para 2010. Tais reduções foram superiores às observadas nas Regiões Sudeste e Sul, que exibiram valores mais estáveis no período de 1991 a 2010 (Tabela 25).

Tabela 25 - Idade média da fecundidade, segundo as Grandes Regiões - 1970/2010

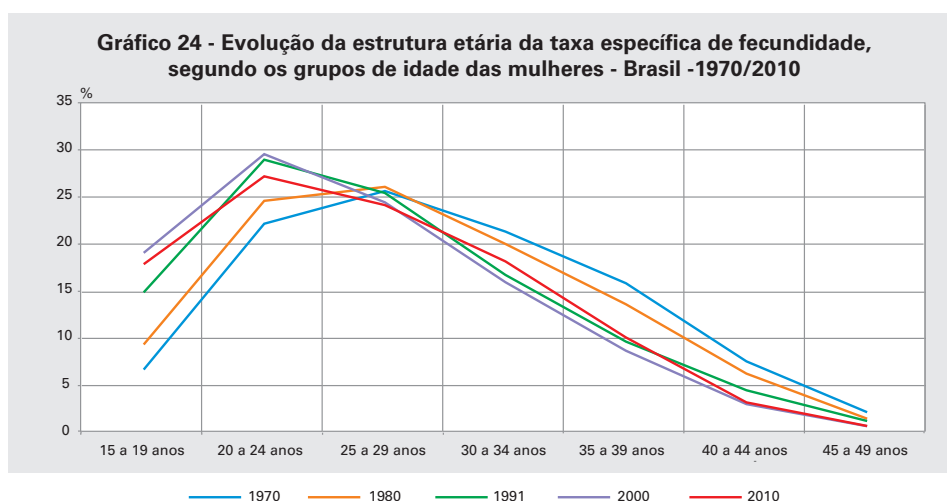
Grandes Regiões	Idade média da fecundidade					Diferença da idade média (2010/1970)
	1970	1980	1991	2000	2010	
Brasil	29,9	28,9	27,2	26,3	26,8	(-) 3,1
Norte	30,6	29,2	29,2	25,8	25,8	(-) 4,7
Nordeste	30,5	29,7	28,1	26,4	26,5	(-) 4,1
Sudeste	29,4	28,3	26,8	26,5	27,6	(-) 1,8
Sul	29,5	28,4	27,0	26,7	27,4	(-) 2,1
Centro-Oeste	29,5	28,1	25,9	25,2	26,4	(-) 3,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Os resultados são bastante coerentes com as profundas diminuições nos níveis da taxa específica de fecundidade observados ao longo das últimas quatro décadas, nas faixas etárias mais envelhecidas, conforme ressaltado.

No tocante ao padrão da fecundidade, pode-se verificar que a estrutura relativa da taxa específica de fecundidade, em âmbito nacional, começou a se alterar profundamente a partir da década de 1970/1980. Nesse período, a participação da fecundidade das faixas etárias jovens (15 a 24 anos) em relação à estrutura da fecundidade das mulheres em idade reprodutiva elevou-se de 28,5%, em 1970, para 33,6%, em 1980, ao contrário do observado nos demais grupos etários, que apresentaram redução de sua participação (Gráfico 24).

Ainda segundo o Gráfico 24, observa-se uma aceleração do peso relativo da fecundidade nos grupos de 15 a 24 anos, passando de 33,6% para 43,5% entre 1980 e 1991. No período seguinte, de 1991 a 2000, essa tendência se manteve, porém em menor intensidade – em 2000, a participação dos grupos etários de 15 a 24 anos era responsável por 48,3% da fecundidade total das mulheres em idade reprodutiva, refletindo, portanto, as perdas, no peso relativo da fecundidade, das mulheres acima de 25 anos de idade.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

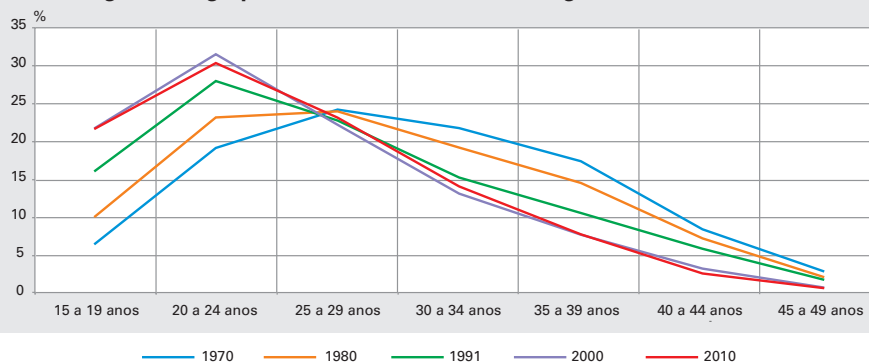
Cabe chamar a atenção, entretanto, para o fato de que, a partir da década de 2000, começaram a se verificar mudanças na estrutura da taxa de fecundidade por faixas etárias, com declínios nos grupos de 15 a 29 anos e aumentos nos grupos posteriores, refletindo alterações no padrão etário – resultado de possíveis decisões, por parte dos casais, de postergação do nascimento de seus filhos. A continuidade dessa tendência estará indicando um envelhecimento do padrão relativo da fecundidade.

Examinando os Gráficos 25 a 29, que ilustram a evolução da estrutura etária da taxa específica de fecundidade para cada uma das Grandes Regiões, chega-se à conclusão de que o padrão jovem de fecundidade é evidente em todo o País, sendo que nas Regiões Norte e Nordeste, por terem apresentado uma transição de fecundidade mais tardia, esse padrão intensificou-se no período de 1991 a 2000. É nessa fase que se observam as quedas mais significativas da fecundidade nas idades mais elevadas, conforme mostrado na Tabela 24.

A título de exemplo, na Região Norte, em 1991, a contribuição da taxa específica de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos era de 16,0%, elevando-se para 21,7%, em 2000 (Gráfico 25). Esses percentuais na Região Nordeste são, respectivamente, 12,7% e 18,9% (Gráfico 26). Nunca é demais lembrar que uma proporção elevada desses aumentos nada mais é do que efeito da profunda redução da participação da fecundidade das mulheres mais velhas na fecundidade total.

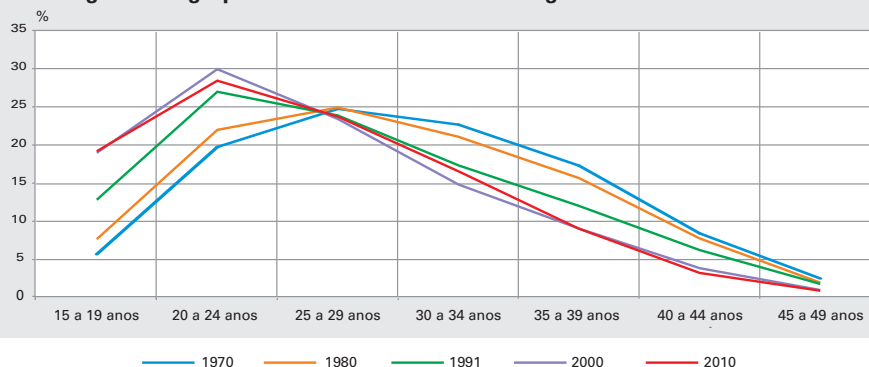
A mais expressiva contribuição da fecundidade das mulheres jovens (15 a 24 anos) foi observada, tanto em 1991 quanto em 2000, na Região Centro-Oeste: 52,0% e 55,1%, respectivamente, sendo que, no grupo etário de 15 a 19 anos, esses valores foram de 18,6% e 22,4%, respectivamente, nos anos considerados (Gráfico 29). Levando-se em consideração apenas o ano 2000, tais resultados mostram que as Regiões Centro-Oeste e Norte foram as que apresentaram os mais elevados índices de controle de nascimentos, uma vez que, nesse ano, mais de 50% da fecundidade estava concentrada na faixa de 15 a 24 anos de idade.

Gráfico 25 - Evolução da estrutura da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Norte - 1970/2010



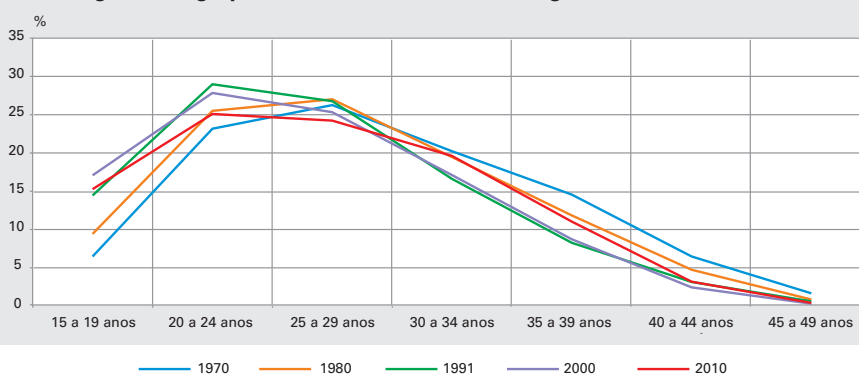
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 26 - Evolução da estrutura da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Nordeste - 1970/2010



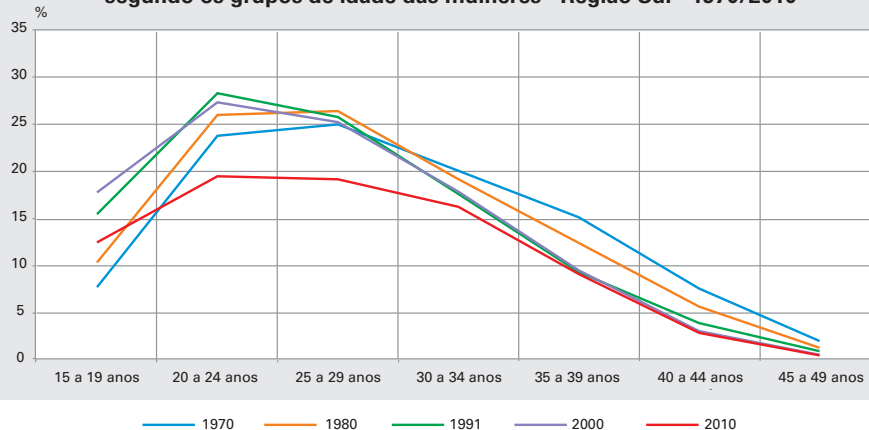
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 27 - Evolução da estrutura da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Sudeste - 1970/2010



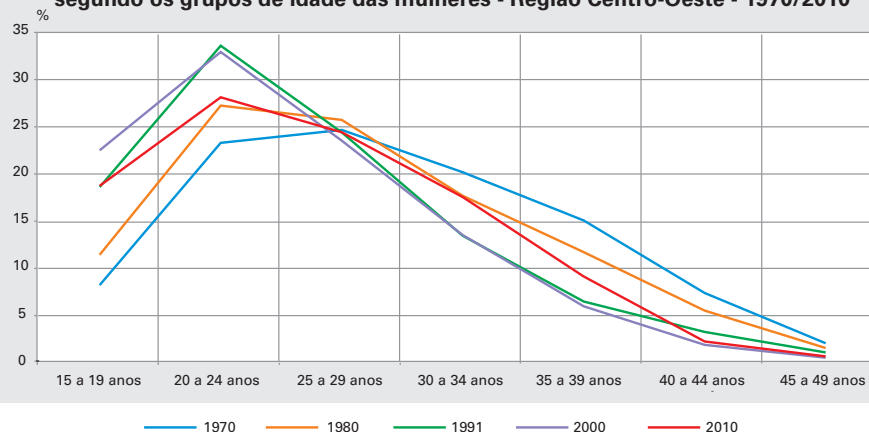
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 28 - Evolução da estrutura da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Sul - 1970/2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Gráfico 29 - Evolução da estrutura da taxa específica de fecundidade, segundo os grupos de idade das mulheres - Região Centro-Oeste - 1970/2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1970/2000 e Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.

Essa constatação pode ser explicada e entendida quando são observadas as informações anteriormente apresentadas nas Tabelas 6 e 7 do Capítulo 2, sobre as proporções de mulheres que viviam em união e usavam métodos anticonceptivos e, dentre elas, as que optaram pela esterilização.

De um modo geral, no período considerado, foram elevadas as proporções de mulheres unidas que usavam métodos anticonceptivos. Chama a atenção, entretanto, nas Regiões Norte, Centro-Oeste e, em menor escala, Nordeste, as altas proporções de mulheres unidas que foram esterilizadas: mais de 70% nas duas primeiras regiões (Tabela 7). Como essas esterilizações estavam concentradas nas faixas etárias a partir dos 25 anos, tem-se, provavelmente, uma explicação para as elevadas participações na fecundidade total daqueles segmentos mais jovens, nessas Grandes Regiões, entre os anos de 1991 e 2000.

A partir de uma análise mais detalhada dos Gráficos 25 a 29, no entanto, constata-se que, na década de 2000, esse quadro começa a se alterar, principalmente, nas idades mais jovens (15 a 19 anos e 20 a 24 anos). Na última década, a gravidez na adolescência (15 a 19 anos), que era uma preocupação muito disseminada na sociedade brasileira, apresenta reduções em todo o Centro-Sul do País, mantendo-se estável nas Regiões Norte e Nordeste. Em contrapartida, ao observar as demais faixas etárias, detectam-se aumentos em relação à estrutura da fecundidade, o que reflete, provavelmente, não só uma escolaridade maior da mulher, mas também sua incorporação no mercado de trabalho, indicando um movimento de postergação de nascimentos em um padrão de família pequena.

As mudanças que vêm ocorrendo nos níveis de fecundidade, com reflexos nos padrões demográficos e redução contínua do número de nascimentos, começam a se refletir nas estruturas da distribuição etária da população brasileira. Esse processo exige atenção e preparo, por parte da sociedade e dos responsáveis pela formulação das políticas públicas, na medida em que a tendência é de forte inversão na estrutura etária da população, com a diminuição do contingente de crianças e adolescentes e o aumento constante da população idosa.

Essas questões serão focalizadas e analisadas no capítulo a seguir.

Impactos da queda da fecundidade na estrutura etária e implicações nas políticas públicas

Ao longo deste estudo, foram apresentadas evidências sobre as intensas mudanças notadas na dinâmica demográfica brasileira, particularmente no que se refere aos aspectos relacionados à fecundidade. Em termos regionais, constatou-se que o processo de transição da fecundidade teve início em momentos diferentes do tempo e decorreu de distintos aspectos estruturais das transformações sociais e econômicas sucedidas no Território Nacional. Essas alterações, por terem começado no Centro-Sul e ocorrido posteriormente nas Regiões Norte e Nordeste, resultaram em que o ritmo de queda da fecundidade obedecesse a um movimento com temporalidade própria.

Assim é que, mesmo apresentando taxa de fecundidade mais elevada, o declínio relativo das Regiões Norte e Nordeste, na década de 1970, foi inferior ao das regiões mais desenvolvidas. A partir dos anos 1980, contudo, o declínio da fecundidade dessas regiões começou a acelerar, não só evidenciando a tendência generalizadora do processo de transição nas Grandes Regiões, mas também alcançando áreas e grupos sociais onde a fecundidade era, até então, mais elevada – ou seja, verifica-se uma tendência de convergência nos níveis de fecundidade entre as Grandes Regiões e as Unidades da Federação.

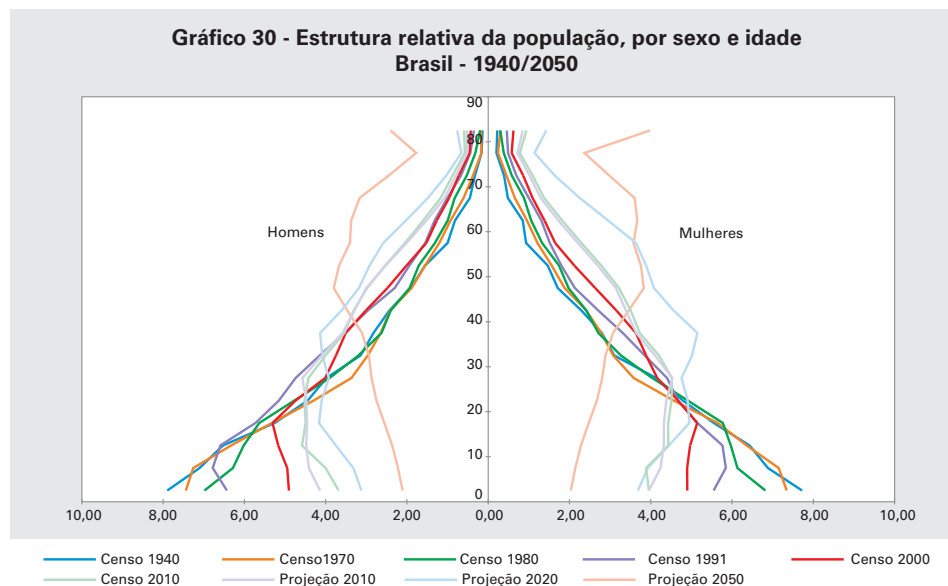
Pretende-se, a seguir, assinalar algumas implicações das mudanças dos padrões demográficos, particularmente nas questões relacionadas ao comportamento reprodutivo, sobre as estruturas etárias e chamar a atenção para a necessidade de requalificação de políticas públicas direcionadas a grupos sociais específicos.

Efeitos do declínio da fecundidade sobre as estruturas etárias

Uma consequência importante das mudanças dos padrões demográficos observadas no Brasil, sobretudo dos níveis de fecundidade e suas consequências na redução do número de nascimentos, refere-se a seus intensos efeitos sobre as estruturas de distribuição etária da população.

Até o final dos anos 1970, a estrutura etária da população brasileira era sobretudo jovem, fruto de um longo histórico de níveis elevados de fecundidade. Uma das mais fortes evidências, exibidas no Gráfico 30, diz respeito ao estreitamento da base da pirâmide no decorrer do tempo, com reduções significativas do número de crianças e adolescentes no total da população. Essa tendência constitui um claro reflexo do declínio da fecundidade, iniciado na década de 1970 e intensificado nas seguintes, quando se observa diminuição relativa do número de crianças, embora inicialmente ainda houvesse aumento de seu contingente em termos absolutos. Em decorrência da inércia demográfica, no entanto, observou-se uma diminuição do número de crianças, em termos absolutos, a partir do ano 2000 (Gráficos 30, 31 e 32).

Importante frisar que a estrutura da pirâmide por sexo e idade para o período de 1940 a 2050 revela os efeitos de nascimentos de coortes originárias de períodos de fecundidade ainda elevada, de tal modo que, a partir de 1991, percebe-se, nitidamente, o salto no crescimento da população em idade ativa (15 a 59 anos), ou seja, os chamados jovens e adultos, tanto em termos relativos como absolutos (Gráfico 30).

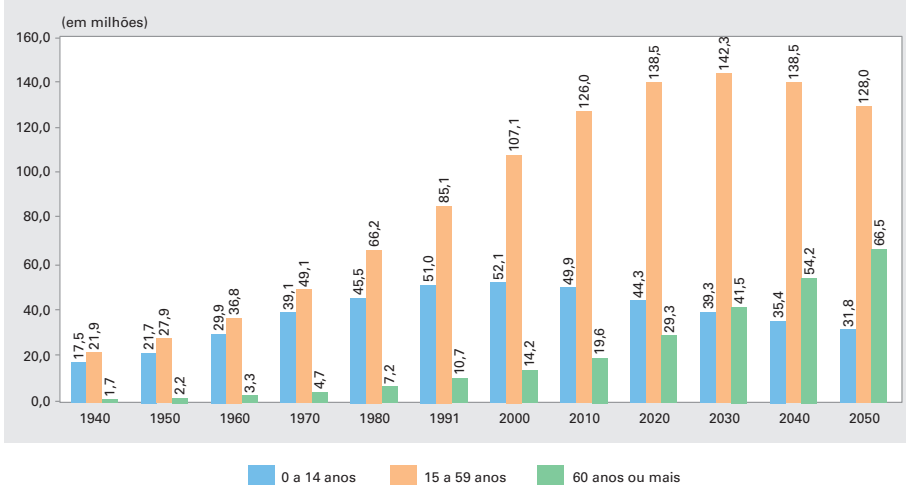


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2010 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

Nos anos correspondentes ao Censo Demográfico 1991 e 2010, o grupo em idade de trabalhar pulou de 85,1 milhões para 126,0 milhões de pessoas, ou seja, um incremento de 40,9 milhões (Gráfico 31), período em que a economia refletia sinais de instabilidade e dificuldades no mercado de trabalho, sobretudo na primeira

metade dos anos 1990. Na década seguinte, entretanto, observou-se uma retomada do crescimento econômico e a implantação de programas sociais direcionados às populações mais carentes, particularmente nas Regiões Norte e Nordeste, conforme detalhado no Capítulo 1, **Transformações socioeconômicas e seus efeitos sobre a dinâmica da população**. Acrescente-se a isso o crescimento, que também vem ocorrendo, do grupo de idosos (60 anos ou mais de idade)⁴³, tanto em termos absolutos como relativos, fruto, por um lado, da diminuição do número de nascimentos, e, por outro, da elevação tendencial da esperança de vida, conforme já discutido.

Gráfico 31 - População residente, segundo os grupos de idade - Brasil - 1940/2050



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

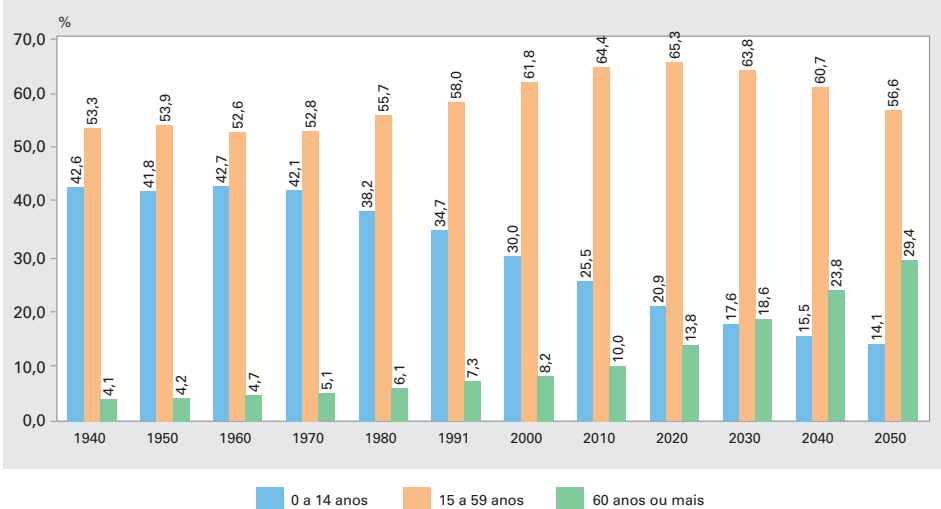
Uma análise mais aprofundada em âmbito nacional sugere que a participação do grupo de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade, que se manteve estável no total da população, entre 1940 e 1970, em um patamar em torno de 42%, iniciou um processo de declínio, de tal forma que, em 2010, sua proporção caiu para 25,5% (Gráfico 32). Tal queda se contrapõe ao incremento observado, não só nos grupos de idades adultas, mas também no grupo de idosos de 60 anos ou mais, cujas participações vêm crescendo, em termos absolutos e relativos, no transcorrer dos últimos anos. Como resultante dessas alterações, vale destacar o aumento de quase 3,0 anos verificado na idade média da população na última década – em 1980, o indicador, que era de 24,8 anos, passou para 26,7 anos em 1991; 28,7 anos em 2000; e chegou a 31,7 anos em 2010.

Esse processo de aumento da idade média da população deverá se manter nas próximas décadas, de tal forma que, em 2020, as estimativas projetadas pelo IBGE poderão chegar a 35,0 anos e, em 2050, a 48,3 anos, uma vez que o grupo de 60 anos ou mais de idade duplicará em termos absolutos, passando de 14,2 milhões de

⁴³ É comum que sejam consideradas idosas todas as pessoas de 65 anos ou mais de idade, no entanto, para manter a coerência com a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842, de 04.01.1994), utilizou-se o parâmetro de 60 anos ou mais de idade neste estudo, que também é coerente com o seguido pela Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO).

peças, em 2000, para 29,3 milhões de peças, em 2020, e alcançando 66,5 milhões de peças em 2050 (PROJEÇÃO..., 2013b). Tais transformações começam a afetar a forma das futuras pirâmides etárias, com diminuições contínuas de contingentes na sua base e aumentos sucessivos nas idades posteriores, até atingir, em um futuro não muito distante, a forma de uma estrutura piramidal estável, em que praticamente todos os grupos etários convergirão para valores similares, conforme pode ser visualizado no Gráfico 30.

Gráfico 32 - Distribuição percentual da população residente, segundo os grupos de idade Brasil - 1940/2050

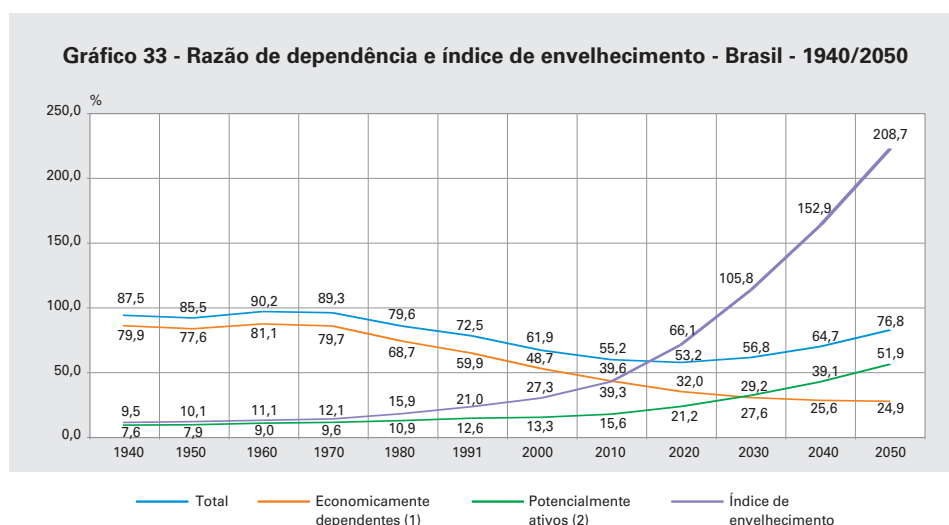


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

Considerando os grupos etários formados por crianças e adolescentes (0 a 14 anos), jovens e adultos em idade de trabalhar (15 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais), é possível elaborar indicadores relacionando-os, de forma a se ter uma avaliação das alterações ocorridas no decorrer dos anos à luz das projeções futuras.

Um primeiro indicador, denominado razão de dependência total, relaciona o total da população em idade ativa (15 a 59 anos) com a população em idade inativa (0 a 14 anos e 60 anos ou mais). Esse indicador reflete o peso ou a carga econômica do grupo de crianças e de idosos sobre o segmento populacional exercendo alguma atividade produtiva (Gráfico 33).

A trajetória da razão de dependência total mostra que, até 1970, a carga potencial econômica da população ativa apresentava uma tendência crescente, diminuindo a partir da década de 1980, quando a fecundidade começou a apresentar queda consistente em todo o País, independentemente dos estratos sociais. Naquele ano, por exemplo, 100 pessoas em idade ativa teriam que trabalhar para suprir as necessidades de 89,3 inativos; em 2000, essa relação caiu para 61,9 inativos (Gráfico 33).



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.
(1) Pessoas de 0 a 14 anos e de 60 anos ou mais de idade. (2) Pessoas de 15 a 59 anos de idade.

Cabe destacar que, do ponto de vista demográfico, a tendência é de redução dessa carga econômica potencial nos 20 anos seguintes, chegando, em 2020, a um valor de 53,2 inativos para cada 100 pessoas em idade ativa. A partir dessa data, entretanto, de acordo com as projeções do IBGE, deverá ocorrer reversão da tendência, ou seja: a razão de dependência total deverá aumentar nos períodos seguintes, chegando ao valor de 76,8 inativos para cada 100 pessoas em idade ativa em 2050 (Tabela 26 e Gráfico 33). Essa reversão de tendência está condicionada ao significativo crescimento da população idosa.

Tabela 26 - Razão de dependência e índice de envelhecimento - Brasil - 1940/2050

Anos	Razão de dependência			Índice de envelhecimento
	Total (1)	De 0 a 14 anos	60 anos ou mais	
1940	87,5	79,9	7,6	9,5
1950	85,5	77,6	7,9	10,1
1960	90,2	81,1	9,0	11,1
1970	89,3	79,7	9,6	12,1
1980	79,6	68,7	10,9	15,9
1991	72,5	59,9	12,6	21,0
2000	61,9	48,7	13,3	27,3
2010	55,2	39,6	15,6	39,3
2020	53,2	32,0	21,2	66,1
2030	56,8	27,6	29,2	105,8
2040	64,7	25,6	39,1	152,9
2050	76,8	24,9	51,9	208,7

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060.

(1) Segmento das pessoas potencialmente ativas, de 15 a 59 anos de idade.

A responsabilidade de sustentar o contingente crescente de idosos vem aumentando, visto que, em 2020, estima-se 21,2 idosos para cada 100 pessoas em idade ativa, relação esta que, de acordo com as projeções do IBGE, poderá elevar-se para 51,9, em 2050, em uma tendência oposta à seguida pelas crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade. Para este grupo etário específico, as relações atingiram valores superiores a 70 crianças para cada 100 pessoas em idade ativa no período de 1940 a 1970, declinando nas décadas seguintes: 39,6 em 2010; 32,0 em 2020; e 24,9 em 2050 (Tabela 26 e Gráfico 33).

Como consequência dos distintos comportamentos seguidos pelos dois grupos etários extremos, percebe-se um aumento constante do índice de envelhecimento da população brasileira. Na fase inicial da transição da fecundidade (1970), esse índice, que era de apenas 12,1 idosos para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos de idade, passou para 39,3 em 2010 e, em 2020 e 2050, as estimativas projetam, respectivamente, de 66,1 e 208,7 idosos para cada 100 crianças (Tabela 26 e Gráfico 33).

O impacto das mudanças do padrão demográfico sobre a estrutura etária é complexo e bastante relevante para a identificação das características das distintas gerações e coortes populacionais no País. Com efeito, as gradativas mudanças que vão se deslocando temporalmente pelos grupos etários afetam a magnitude destes e colocam novas questões e demandas, sobretudo em relação aos serviços que os governos e a sociedade devem prestar aos distintos grupos de cidadãos, sejam eles crianças/adolescentes, jovens e adultos ou idosos. Parte significativa, entretanto, da sociedade brasileira e das instituições governamentais, muitas das quais responsáveis pela implementação de programas e políticas públicas, ainda não se deu conta da complexidade de tais transformações.

Convém destacar que as mudanças que vêm ocorrendo no perfil demográfico da população brasileira têm sido intensivamente investigadas e analisadas por pesquisadores das áreas de Demografia e Estudos Sociais e divulgadas nos meios de comunicação do País. Não existem, por conseguinte, mais dúvidas quanto à relevância desses problemas, cabendo, portanto, uma tomada de consciência por parte dos principais responsáveis pela formulação e o planejamento das políticas sociais, econômicas e de saúde – em todos os níveis – no sentido de ampliar e qualificar a pertinência de tais questões em seus respectivos programas de ação. Isso é necessário devido aos profundos impactos que as alterações do perfil demográfico da população exercem sobre as demandas de políticas públicas.

Para melhor elucidação dessas questões, optou-se por relacionar algumas informações sobre o impacto resultante do processo de envelhecimento da população brasileira na área específica da saúde, por meio da comparação dos seguintes indicadores referentes a 2010: média de internações, gasto médio das internações e média de dias de permanência na rede hospitalar, considerando os grupos de 0 a 14 anos e 60 anos ou mais de idade.

Ao levar em conta a média de internações para cada grupo etário focado, observa-se que, entre os idosos, a média nacional do indicador é cerca de 3 vezes superior à observada entre as crianças e adolescentes até 14 anos – 12,5% contra 4,1%. Esse é um padrão geral, mas verifica-se maior incidência nos estados das Regiões Sul e Centro-Oeste, onde o número de internações entre os idosos é 3,5 vezes superior ao observado no grupo de 0 a 14 anos de idade. Com relação ao gasto médio das internações, apesar de a proporção de crianças e adolescentes em relação ao total da população ser, em média, de 25,5% contra 10,0% dos idosos, o gasto com internações entre os idosos chega a ser 36,7% superior. Quanto à média de dias de permanência

na rede hospitalar, os valores também são mais expressivos entre os idosos, em todas as áreas espaciais, sendo a média nacional de 7,6 dias contra 4,8 dias entre as crianças e adolescentes. Na Região Sudeste, a média de dias de internação entre os idosos chega a 9,4 dias, significando uma diferença de 4,1 dias em relação à faixa etária de 0 a 14 anos (Tabela 27).

Tabela 27 - Estrutura relativa da população de jovens e idosos, média das internações, gasto médio das internações e média de permanência na rede hospitalar dos respectivos grupos, segundo as Grandes Regiões - 2010

Grandes Regiões	Estrutura relativa (%)		Média das internações		Gasto médio das internações (R\$)		Média de permanência na rede hospitalar (dias)	
	0 a 14 anos	60 anos ou mais	0 a 14 anos	60 anos ou mais	0 a 14 anos	60 anos ou mais	0 a 14 anos	60 anos ou mais
Brasil	25,5	10,0	4,1	12,5	911,1	1 245,8	4,8	7,6
Norte	32,7	6,0	4,7	13,1	630,6	864,2	4,5	5,9
Nordeste	28,4	9,1	4,3	11,9	723,9	958,7	4,5	6,3
Sudeste	23,1	11,2	3,7	11,4	1 094,9	1 434,3	5,2	9,4
Sul	23,0	11,5	4,5	15,7	1 146,4	1 346,7	4,9	6,5
Centro-Oeste	25,6	8,2	4,5	15,2	892,1	1 075,6	4,6	6,0

Fontes: 1. IBGE, Projeção da População das Unidades da Federação por Sexo e Idade para o Período 2000-2030.
2. Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

Esse quadro tende a se acentuar em função do crescente processo de envelhecimento da população brasileira. Cabe ressaltar que, paralelamente ao aumento ascendente do número de idosos, a trajetória do número de crianças vem apresentando uma tendência oposta, com redução de seu volume. Em 2010, enquanto o número de crianças de 0 a 14 anos de idade era cerca de 49 milhões, as estimativas projetadas pelo IBGE para 2020 e 2050 apontam para uma tendência decrescente – cerca de 44 milhões e 32 milhões de pessoas, respectivamente (PROJEÇÃO..., 2013b).

Nesse sentido, a sociedade civil e, sobretudo, os órgãos públicos têm de ficar atentos às transformações profundas que vêm acontecendo na estrutura populacional do País, dada a complexidade crescente das doenças e dos procedimentos médicos peculiares. Esses são aspectos resultantes do processo de envelhecimento que irão se acentuar, cada vez mais, no decorrer dos próximos anos, com consequências na aceleração das despesas relativas a esse grupo populacional específico.

Vale chamar a atenção que

As crianças de hoje constituirão a força de trabalho do amanhã e enfrentarão crescentes razões de dependência de idosos. A conclusão lógica disto é que a sociedade necessita, vitalmente, investir na atual geração de crianças, particularmente nas áreas de saúde e educação. Não se trata, apenas, de garantir a melhoria da qualidade de vida dessas gerações, mas de sustentação, de forma equilibrada, de toda a sociedade, pois caberá às novas gerações, no médio prazo, como componentes da população em idade ativa, a responsabilidade por um bom desempenho da economia, mormente do ponto de vista da produção. Consequentemente, dependerá, também, das atuais gerações de jovens, no médio prazo, a garantia de uma vida digna às gerações de idosos. Ademais, é nesta fase que a sociedade deve se preparar, através de reformas institucionais na área da seguridade social, para conviver, no futuro próximo, com altas e sustentadas taxas de dependência de idosos (WONG; CARVALHO, 2006, p. 10).

Considerações finais

Com as análises apresentadas, buscou-se evidenciar as razões que deveriam levar a sociedade brasileira a adquirir consciência sobre o real significado das novas realidades demográficas e seus desdobramentos sobre a formulação de políticas públicas, orientadas a grupos sociais específicos. Essa tomada de consciência, caso houvesse ocorrido anteriormente, poderia, por um lado, ter redirecionado decisões na área da política econômica, com desdobramentos positivos quanto à maior oferta de emprego e melhorias na distribuição da renda. Por outro lado, recursos mal direcionados poderiam ter sido evitados, além de outras situações surgidas no decorrer do processo de transição, como, por exemplo, os desgastes políticos em relação a vários contingentes populacionais, inclusive a população idosa.

Vale chamar a atenção, entretanto, para o fato de que, se hoje, na questão dos idosos, ainda existem dúvidas quanto ao encaminhamento de soluções relativas ao conjunto da seguridade social e à atenção a novas necessidades de saúde – que, devido ao seu alto grau de complexidade, são mais onerosas –, também existem dúvidas de natureza similar em relação às crianças e adolescentes.

Partindo do princípio de que a população, independentemente de sua faixa etária, deve usufruir dos direitos de cidadania, é lícito considerar que os sistemas públicos que envolvem a seguridade e a assistência social devem ser regidos por regras de contribuição, critérios de benefícios e transferências de fundos públicos que possam proteger e sustentar as condições materiais de vida desses contingentes populacionais.

Para os idosos, a questão central será, então, garantir um sistema previdenciário que permita qualidade de vida e sobrevivência condigna

em um País onde ser idoso é frequentemente um risco, visto que a sociedade ainda não está apta a lidar com o crescimento e as demandas desse grupo populacional específico. Consequentemente, mudanças de cultura e educação direcionadas à sua valorização são vitais, sendo pré-condições para a tomada de decisões em várias áreas importantes, como a saúde e a infraestrutura urbana, por exemplo. Na área da saúde, destacam-se ações relacionadas à ampliação e melhoria no atendimento; preparação de quadros técnicos e profissionais nos campos da Geriatria, Fisioterapia e Terapia Ocupacional; e manutenção da convivência por meio do lazer e do incentivo à continuidade do trabalho. Na área da infraestrutura urbana, cabe realce à adequação do espaço urbano e das moradias a esses novos contingentes, cuja tendência na estrutura populacional é crescente.

Em decorrência das informações apresentadas no presente estudo, fica cada vez mais claro que o tempo para implantação de novas políticas na área da previdência social torna-se cada vez mais premente. Levando em consideração os resultados das projeções calculadas pelo IBGE, o fato é que, enquanto o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade passará de 19,6 milhões para 66,6 milhões, entre 2010 e 2050, o que representa um aumento de 239,0%, o grupo de 0 a 14 anos de idade se reduzirá de 49,9 milhões para 31,8 milhões, configurando um decréscimo de 36,2%. Na situação específica das crianças e adolescentes, porém, cujo contingente vem declinando ao longo do período, tanto em termos absolutos como relativos, as tendências demográficas parecem sinalizar em direções mais favoráveis, uma vez que existe a possibilidade de a sociedade realizar investimentos na melhor qualificação desse segmento populacional.

É de fundamental importância, todavia, alertar para o fato de que a redução da taxa de fecundidade não é garantia, por si só, de solução automática dos problemas sociais que, comumente, são atribuídos ao tamanho e à distribuição da população brasileira.

Nessa perspectiva, atenção especial tem de ser dada a uma variável importante, a educação, que afeta sobretudo as crianças. Estudos têm revelado, também, a existência de grandes distorções entre a série frequentada e a idade, colocando em evidência as deficiências do sistema educacional e, em última análise, sua limitação quanto à absorção, retenção e progressão de alunos. Essas situações, entretanto, podem vir a ser minimizadas, à medida que as pressões tendam a diminuir. Ainda nos dias atuais, muitas famílias são compelidas a utilizar seus filhos como força de trabalho infantojuvenil – problema ainda não totalmente eliminado do País, apesar de a legislação vigente proibir tal prática. Com a convergência do número de filhos para valores inferiores ao nível de reposição (2,0 filhos), como vem se observando entre os distintos segmentos sociais, aumentam as possibilidades de investimento na qualificação dessas crianças e adolescentes.

De qualquer forma, é imperativo reforçar e monitorar os programas que vêm contribuindo para reter as crianças na escola, e criar as infraestruturas escolares onde elas ainda são inexistentes. Além disso, deve-se atentar para a melhoria da qualidade do ensino, elemento cada vez mais valioso em uma economia globalizada e competitiva.

Essas questões não podem deixar de ser consideradas justo em um momento em que começa a diminuir significativamente o número de crianças em idade escolar na maioria dos municípios brasileiros não afetados por movimentos migratórios maciços.

Ao pensar em planejamento de políticas públicas, não se pode deixar, também, de considerar as especificidades próprias das Grandes Regiões – que, no caso do Brasil, tiveram ritmos distintos de transição demográfica – e que irão se refletir em novas demandas por parte dos distintos grupos sociais e populacionais.

É evidente o fato de que o processo de transição demográfica que o País vem vivenciando afetou diferentemente os distintos grupos etários, e para estes deverão ser encontradas soluções específicas, tais como: melhorias de programas relacionados à saúde e educação de qualidade; aumento na oferta de empregos, no caso dos jovens e adultos; atenção médico-psicológica; adequação da infraestrutura urbana e domiciliar; além do fortalecimento dos programas previdenciários, no caso dos idosos.

Quanto ao segmento populacional dos idosos, cabe ressaltar que o processo de envelhecimento é muito mais amplo que uma simples elevação do efetivo de determinada população, uma vez que ele altera a vida dos indivíduos, as estruturas familiares, a demanda por políticas públicas e a distribuição de recursos na sociedade. A questão que se está colocando refere-se ao impacto da dinâmica demográfica recente na demanda de cuidados de longa duração para a população idosa.

Como o Brasil já começa a enfrentar algumas das questões que atualmente afetam os países da Europa, é importante examinar os problemas e soluções que porventura tenham sido lá encontrados, no que diz respeito ao trato dos impactos do envelhecimento e ao declínio populacional na estrutura das sociedades. Como exemplos de busca de soluções, destacam-se a ampliação da estrutura de creches e a adoção de leis que facilitam o retorno da mulher ao trabalho após a licença-maternidade. De certa maneira, as medidas que podem permitir a muitos países conviver com o envelhecimento populacional passam por mudanças culturais.

Ignorar ou minimizar a evolução e as contradições do processo de mudanças demográficas constitui uma lacuna na capacidade de reflexão sobre as condições de vida e reprodução da população brasileira – em especial, de seus contingentes mais pobres – e dificulta a utilização de instrumentais adequados para a formulação de políticas e dispêndios socialmente eficazes de recursos.

Em síntese, viu-se, no presente estudo, que os idosos, cada vez mais, vão tendo um peso significativo na estrutura populacional, como decorrência das alterações da dinâmica demográfica. A questão que se coloca é saber se a sociedade brasileira tem consciência das implicações dessa nova pressão populacional sobre a estrutura de serviços, alguns dos quais terão de ser ampliados, enquanto outros, criados, de forma a atender adequadamente a essa nova clientela.

O movimento social reivindicatório de idosos e aposentados, que foi mais efetivo em 1988, no processo de redemocratização do País, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, atinge seu ponto alto de conquista com a Política Nacional do Idoso (Lei n. 8.842, de 04.01.1994), regulamentada por meio do Decreto n. 1948, de 03.07.1996. Entre o que propõe a lei e a realidade vivenciada pelos idosos, no entanto, ainda existe uma considerável distância.

Em estudo que aborda questões relativas ao papel do idoso na sociedade, cabe destaque à seguinte reflexão da autora:

A prática política e social reivindicatória se tornará mais rica quando o idoso, consciente de seu potencial, dessa sabedoria, se respeitar e se fizer respeitar, não pelo poder, pelo autoritarismo, ou sujeito só a direitos, mas pelo reconhecimento do seu valor intrínseco, como ser humano pleno (ZACHARIAS, 2001).

A velhice não pode ser vista, portanto, como término, mas como um recomeçar com características e valores próprios; é uma nova forma de olhar o mundo.

Uma sociedade equilibrada seria aquela em que o exemplo dos idosos seria capaz de mostrar às novas gerações que os verdadeiros valores são os decorrentes da afetividade bem direcionada e da sabedoria, resgatando a solidariedade e o respeito àqueles que ajudaram a construir o mundo, tal como o conhecemos.

Referências

ACCINELLI, M. M.; MÜLLER, M. S. *Un hecho inquietante: la evolucion reciente de la mortalidad en la Argentina*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población - Cenep, 1980. (Cuadernos del Cenep, n. 17). Originalmente publicado na revista *Notas de Población*, Santiago de Chile: Comision Económica para América Latina y el Caribe - Cepal, v. 6, n. 17, p. 9-18, ago. 1978. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12605/NotaPobla17_es.pdf?sequence=1>. Acesso em: set. 2016.

ANTICONCEPÇÃO 1986. Rio de Janeiro: IBGE, 1991. 2 v. Suplemento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=282740>>. Acesso em: set. 2016.

BERQUÓ, E. Sobre o sistema internacional de pesquisas em demografia e saúde reprodutiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, v. 11, supl. 1, p. 72-89, maio 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/07.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

BERQUÓ, E. S. et al. *São Paulo e sua fecundidade: um estudo das variáveis intermediárias e dos diferenciais sócio-econômicos da fecundidade*. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade, 1985. 124 p. (Série São Paulo 80, v.1).

BOLSA família e ação anti-HIV do governo brasileiro são mencionados como boa prática pela ONU. In: SISTEMA FIEP. *Portal ODM*. Curitiba: Federação das Indústrias do Estado do Paraná - FIEP; Serviço Social da Indústria - SESI; Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - Senai; Instituto Euvaldo Lodi - IEL, 2013. Notícia de 15 dez. 2013. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br/noticia/374/bolsa-familia-e-acao-anti-hiv-do-governo-brasileiro-sao-mencionados-como-boa-pratica-pela-onu>>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, ano 132, n. 3, 05 jan. 1994. Seção 1, p. 77-79. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano 134, n. 10, 15 jan. 1996. Seção 1, p. 561-563. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano 134, n. 222, 14 nov. 1996. Seção 1, p. 23725. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 144, de 20 de novembro de 1997. Inclui no grupo de procedimento cirurgia de trompas... *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, ano 135, n. 227, 24 nov. 1997. Seção 1, p. 27409. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao>>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - Bemfam, 1997. 182 p. Pesquisa realizada com o apoio do Macro International, como parte da Fase 3 do Programa Mundial de Pesquisas sobre Demografia e Saúde, conhecido como Projeto Measure DHS (Demographic and Health Surveys), iniciado em 1984. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

BRASS, W. *Methods for estimating fertility and mortality from limited and defective data*. Chapel Hill: University of North Carolina, International Program of Laboratories for Population Statistics, 1975. 159 p. Baseado nos seminários realizados entre os dias 16 e 24 de setembro de 1971 no Centro Latinoamericano de Demografía - Celade, em San José, Costa Rica.

_____. *Metodos para estimar la fecundidad y la mortalidad en poblaciones con datos limitados*: selección de trabajos de William Brass. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Cepal, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - Celade, 1974. 240 p. (Serie E, n. 14). Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/9754/S7400520_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: set. 2016.

_____. *Seminario sobre metodos para medir variables demográficas (fecundidad y mortalidad)*. Resumo e tradução de Jorge L. Somoza. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Cepal, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - Celade, 1973. 146 p. (Serie DS, n. 9). Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/8416/S7300466_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: set. 2016.

BRASS, W. et al. *The demography of tropical Africa*. Princeton: Princeton University, 1968. 539 p.

CALDWELL, J. C. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Population Studies*, London: Population Investigation Committee - PIC; Oxford: Taylor & Francis, v. 33, n. 3, p. 395-413, Nov. 1979.

Cano, W. Questão regional e urbanização no desenvolvimento econômico brasileiro pós-1930. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 6., 1988, Olinda. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 1988. v. 2, p. 67-99. Disponível em : <<http://www.abep.org.br/?q=publicacoes/anais/anais-do-vi-encontro-nacional-de-estudos-populacionais-1988-volume-2>>. Acesso em: set. 2016.

CARVALHO, L. E. C. de et al. Esterilização cirúrgica voluntária na Região Metropolitana de Campinas, São Paulo, Brasil, antes e após sua regulamentação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, v. 23, n. 12, p. 2906-2916, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200012>. Acesso em: set. 2016.

CAVENAGHI, S. *Prevalência anticoncepcional*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, Instituto de Medicina Social - IMS, Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos, 2008. Entrevista publicada em 21 jul. 2008. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/entrevistas/conteudo.asp?cod=4443>>. Acesso em: set. 2016.

CENSO DEMOGRÁFICO 2000. Nupcialidade e fecundidade: resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/89/cd_2000_nupcialidade_fecundidade_amostra.pdf>. Acesso em: set. 2016.

CHAMADA nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006. 114 p. (Cadernos de estudos desenvolvimento social em debate, n. 4). Disponível em: <<http://acervodigital.mds.gov.br/xmlui/handle/123456789/191>>. Acesso em: set. 2016.

CLELAND, J.; HOBcraft, J. *Reproductive change in developing countries: insights from the world fertility survey*. New York: Oxford University, 1985. 301 p.

COALE, A. J.; WATKINS, S. C. (Ed.). *The decline of fertility in Europe: the revised proceedings of a Conference on the Princeton European Fertility Project*. Princeton: Princeton University, 1986. 484 p.

CONSOLIDAÇÃO das leis do trabalho - CLT. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas - FGV, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil - Cpdoc, [2016]. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/anos37-45/DireitosSociaisTrabalhistas/CLT_PDOC>. Acesso em: set. 2016.

CUNHA, A. S. Migração de retorno num contexto de crises, mudanças e novos desafios. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2000, Olinda. *Anais...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2000. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/?q=publicacoes/anais/anais-2000-migracao>>. Acesso em: set. 2016.

DEMO, P. *política social na década de 60 e 70*. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará - UFC, 1981. 237 p.

EASTERLIN, R. A. An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, Washington, DC: Population Council, v. 6, n. 3, p. 54-63, Mar. 1975. Disponível em : <<http://www.ssc.wisc.edu/~walker/wp/wp-content/uploads/2012/02/easterlin75.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

EUROPEAN fertility project: introduction and overview. Princeton: Princeton University, Office of Population Research - OPR, 2016. Disponível em: <http://opr.princeton.edu/archive/pefp/>. Acesso em: set. 2016.

EVOLUÇÃO e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. 45 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 2). Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6685.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

FARIA, V. E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: CIÊNCIAS sociais hoje 1989. São Paulo: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais - Anpocs, 1989. p. 62-104. Trabalho originalmente apresentado no XII Encontro Anual da Anpocs, realizado em Águas de São Pedro, 1988.

FARIA, V. E.; POTTER, J. E. *Television, telenovelas, and fertility change in Northeast Brazil*. Austin: University of Texas at Austin, Texas Population Research Center, 1995. 30 p. (Papers University of Texas at Austin Texas. Population Research Center, n. 94-95-12). Artigo posteriormente traduzido para o Português por Heloisa Buarque de Almeida. Disponível em: <http://novosestudios.uol.com.br/v1/files/uploads/contents/96/20080627_televisao_telenovelas.pdf>. Acesso em: set. 2016.

GUZMÁN, J. M.; ORELLANA, H. *Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en países seleccionados de America Latina, ¿nuevas tendencias?: los casos de Cuba, Chile y Costa Rica*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Cepal, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - Celade, 1986. 36 p. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/32586/D-12704.00_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: set. 2016.

GWATKIN, D. R. Indications of change in developing country mortality trends: the end of an era?. *Population and Development Review*, New York: Population Council, v. 6, n. 4, p. 615-644, Dec. 1980.

INQUÉRITOS populacionais e chamadas nutricionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da saúde. Brasília, DF, [2016]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=inqueritos>. Acesso em: set. 2016.

INSTITUTOS de aposentadoria e pensões. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas - FGV, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil - Cpdoc, [2016]. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas/1/anos30-37/PoliticaSocial/IAP>>. Acesso em: set. 2016.

JAGUARIBE, H. *Introdução ao desenvolvimento social: breve estudo comparativo e crítico das perspectivas liberal e marxista e dos problemas da sociedade não-repressiva*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978. 224 p.

LOPES, J. R. B. *O emprego rural no Brasil (1940/1975): uma perspectiva de classe*. Trabalho apresentado no Seminário Metodológico sobre Força de Trabalho, promovido pela Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, realizado em Ouro Preto, 1981.

- MADEIRA, J. L.; MARTINS, M.; SIMÕES, C. C. da S. Alterações da distribuição regional da população brasileira, entre 1960 e 1970. *Revista Brasileira de Estatística*, Rio de Janeiro: IBGE, v. 34, n. 133, p. 44-53, jan./mar. 1973. Disponível em : <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7111>>. Acesso em: set. 2016.
- MARX, K. O processo de produção do capital. In: _____. *O capital: crítica da economia política*. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 2. ed. São Paulo: Civilização Brasileira, 1971. v. 1. (Coleção Perspectivas do homem. Série Economia, v. 38).
- MERRICK, T.W.; BERQUÓ, E. *The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1983. 241 p. (Committee on Population and Demography, n. 23). Disponível em: <pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNAAT544.pdf>. Acesso em: set. 2016.
- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; KONNO, S. C. *Análise do inquérito chamada nutricional 2005*. In: CHAMADA nutricional: um estudo sobre a situação nutricional das crianças do semi-árido brasileiro. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2006. p. 29-36. (Cadernos de estudos desenvolvimento social em debate, n. 4). Disponível em: <<http://acervodigital.mds.gov.br/xmlui/handle/123456789/191>>. Acesso em: set. 2016.
- MORTALIDADE infantil e na infância e riscos de mortalidade associada ao comportamento reprodutivo. In: BRASIL: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - Bemfam, 1997. p. 95-103. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>>. Acesso em: set. 2016.
- MULLER, M. S. *Mortalidad infantil y desigualdades sociales en Misiones*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población, 1984. (Cuaderno del CENEP, n. 25/26). 153 p.
- OLIVEIRA, A. T. R. et al. Notas sobre a migração internacional no Brasil na década de 80. In: PATARRA, N. L. (Coord.). *Programa interinstitucional de avaliação e acompanhamento das migrações internacionais no Brasil*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Núcleo de Economia Social Urbana - Nesur e Núcleo de Estudos de População - Nepo, 1996. v. 2: Migrações internacionais: herança XX, agenda XXI. p. 239-257. Trabalho originalmente apresentado no Seminário Migração Internacional e Cidadania, realizado em Brasília, DF, 1995.
- OLIVEIRA, K. F. de; JANNUZZI, P. de M. Motivos para migração no Brasil e retorno ao Nordeste: padrões etários, por sexo e origem/destino. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - Seade, v. 19, n. 4, p. 134-143, out./dez. 2005. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v19n04/v19n04_09.pdf>. Acesso em: set. 2016.
- PAIVA, P. de T. A. *O processo de proletarianização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil*. São Paulo: Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais - Clacso, 1985. (Reproducción de la población y desarrollo, 5).
- PESQUISA nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; São Paulo: Centro Brasileiro de Análise e Planejamento - Cebap, 2009. 298 p. (Série G. Estatística e informação em saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: set. 2016.

PESQUISA nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Brasil 1986. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - Bemfam, 1987. 234 p. Pesquisa realizada em conjunto com o Instituto para o Desenvolvimento de Recursos (Institute for Resource Development - IRD), como parte da Fase 1 do Programa Mundial de Pesquisas sobre Demografia e Saúde, conhecido como Projeto Measure DHS (Demographic and Health Surveys), iniciado em 1984. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR4/FR4.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

PESQUISA sobre saúde familiar no nordeste do Brasil 1991. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - Bemfam, 1992. 247 p. Pesquisa realizada com o apoio do Macro International, como parte da Fase 2 do Programa Mundial de Pesquisas sobre Demografia e Saúde, conhecido como Projeto Measure DHS (Demographic and Health Surveys), iniciado em 1984. Disponível em: <<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR5/FR5.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

O PROCESSO demográfico brasileiro In: A INFÂNCIA brasileira nos anos 90. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef, 1998. p. 11-28.

PROJEÇÃO da população das unidades da federação por sexo e idade 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013a. Tabelas em formato xls e ods compactados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: set. 2016.

PROJEÇÃO da população do Brasil por sexo e idade 2000-2060. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b. Tabelas em formato xls e ods compactados. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em: set. 2016.

PROJEÇÕES da população: Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 40 p. (Série relatórios metodológicos, v. 40). Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/srm40_projecao_da_populacao.pdf>. Acesso em: set. 2016.

PUFFER, R. R.; SERRANO, C. V. *Patterns of mortality in childhood: report of the Inter-American Investigation of Mortality in Childhood*. Washington, D.C.: Pan American Health Organization - PAHO, 1973. 470 p. (Pan American Health Organization. Scientific publication, n. 262).

RIBEIRO, J. T. L. *Estimativa da migração de retorno e de alguns de seus efeitos demográficos indiretos no nordeste brasileiro, 1970/1980 e 1981/1991*. 1997. 206 p. Tese (Doutorado)-Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 1997.

SANTOS, J. L. F. *Demografia: estimativas e projeções: medidas de fecundidade e mortalidade para o Brasil no Século XX...* São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo: Fundação para Pesquisa Ambiental, 1978. 71 p. (Cadernos de estudo e pesquisa, 1).

SAÚDE infantil. In: A INFÂNCIA brasileira nos anos 90. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância - Unicef, 1998. p. 57-80.

SIMÕES, C. C. da S. *Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. 81 p.

_____. *A mortalidade infantil na transição da mortalidade no Brasil: um estudo comparativo entre o Nordeste e o Sudeste*. 1997. 180 p. Tese (Doutorado)-Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Belo Horizonte, 1997.

_____. *Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2002. 141 p. Disponível em: <http://gestaocompartilhada.pbh.gov.br/sites/gestaocompartilhada.pbh.gov.br/files/biblioteca/arquivos/mortalidade_no_brasil.pdf>. Acesso em: set. 2016.

_____. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas*. Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas Brasil – UNFPA; São Paulo: Arbeit Factory, 2006. 140 p. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/transicao.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

SIMÕES, C. C. da S.; OLIVEIRA, L. A. P. de. *Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: a situação da fecundidade, determinantes gerais e características da transição recente*. Rio de Janeiro: IBGE, 1988. 63 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv19628.pdf>>. Acesso em: set. 2016.

SÍNTESE dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. 212 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2014/default.shtm>>. Acesso em: set. 2016.

SOARES, L.T.R. *Política social e pobreza: o Brasil no contexto latino-americano*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, 1995. Palestra em seminário. Mimeografado.

TRUSSELL, T. J. A re-estimation of the multiplying factors of the Brass technique for determining childhood survivorship rates. *Population Studies*, London: University of London, London School of Economics and Political Science - LSE; Oxfordshire: Taylor & Francis, v. 29, n. 1, p. 97-107, Mar. 1975.

UNITED NATION DEVELOPMENT PROGRAMME. *What will it take to achieve the millennium development goals? an international assessment*. New York: UNDP, 2010. 58 p. Disponível em: <<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/international-assessment---english-full-version.html>>. Acesso em: set. 2016.

Vetter, D. M.; Simões, C. C. da S. Acesso à infra-estrutura de saneamento básico e mortalidade. *Revista Brasileira de Estatística*, Rio de Janeiro: IBGE, v. 42, n. 165, p.17-35, jan./mar. 1981. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=7111>>. Acesso em: set. 2016.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.rebep.org.br/index.php/revista/article/view/226/pdf_212>. Acesso em: set. 2016.

ZACHARIAS, S.T. *Refletindo sobre a terceira idade*. In: DHNET. Natal: Rede Brasileira de Educação em Direitos Humanos - DHnet, [2016]. Artigo originalmente apresentado em 2005. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/3idade/refletindo_idade.html>. Acesso em: set. 2016.

Sobre o autor

Celso Cardoso da Silva Simões possui Mestrado em Planejamento Urbano pelo então Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano - PUR, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, e Doutorado em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - CEDEPLAR, da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Autor de importantes estudos na área da saúde, com ênfase na saúde infantil, mortalidade, fecundidade e migrações, Celso recebeu, em 2002, o Prêmio João Yunes, conferido pelo Ministério da Saúde a profissionais e instituições nacionais que se destacaram como prestadores de ações e serviços no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde da criança brasileira. A premiação constituiu um reconhecimento à valiosa contribuição de seus trabalhos para a redução da mortalidade infantil no País.

Equipe técnica

Diretoria de Pesquisas

Coordenação de População e Indicadores Sociais

Bárbara Cobo Soares

Gerência de Indicadores Sociais

Revisão dos textos

André Geraldo de Moraes Simões

Antônio Tadeu Ribeiro de Oliveira

Barbara Cobo Soares

Claudio Dutra Crespo

Luiz Antônio Pinto de Oliveira

Projeto Editorial

Centro de Documentação e Disseminação de Informações

Coordenação de Produção

Marise Maria Ferreira

Gerência de Editoração

Estruturação textual, tabular e de gráficos

Beth Fontoura

Katia Vaz Cavalcanti

Marisa Sigolo

Diagramação tabular e de gráficos

Beth Fontoura

Maria da Graça Fernandes de Lima

Mônica Pimentel Cinelli Ribeiro

Diagramação textual

Maria da Graça Fernandes de Lima

Programação visual da publicação

Luiz Carlos Chagas Teixeira

Produção do e-book

Roberto Cavararo

Gerência de Documentação

Pesquisa e normalização bibliográfica

Ana Raquel Gomes da Silva
Karina Pessanha da Silva (Estagiária)
Lioara Mandoju
Nadia Bernuci dos Santos
Solange de Oliveira Santos
Vera Lúcia Punzi Barcelos Capone

Normalização textual e padronização de glossários

Ana Raquel Gomes da Silva

Elaboração de quartas capas

Ana Raquel Gomes da Silva

Gerência de Gráfica

Impressão e acabamento

Maria Alice da Silva Neves Nabuco

Gráfica Digital

Impressão

Ednalva Maia do Monte

Série Estudos e Análises

Informação demográfica e socioeconômica - ISSN 2236-5265

Reflexões sobre os deslocamentos populacionais no Brasil, n.1, 2011.

Características étnico-raciais da população: classificação e identidades, n.2, 2013.

Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população, n. 3, 2014.

Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população, n. 4, 2016.

Documentação e disseminação de informações - ISSN 1807-5355

O Saber e o poder das estatísticas: uma história das relações dos estatísticos com os estados nacionais e com as ciências, n.1, 2004.

Estatísticas nas Américas: por uma agenda de estudos históricos comparados, n.2, 2010.

Organizando a coordenação nacional: estatística, educação e ação pública na Era Vargas, n.3, 2014.

Se o assunto é **Brasil**,
procure o **IBGE**.



/ibgecomunica



/ibgeoficial

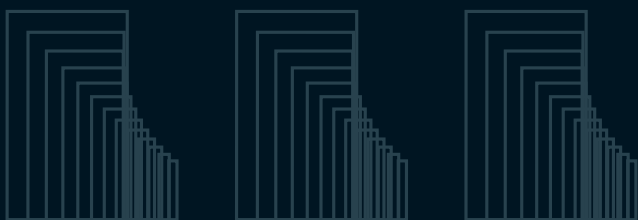


/ibgeoficial



/ibgeoficial

www.ibge.gov.br 0800-721-8181



RELAÇÕES ENTRE AS ALTERAÇÕES HISTÓRICAS NA DINÂMICA DEMOGRÁFICA BRASILEIRA E OS IMPACTOS DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

As transformações ocorridas no padrão demográfico brasileiro constituem uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade. Iniciadas, de forma tímida, a partir dos anos 1940, essas mudanças se acentuaram após a década de 1960, com declínio expressivo nos níveis de fecundidade, redução na taxa de crescimento populacional e alterações na pirâmide etária, daí resultando o incremento mais lento do número de crianças e adolescentes paralelamente ao aumento contínuo da população em idade ativa e da população idosa.

Com esta publicação, o IBGE disponibiliza aos usuários um detalhado estudo sobre o tema, organizado em cinco capítulos fartamente ilustrados com tabelas e gráficos. O capítulo inicial, *Algumas abordagens sobre a transição da fecundidade*, trata das especificidades da transição demográfica do Brasil, comparando-as com as concepções e trajetórias vivenciadas por países mais desenvolvidos, onde esse processo teve seu início há mais tempo. O segundo capítulo, *Transformações socioeconômicas e seus efeitos sobre a dinâmica da população*, apresenta uma síntese do processo demográfico brasileiro ao longo do Século XX, em que se destacam, especialmente, o crescimento populacional e a urbanização. Traz, ainda, um breve resumo das principais transformações socioeconômicas ocorridas e dos principais programas sociais e políticas públicas em geral e de saúde, em particular, que possam estar vinculadas com as tendências observadas. Ênfase especial foi atribuída aos aspectos relacionados aos métodos anticonceptivos, considerado um dos principais determinantes da forte queda da fecundidade no período posterior a 1980. O terceiro capítulo, *Impactos da fecundidade e da mortalidade sobre a dinâmica da população*, analisa o histórico das componentes da dinâmica demográfica (natalidade e mortalidade), bem como da esperança de vida ao nascer, da incidência das causas de morte violentas e da evolução da taxa de mortalidade infantil. O quarto capítulo, *O processo de evolução da fecundidade no Brasil e os impactos da transição recente*, focaliza as alterações verificadas na fecundidade e avalia seus impactos na dinâmica demográfica, considerando o País como um todo e suas desagregações regional e estadual. Aborda, além disso, os impactos da escolaridade da mãe sobre os níveis de fecundidade e as conseqüentes alterações nas estruturas etárias. O último capítulo, *Impactos da queda da fecundidade na estrutura etária e implicações nas políticas públicas*, analisa os desdobramentos das mudanças observadas sobre as estruturas etárias e a formulação de políticas públicas orientadas a grupos populacionais específicos, particularmente o de idosos, cuja tendência é de crescimento contínuo.

O presente estudo, embora não pretenda esgotar as múltiplas possibilidades de análise sobre o tema, constitui fonte necessária de informações para estudiosos, formuladores de políticas públicas e interessados no conhecimento das especificidades da dinâmica demográfica brasileira.

O conjunto dessas informações também está disponibilizado no portal do IBGE na Internet.

