

A participação dos idosos gaúchos no mercado de trabalho e a força da relação renda/saúde

The participation of the Gaicho elderly in the work market and the strength of the health-income relationship

*Antônio Miguel Gonçalves Bós**

*Ângelo José Gonçalves Bós***

Resumo

Com a aposentadoria, a renda do idoso não depende mais da sua participação no mercado de trabalho e, por isso, não depende do seu estado de saúde. Nessa situação, a relação entre renda e saúde reflete, primordialmente, o quanto a renda constrange o acesso a serviços de saúde de qualidade e, portanto, o quanto a saúde depende da renda. Dados do estudo sobre o idoso gaúcho do Conselho Estadual do Idoso foram utilizados para a análise dessas relações. Observou-se que poucos idosos gaúchos participam do mercado de trabalho e que há uma forte relação entre a saúde do idoso e sua renda individual. Idosos com um salário mínimo a mais têm 19% mais chances de terem saúde ótima ou boa.

Palavras-chave: idosos, renda, saúde.

Introdução

A transição demográfica brasileira tem promovido um interesse crescente pelas questões relacionadas à velhice. Várias disciplinas têm abordado o processo de envelhecimento de acordo com seus pontos de vista teóricos específicos. A primazia de uma ou outra disciplina depende da questão a ser respondida ou do assunto a ser examinado, e uma visão mais abrangente do processo requer uma abordagem multidisciplinar. Uma das disciplinas que têm um forte interesse no processo de envelhecimento é a economia. Com o avanço da idade, há uma mudança fundamental na inserção das pessoas no sistema econômico de

* Tusculum College - EUA.

** Instituto de Geriatria e Gerontologia - PUCRS.

uma comunidade ou país. Especificamente, elas se aposentam ou, mais corretamente, não se engajam mais em trabalho remunerativo.

Do ponto de vista econômico, uma pessoa passa a ser idosa quando se afasta, de maneira significativa, do processo produtivo. O mecanismo específico dessa ruptura depende de uma série de circunstâncias culturais, econômicas, sociais e políticas que têm evoluído recentemente. Assim, pela quase totalidade da história humana, o sustento econômico dos idosos tem sido uma responsabilidade das famílias ou da comunidade local. O estabelecimento de um sistema formal de aposentadoria, de responsabilidade do governo, apenas ocorreu durante o século XX, com o aumento na urbanização e a menor importância da instituição da família estendida.

Com a aposentadoria, a renda de um indivíduo torna-se independente do seu trabalho. No caso de o idoso simplesmente passar a depender financeiramente da família, esta “independência” ocorre porque ele não tem mais uma fonte individual de rendimento. Com acesso a um sistema formal de seguridade social, o idoso continua a receber uma renda individual, mas a frequência e o valor dessa renda não dependem mais do seu esforço produtivo. Num nível mais avançado, o idoso contaria com os retornos financeiros de ativos acumulados durante a vida, como, por exemplo, aluguel recebido de bens imóveis, juros e apreciação de bens de capital. Essa

independência é uma experiência completamente distinta do que ocorre durante os anos anteriores.

Tanto para os assalariados como para trabalhadores autônomos, agricultores, administradores, gerentes e empresários, a renda é quase que completamente dependente do esforço produtivo. A exceção mais importante ocorre para os trabalhadores que nunca tiveram uma fonte individual de renda, como as donas de casa. No caso, elas apenas passariam a receber uma renda individual como idosas, quando passam a receber uma pensão com a morte do marido. Mas, mesmo para essas idosas, a renda individual – tanto zero quanto o valor da pensão – não depende da sua participação no mercado de trabalho.

Um dos axiomas econômicos fundamentais é a relação estreita entre a remuneração e a produtividade do indivíduo: trabalhadores mais produtivos comandariam uma renda maior no mercado. Essa relação pode ser quebrada por uma série de imperfeições no mercado de trabalho e por uma série de arranjos institucionais, mas, com a aposentadoria, a ruptura é completa. Assim, fatores que afetam a produtividade teriam um impacto na remuneração antes da aposentadoria, mas nenhum no período posterior. Um dos fatores mais importantes é a saúde, como observado, por exemplo, por Jack (1999), Thomas e Strauss (1997), Savendoff e Schultz (2000).

Trabalhadores que experimentam uma degradação nos seus níveis de saúde – causada por uma enfermidade ou

por acidente – teriam menor produtividade tanto em hora trabalhada – menor força, energia e vigor – como em menor número de horas ou dias trabalhados – ausência causada pela enfermidade ou acidente. Para os idosos, essa relação não existe, já que a renda não depende da produtividade do trabalho. Obviamente, se o idoso retornar ou continuar no mercado de trabalho após a aposentadoria, a relação ainda existe, mas com menor força do que no período anterior à aposentadoria.

No caso dos idosos, quando pesquisadores analisam a relação entre o estado de saúde de um indivíduo e a sua renda, o que observam, fundamentalmente, é como a renda ajuda a explicar o estado de saúde. Com maiores recursos financeiros, o indivíduo e sua família têm melhor acesso a atendimento de saúde de qualidade; têm a capacidade de comprar no mercado serviços médicos e remédios em maiores quantidades e com melhor qualidade. Nota-se aqui que um sistema público de saúde com acesso universal e de alta qualidade diminuiria a força dessa relação e, até, poderia eliminá-la. Nesse caso, pode-se dizer que a força da relação renda-saúde – medida por coeficientes de correlação ou de regressão – é inversamente proporcional à qualidade do sistema público de saúde, especialmente na sua habilidade de servir às necessidades dos idosos mais pobres.

Mesmo que essas várias relações e considerações façam sentido em nível teórico, a sua aplicabilidade e relevância

é uma questão empírica. No caso típico de um país em desenvolvimento, o sistema de seguridade social pode ser inadequado em vários aspectos, como o valor do salário-aposentadoria e o seu alcance para trabalhadores no setor informal, rural ou autônomo. As deficiências nesse sistema, juntamente com a menor importância da família estendida, levariam a uma maior participação do idoso no mercado do trabalho. Esse é o diagnóstico que Parker (2000) fez para o caso mexicano e Camarano (2001) para o caso brasileiro. Levando essas duas possibilidades aos casos extremos, a definição econômica do idoso não seria aplicável a uma parcela significativa da população e a saúde continuaria sendo um dos fatores mais importantes para a determinação da renda do idoso e de sua família.

O estudo do Conselho Estadual do Idoso sobre os idosos do Rio Grande do Sul levantou uma série de informações que nos permitem analisar a relevância da definição econômica do envelhecimento. O principal objetivo deste trabalho é avaliar o quanto a renda dos idosos do Estado é independente da sua participação no mercado de trabalho. Um segundo objetivo é observar a relação entre a renda e a saúde do idoso, nesse caso, medida pela auto-avaliação de saúde.

Métodos

Esta análise utilizou-se do banco de dados do “Estudo Multidimensional das Condições de Vida do Idoso,” elabo-

rado pelo Conselho Estadual do Idoso do Rio Grande do Sul, em cooperação com 14 universidades gaúchas (CEI, 1996; CEI, 1997). O estudo, de corte transversal, teve como população-alvo as pessoas idosas, maiores de sessenta anos, urbanas, de ambos os gêneros, não institucionalizadas e residentes no estado do Rio Grande do Sul em 1995. A amostra incluiu 7 920 idosos.

A principal variável de interesse nesta análise foi a principal fonte de renda do idoso (questão E40 no questionário), a mesma utilizada por Parker (2000); outras variáveis de interesse incluem a idade (questão A7), a renda individual em salários mínimos (questão E38) e a auto-avaliação da saúde (questão I61). Esta última questão forneceu cinco alternativas: saúde ótima, boa, regular, má ou péssima. Renda média do valor nominal de cada faixa salarial foi calculada para cada alternativa de auto-avaliação de saúde e teve suas diferenças testadas pela análise de variância (Anova). Teste t de Student foi utilizado para a comparação da diferença das médias de renda entre os pares de categorias da auto-avaliação de saúde. Como, originalmente, a variável renda foi coletada categoricamente, tabela de distribuição de cada categoria de renda e cada alternativa de auto-avaliação foi construída. O teste do qui-quadrado foi utilizado para testar a relação entre as duas variáveis. Nos três casos, índices de significância menores de 5% ($p < 0,05$) foram considerados

significativos e menores que 1%, muito significativos.

Além de métodos descritivos (frequências e tabulações cruzadas), a relação renda-saúde foi analisada também via regressão logística. A variável dependente foi definida como 1 = saúde ótima ou boa e 0 = saúde regular, ruim ou péssima. O principal objetivo da regressão foi a estimação de como a renda individual (a variável explicativa) afeta a chance (pelo cálculo da razão de chance) do idoso de ter uma saúde ótima ou boa. Na interpretação dos resultados, uma razão de chance com valor acima de 1,0 indica que, com maior renda, o idoso tem chances maiores de ter saúde ótima ou boa; quanto mais alto o valor, maior o impacto da renda na saúde. Um valor abaixo de 1,0 indicaria que a maior renda diminui essa chance. Os resultados podem ter a direção invertida e aplicados à situação de saúde regular, má ou péssima.

Resultados e discussão

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com a sua principal fonte de renda, dispondo-se os dados em ordem decrescente de importância.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos por principal fonte de renda

Principal fonte de renda	N	%
Aposentadoria	4 339	55,8
Pensão	1 464	18,8
Não se aplica	821	10,5
Aposentadoria e pensão	241	3,1
Outros	242	3,1
Salário	233	3,0
Serviços eventuais	224	2,9
Aluguel	173	2,2
Poupança	26	0,3
Abono permanência	19	0,2
Total	7 782	100

Apenas em duas categorias a renda depende da participação no mercado de trabalho: salário e serviços eventuais. Além disso, a categoria “outros” talvez inclua remuneração do trabalho. Desse modo, a Tabela 2 pode ser construída classificando os idosos de acordo com a importância do mercado de trabalho na principal fonte de renda.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos por importância do mercado de trabalho na principal fonte de renda

Principal fonte de renda	N	%
Renda fora do trabalho	7 083	90,9
Renda do trabalho	457	5,9
Outros	242	3,1
Total	7 782	100

Na Tabela 2, pode-se observar que a maioria dos idosos do Rio Grande do Sul não depende do trabalho para a maior parte da sua renda. Mesmo que a categoria “outros” seja considerada jun-

to, em menos de 10% dos idosos a participação no mercado de trabalho é a principal fonte de rendimentos. Essa percentagem é bem menor do que a encontrada por Parker (2000, p. 91) para o caso mexicano, no qual 25% da amostra correspondiam a essa classificação. Camarano (2001) também observa uma maior participação do idoso brasileiro no mercado de trabalho, mas neste estudo não foi utilizado o enfoque da principal fonte de renda do idoso. Para o caso gaúcho, uma definição demográfica do idoso (pessoas com mais de sessenta anos de idade) corresponde, de maneira estreita, à definição econômica do idoso (pessoas cujo rendimento não provém mais do trabalho). Nota-se, nesse ponto, que mudanças no sistema de previdência social no Brasil tendem a alterar essa correspondência. O fator previdenciário, utilizado para ajustar o valor da aposentadoria, tem embutido um incentivo a um aumento na idade de aposentadoria à medida que a expectativa de vida da população aumenta (WORLD BANK, 2001). Discussões mais recentes sobre a reforma previdenciária e a preocupação com a viabilidade financeira do sistema também irão envolver, com certeza, incentivos à postergação da aposentadoria, especialmente para os funcionários públicos.

A fonte de renda permite-nos uma análise mais detalhada da situação econômica do idoso no Rio Grande do Sul. Na Tabela 3, que apresenta o cruzamento entre a fonte de renda e a idade do

idoso, as percentagens indicam a principal fonte de renda para cada faixa etária (em outras palavras, as percentagens somam 100% em cada linha).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos por faixa etária e fonte de renda

Faixa etária	Principal fonte da renda		
	Não-trabalho	Trabalho	Outros
60-64	80,8	13,7	5,4
65-69	91,5	5,8	2,6
70-74	96,6	1,5	1,9
75-79	97,2	1,0	1,8
80-84	97,1	0,7	2,2
85-89	96,9	-	3,1
90 ou mais	95,8	2,8	1,4
Total	91,0	5,9	3,1

A Tabela 3 demonstra que a participação dos idosos no mercado de trabalho é muito mais importante para os idosos mais jovens, especialmente na faixa dos 60 aos 64 anos de idade. Essa participação diminui com a idade, sendo irrelevante para os idosos acima de setenta anos. A tabela também indica que a categoria “outros”, provavelmente, reflete a renda do trabalho para os idosos com menos de oitenta anos – já que a importância dessa categoria diminui com a idade até essa faixa –, não sendo claro o que significa para aqueles acima dessa idade.

A Tabela 3 também indica que uma definição econômica do idoso ganha precisão com o aumento na idade, sendo particularmente precisa com a exclusão do grupo de 60 a 64 anos. Mas, mesmo para esses idosos, a grande maioria

não depende do mercado de trabalho para a principal fonte de renda.

Para o idoso gaúcho, uma forte relação entre a saúde e a renda reflete, primordialmente, como esta última variável determina a saúde. Como poucos idosos gaúchos trabalham por remuneração, a saúde tem pouco impacto na renda. A Tabela 4 apresenta a renda média individual em número de salários mínimos de acordo com a avaliação pessoal da saúde.

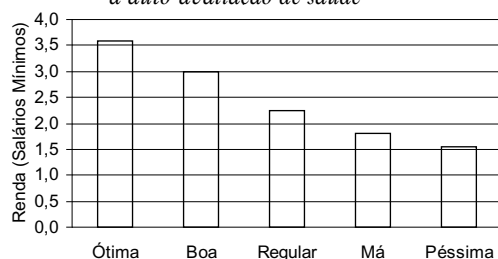
Tabela 4 - Renda em salários mínimos por saúde

Saúde	N	Média	Desvio padrão
Ótima	706	3 586	3,0
Boa	2 026	2 996	2,7
Regular	3 778	2 255	2,1
Má	490	1 795	1,5
Péssima	565	1 556	1,2
Total	7 565	2 496	2,4

Há uma relação estreita entre a renda e a saúde. Idosos com maior renda têm melhores níveis de saúde; o inverso ocorre com idosos de menor renda. Essa relação ocorre não somente nos extremos – comparando idosos de saúde ótima com idosos de saúde péssima –, mas também para cada nível de saúde. A Anova, testando a diferença entre as médias das quatro categorias, mostra-se muito significativa: ($p < 0,01$). A diferença na renda média entre os idosos com saúde ótima e os idosos com saúde boa é significativa: ($p < 0,05$). O mesmo nível de significância ocorre quando idosos de saúde boa são comparados com os de saúde regular; idosos de saúde regular, com os de saúde má,

e idosos de saúde má com os de saúde péssima. A saúde do idoso gaúcho depende de maneira estreita da sua renda. Como podemos ver na Figura 1, à medida que a renda aumenta, a saúde melhora, o que indica que idosos utilizam uma parte significativa do seu acréscimo na renda para comprar serviços de saúde – assistência médica, remédios, etc. – em maior quantidade, conforme a necessidade, e qualidade. Os resultados também indicam que idosos de baixa renda não têm os recursos financeiros necessários para garantir um bom nível de saúde.

Figura 1 - Distribuição da renda média de acordo com a auto-avaliação de saúde



A Tabela 5 apresenta esses resultados com mais detalhes. Ao invés de apresentar apenas a renda média, mostra cada faixa de renda, em número de salários mínimos. As percentagens têm como referência a faixa de renda; assim, enquanto apenas 7,5% dos idosos sem renda têm saúde ótima, 22,5% dos idosos com renda acima de nove salários mínimos têm este nível de saúde. O teste do qui-quadrado, testando a relação entre as duas variáveis, foi muito significativo ($p < 0,01$).

Tabela 5 - Distribuição da renda por avaliação pessoal de saúde

Renda	Saúde				
	Ótima	Boa	Regular	Má	Péssima
Sem renda	7,5	22,0	52,1	7,0	11,4
Menos de 1	7,5	24,4	52,6	7,0	8,5
1 t q 22	6,2	23,3	53,1	8,2	9,2
2 t q 3	10,9	28,4	48,6	5,9	6,3
3 t q 4	11,7	33,3	48,9	3,2	2,9
4 t q 5	14,3	30,6	47,5	2,6	4,9
5 t q 6	17,7	33,6	42,3	3,6	2,7
6 t q 7	15,3	34,3	46,0	4,4	-
7 t q 8	16,7	34,3	45,1	2,0	2,0
8 t q 9	17,8	47,8	32,2	2,2	-
Mais de 9	22,5	42,8	32,6	1,4	0,7

$p < 0,01$ (Qui-quadrado = 476,374).

Os resultados da Tabela 5 claramente indicam que a renda média não apresenta nenhuma relação mais complexa entre a renda e a saúde. Situações de saúde ótima e boa tornam-se mais frequentes à medida que a renda do idoso aumenta, ao passo que situações de saúde regular, má e péssima são menos frequentes.

O resultado da regressão logística foi uma razão de chance estatisticamente muito significativa de 1,1939 ($p < 0,01$). Na interpretação desse resultado, com o aumento na renda individual em um salário mínimo, a chance de o idoso ter saúde ótima ou boa aumenta em 19%; no sentido inverso, com um salário mínimo a mais, a chance de o idoso ter saúde regular, má ou péssima diminui em

19%. Esse é um impacto de alta relevância, já que o aumento da renda em apenas um salário mínimo promove uma melhoria qualitativa na saúde para um em cada cinco idosos.

Conclusões

A grande maioria dos idosos do Rio Grande do Sul não participa de maneira significativa no mercado de trabalho. Eles têm fontes de renda independentes de qualquer esforço produtivo, especialmente aposentadoria e pensão. Remuneração pelo trabalho é mais comum para idosos mais jovens (60 a 64 anos de idade), tornando-se praticamente inexistente para aqueles acima de setenta anos. Pode-se concluir que, para o idoso gaúcho, a renda é relativamente independente da sua saúde.

Por outro lado, o nível de saúde do idoso é determinado de maneira significativa pela sua renda individual. O acesso a serviços de saúde na frequência necessária e com a qualidade desejada é constrangido pela renda. Os resultados também demonstram que esta não é apenas uma relação dualística – comparando os mais pobres com o mais ricos –, mas incremental: qualquer aumento de renda será utilizado pelo idoso na melhoria da sua saúde. Uma aplicação final do resultado é que os serviços públicos de saúde não têm sido eficazes em suprir as necessidades dos idosos de baixa renda. Se o serviço de atenção primária em saúde fosse eficaz, o

impacto da renda sobre a saúde não seria significativo.

Recebido para publicação em maio de 2003.

Abstract

With retirement, the elderly income does not depend on his/her participation in the labor market, and, therefore, it does not depend on his/her health status. In this case, the relationship between income and health primarily reflects how the income constrains the access to health services of quality and, therefore, how the health status depends on the income. Data from the study about the elderly in the state of Rio Grande do Sul, done by the “Conselho Estadual do Idoso” was utilized to assess these relationships. It was found that very few elderly in the state participate in the labor market and that there is a strong relationship between the elderly health and his/her individual income. Elderly with a minimum salary more have 19% more chance to be in excellent or good health.

Key words: Elderly, health-income.

Referências

CAMARANO, A. A. *O Idoso brasileiro no mercado de trabalho*. Rio de Janeiro: Ipea, 2001. Texto para discussão n. 830.

CONSELHO Estadual do Idoso (CEI). *Os idosos do Rio Grande do Sul*: estudo multidimensional de suas condições de vida. Relatório de pesquisa. Porto Alegre, 1996.

CONSELHO Estadual do Idoso (CEI). *Os idosos do Rio Grande do Sul*: estudo multidimensional de suas condições de vida. Relatório de pesquisa. Porto Alegre, 1997.

JACK, W. *Principles of health economics for developing countries*. Washington: World Bank, 1999.

PARKER, S. W. Elderly health and salaries in the mexican labor market. In: SAVENDOFF, W. D.; SCHULTZ, T. P. (Ed.). *Wealth from health*: linking social investments to earnings in Latin America. Washington, DC: Latin American Research Network, 2000.

SAVENDOFF, W. D.; SCHULTZ, T. P. (Ed.). *Wealth from health*: linking social investments to earnings in Latin America. Washington, DC: Latin American Research Network, 2000.

MYERS, G. C. Demographic aging and family support for older persons. In: KENDIG, H.; HASHIMOTO, A.; COPPARD, L. (Ed.). *Family support for the elderly*: the international experience. New York: Oxford University Press, 1992.

THOMAS, D.; STRAUSS, J. Health and wages: evidence on men and women in urban Brazil. *Journal of Econometrics*; n. 77, p. 159-185, 1997.

WORLD Bank. *Brasil*: critical issues in social security. Washington, DC, 2001.