

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE

Informe de Situação e Tendências

Demografia e Saúde

Brasília - DF
2009

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE

Informe de Situação e Tendências

Demografia e Saúde

Série G. Estatística e Informação em Saúde
Série Informe de Situação e Tendências

Brasília – DF
2009

© 2009 Organização Pan-Americana da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série G. Estatística e Informação em Saúde

Série Informe de Situação e Tendências

Tiragem: 1.ª edição – 2009 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400, Brasília – DF

Home page: www.opas.org.br

Edição:

Organização Pan-Americana da Saúde

Autor:

Rede Interagencial de Informações para Saúde

Capa, projeto gráfico e diagramação:

All Type Assessoria Editorial Ltda

Esta publicação foi financiada pelo Ministério da Saúde, com recursos do Termo de Cooperação nº 14, firmado com a Organização Pan-Americana da Saúde.

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Rede Interagencial de Informações para Saúde.

Informe de situação e tendências : demografia e saúde / Rede Interagencial de Informações para Saúde.
– Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

36 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências)

ISBN 978-85-334-1564-5

1. Demografia. 2. Saúde pública. 3. Políticas públicas em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 314:614(81)

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0171

Títulos para indexação:

Em inglês: Situation and Tendencies Report: demography and health

Em espanhol: Informe de situación y tendencias: demografía y salud

Sumário

Apresentação	5
--------------------	---

Conceituação e desenvolvimento do Informe	7
---	---

Sumário executivo	11
-------------------------	----

Informe de situação e tendências: demografia e saúde	15
Introdução	17
Análise da Transição da Estrutura Etária	18
A população idosa	22
A população infanto-juvenil	24
As mulheres em idade reprodutiva	25
A importância crescente da mortalidade infantil neonatal	26
O excesso de mortalidade dos adultos jovens	29
Considerações finais	32

Equipe de elaboração	35
----------------------------	----

Apresentação

A produção de *Informes de Situação e Tendências* foi prevista na concepção original pela Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), com o objetivo de subsidiar a formulação, gestão e avaliação de políticas públicas de saúde. Temas relevantes para a saúde da população brasileira seriam abordados de forma sintética e prospectiva, apontando questões que demandam ação governamental articulada, com visão de médio prazo e participação de segmentos sociais interessados. Embora necessariamente fundamentados em indicadores qualificados e em análises cientificamente consistentes, os informes devem ser de fácil compreensão para o usuário não especialista, o que exige emprego de métodos e processos pouco usuais em um setor tão complexo como o de saúde.

Desde 1997, a RIPSA tem publicado os *Indicadores e Dados Básicos (IDB)*, produto de um trabalho sistemático de revisão e atualização realizado por profissionais de diversas instituições, em um processo de construção coletiva, consensualmente articulado. Com a divulgação deste primeiro *Informe de Situação e Tendências (IST)*, a RIPSA complementa o IDB com informações analíticas, dirigidas a um amplo público-alvo: gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), instâncias legislativas, trabalhadores de saúde, profissionais da mídia, estudantes e público em geral.

O conteúdo deste Informe – *Demografia e Saúde* – é particularmente relevante para o SUS, por sinalizar novos rumos de atuação ajustados a um processo de transição demográfica acelerado, que ocorre em ritmo mais intenso que em países altamente industrializados. Mudanças na composição etária da população já são notáveis e se acentuarão nas próximas décadas, conformando um novo perfil de demanda que requer rearranjos consideráveis nas formas de organização e de prestação de serviços de saúde. Trata-se de grande desafio para os dirigentes do SUS nas três esferas de gestão, a exigir reflexão e estudo, com vistas ao planejamento e à implementação de iniciativas de ação intergovernamental.

A ocasião comemorativa dos 20 anos do SUS é auspiciosa e oportuna para o lançamento deste *Informe de Situação e Tendências: Demografia e Saúde* – produto cuidadosamente trabalhado pelo Núcleo Executivo de Projeto designado pela RIPSA, com o apoio imprescindível de instituições especializadas, como o Cedeplar, o Ipea e o IBGE.

O texto específico do Informe está contido nesta publicação ampliada – *Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências* – juntamente com quatro documentos técnicos que o fundamentaram. Esses textos, de autoria de renomados espe-

cialistas nos temas abordados, devem ser consultados para aprofundamento da situação analisada. Para que o Informe seja acessível a um público mais amplo, ele está também disponível em publicação específica da RIPSa, com maior tiragem.

Diego Victoria
Representante da Opas/OMS no Brasil

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli
Secretária Executiva do Ministério da Saúde

Conceituação e desenvolvimento do Informe

Mozart de Abreu e Lima

O desenvolvimento da iniciativa acordada na 13ª Oficina de Trabalho Interagencial (OTI), em março de 2006, para produção de informes destinados a orientar gestores e outros atores envolvidos na tomada de decisões relevantes para o sistema de saúde, está sendo finalizado com a apresentação deste primeiro *Informe* dedicado ao tema “*Demografia e Saúde*”.

Esse produto é considerado de importância estratégica para o aperfeiçoamento dos trabalhos de cooperação técnica da *Ripsa*, no campo da informação para a saúde, consequência dos esforços realizados há vários anos na construção e aperfeiçoamento das bases de dados e indicadores aplicados. Os informes devem exprimir a identificação de problemas derivados das temáticas estudadas, com os seus condicionantes sobre a situação de saúde, atendidos os requisitos de síntese e linguagem adequada.

Os informes de situação e tendências poderão também ser utilizados como orientadores da construção de agendas técnico-políticas a serem processadas e oferecidas ao Ministério da Saúde e a outras instâncias envolvidas nos processos de discussão e decisão no âmbito do SUS. Esse novo produto, já considerado quando da concepção da *Ripsa*, seqüencia o Indicadores e Dados Básicos para a Saúde (IDB) no propósito de subsidiar a construção de políticas públicas melhor informadas.

Este primeiro *Informe* balizou-se, sempre que possível, pelas orientações estabelecidas no Termo de Referência aprovado pela OTI, tendo-se iniciado com a produção de texto específico sobre as mudanças demográficas no país e suas tendências até a metade deste século. O texto – desenvolvido pela cooperação do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) – enfoca a análise da transição demográfica com a projeção de um padrão de crescimento futuro da população, diferenciado por três faixas etárias (infanto-juvenil, indivíduos em idade ativa e idosos) e dois períodos de tempo (até 2025 e até 2050).

O estudo propiciou condições para a abordagem das mais relevantes questões estratégicas em suas relações com a saúde, especificamente identificadas, analisadas e abordadas em documentos complementares desenvolvidos pela cooperação de colaboradores dedicados aos temas, enfocando: (i) o expressivo crescimento do contingente de idosos, com

as suas específicas e complexas demandas para o sistema de saúde; (ii) as oportunidades para o aperfeiçoamento das políticas voltadas para o segmento da população infanto-juvenil derivadas da diminuição do volume absoluto desse contingente populacional; (iii) a melhoria das condições de saúde das mulheres ao longo da sua vida reprodutiva e além dela, como conseqüências de uma fecundidade situada em níveis baixos; (iv) a crescente importância do componente neonatal da mortalidade infantil e seus desafios para as políticas de saúde, exigindo a extensão e o aprimoramento da qualidade da assistência na orientação para a maternidade, no período gravídico e durante o parto, o puerpério e o seguimento do recém-nascido; (v) a sobremortalidade de adultos jovens por causas externas, associadas principalmente aos homicídios derivados da violência urbana e dos acidentes de transporte, com destaque para a necessidade de políticas de natureza intersetorial.

Os diferenciais de gênero e as disparidades sociais e regionais, implícitas em todas as questões pertinentes ao *Informe*, permeiam as análises efetuadas sempre que se fez necessária a explicitação de impactos sobre a estrutura e a organização dos serviços de saúde.

Na elaboração desse 1º *Informe* (IST-Ripsa: “Demografia e Saúde”) foram desenvolvidas as seguintes etapas e documentos de trabalho:

- Esboço de idéias para a iniciativa de elaboração de informes de situação e tendências pela Ripsa, com vistas à deliberação inicial pela *OTI da Ripsa*, em 2005.
- Realização de oficina de trabalho interdisciplinar para discussão da viabilidade e oportunidade da iniciativa, em março/2006.
- Proposta, pelo grupo tarefa específico, de termo de referência para a elaboração de um primeiro informe, apresentado na 14ª *OTI da Ripsa*, com aprovação e criação do *Núcleo Executivo do Projeto – NEP/Ripsa*.
- Encomenda de documento sobre a transição da estrutura etária brasileira e seus desdobramentos nas áreas das políticas sociais, particularmente as de saúde, desenvolvido pelo Cedeplar com o apoio da Abep (Laura Rodríguez Wong, José Alberto M. de Carvalho, Ignez H. Oliva Perpétuo), concluído em agosto/2007.
- Identificação e encomenda de estudos específicos, complementares ao documento sobre a demografia, nas áreas de mortalidade infantil neonatal (Elisabeth França e Sônia Lansky), mortalidade de jovens de 15 a 29 anos por violência e acidentes (Edinilsa Ramos de Souza e Maria Cecília de Souza Minayo), e envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública (Maria Fernanda Lima-Costa), concluídos em outubro/2007.

- Entre novembro/2007 e janeiro/2008, o *NEP/Ripsa* desenvolveu, sob a relatoria de Roberto Nogueira, a produção do esboço preliminar do *primeiro Informe*, balizado pelos documentos produzidos e seguindo, no possível, o *termo de referência do projeto*. Esse esboço, submetido a sucessivas revisões e aperfeiçoamentos pelos integrantes do NEP-Ripsa e colaboradores, teve como resultado o anteprojeto desse primeiro Informe, concluído no final de abril/2008, que foi apresentado e aprovado na 17ª OTI/RIPSA, em maio/2008.

Sumário executivo

1. O Brasil está passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para a mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher, que não são estudados neste Informe.
2. O processo de Transição da Estrutura Etária ao longo desse período levará, ao longo das próximas quatro décadas, a uma população de perfil envelhecido e com um ritmo de crescimento baixíssimo, quiçá negativo. Entre os principais desafios, sem dúvida, está a geração de novas demandas para o sistema de saúde.
3. As mudanças mais notáveis ocorrerão nas faixas de idade extremas. Os menores de 15 anos perderão representatividade, enquanto o peso relativo dos maiores de 65 anos será crescente, passando de 5,5%, em 2000, a 10,7%, em 2025, e a 19,4%, em 2050, alterando significativamente as relações intergeracionais (Gráfico 1, página 19).
4. Em 2025, para cada conjunto de 100 menores de 15 anos, haverá 46 idosos, contra 10 existentes em 1975. Finalmente, em 2050, o número de pessoas idosas ultrapassará o de menores de 15 anos (índice de envelhecimento). Em 2050, haverá apenas 2 potenciais cuidadores (pessoas entre 50 e 60 anos de idade) para cada idoso de 75 anos e mais, comparados com 5, existentes em 2000 (razão de suporte).
5. É esse padrão de crescimento diferenciado por idade que caracterizará a Transição da Estrutura Etária da população brasileira durante a primeira metade do presente século: a) crescimento baixo ou negativo, no segmento jovem; b) médio ou baixo, para a população em idade ativa, até 2025, e praticamente nulo no restante do período; c) muito alto para o contingente de idosos (Gráfico 2, página 21).
6. Os diferenciais de gênero entre a população idosa são notáveis. Para cada grupo de 100 mulheres idosas, havia, em 2000, 81 homens idosos; em 2050, haverá 76 idosos do sexo masculino. Entre aqueles com 80 ou mais anos de idade, para cada conjunto de 100 mulheres, o número de homens deverá cair, entre 2000 e 2050, de 71 para 61.
7. O desafio colocado para as políticas públicas diante da população idosa é o fornecimento de serviços e benefícios que lhe permita uma vida condigna e ativa, o que

depende especialmente da solidez das políticas de seguridade social (previdência, assistência social e saúde).

8. Além da necessidade óbvia de alocar recursos adicionais para os cuidados de saúde da população idosa, algumas soluções dependem da implementação de programas de saúde específicos e eficientes para essa fração da população, enquanto outras dependem de uma adequada rede de proteção social. Exige também o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclui a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais, além da necessidade de recursos humanos em qualidade e quantidade adequadas ao novo quadro epidemiológico.
9. A população com menos de 15 anos de idade passará a apresentar taxas de crescimento abaixo de zero, o que significa diminuição do tamanho das novas *coortes*. Portanto, haverá menor pressão do lado da demanda, e mais oportunidades para a melhoria da qualidade da atenção materno-infantil, como também da assistência familiar.
10. Junto com a transição demográfica, podem surgir outros fatores que anulem os benefícios deste momento demográfico particular. Por exemplo, está em curso uma mudança de hábitos nutricionais que faz com que a obesidade apareça como crescente problema.
11. Outro exemplo encontra-se no padrão etário de declínio da fecundidade, que acusa grande participação relativa da gravidez na adolescência, em geral, não-planejada. Importantes questões relacionadas a atividade física, uso de drogas, comportamento sexual e nutrição, entre outras, deverão ser tratadas tendo em vista o novo padrão demográfico.
12. Nesse cenário de mudanças demográficas, a fecundidade em níveis baixos, com um número menor de filhos, deverá certamente resultar em melhor *status* de saúde ao longo da vida reprodutiva das mulheres e em aumento proporcional de partos ocorridos em idade mais tardia.
13. Contudo, há uma tendência ao aumento da gravidez não-desejada, em especial em mulheres jovens sem parceiro; além dos constrangimentos sociais, econômicos e familiares, muitas das gestações são interrompidas por abortos inseguros, uma das principais causas de altas taxas de morbidade e mortalidade materna.
14. Em termos de serviços de saúde deverá ocorrer, conseqüentemente, um ajuste na oferta de assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério que permita melhorar sua qualidade, uma vez que a cobertura já é praticamente universal. Precisa-se aumentar

em quantidade e qualidade a oferta de assistência integral ao planejamento familiar, incluindo a reprodução assistida.

15. Óbitos infantis representam um evento lamentável, em todos os sentidos, pois constituem perda precoce da possibilidade de vida, decorrente, na maioria das vezes, de causas evitáveis. O componente pós-neonatal predominou no Brasil até 1990; a partir de então prevalece o componente neonatal, que corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil atual (Gráfico 3, página 27).
16. Uma tendência importante é o aumento relativo da mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida) que, em 2003-2005, correspondeu a cerca de 50% dos óbitos infantis, em todas as regiões do país. Destaque-se que aproximadamente um quarto do total de óbitos infantis ocorreu no primeiro dia de vida.
17. Entre as causas detalhadas de óbitos neonatais, destaca-se a prematuridade, seguida das infecções, malformações congênitas e asfixia/hipóxia. Prematuridade, infecções e asfixia/hipóxia são causas com maior potencial de prevenção e contribuem, em conjunto, com mais de 50% dos óbitos neonatais informados, nas regiões brasileiras.
18. Chama atenção também a alta taxa de partos cesarianos (43% em 2005), em maior proporção nos hospitais privados, o que requer ações direcionadas à redução da cesariana desnecessária, importante fator de risco relacionado à prematuridade, ao baixo peso ao nascer e à mortalidade neonatal.
19. No período de 1990 a 2005, a mortalidade por causas externas no grupo dos 15 aos 29 anos passou de 69% para 77% no sexo masculino e de 32% para 35%, no sexo feminino, em relação aos óbitos por todas as causas. É importante salientar que a magnitude das mortes de jovens por causas externas foi da ordem de 50 mil óbitos em 2005, número extremamente lamentável e preocupante.
20. Deve ser ressaltado, ademais, que a mortalidade do sexo masculino por causas externas, na faixa etária analisada, é geralmente mais de oito vezes superior à do sexo feminino. Portanto, esse quadro epidemiológico está caracterizado, em seu conjunto, não só pela sobremortalidade de jovens, como especialmente pela sobremortalidade masculina, cujo impacto na evolução da estrutura etária da população e, principalmente na esperança de vida, não se deve desprezar. As armas de fogo têm grande importância no conjunto dos meios usados para perpetrar mortes violentas, sendo responsáveis por 92% dos homicídios de jovens no país.
21. Merece destaque o crescimento dos acidentes de transporte, que vitimam pedestres e condutores de veículos a motor. Nesse subgrupo de óbitos, há tendência crescente

dos que envolvem motociclistas, sobretudo em função das condições precárias de trabalho que caracterizam a atividade de motofrete.

22. As evidências aqui apresentadas em nível nacional são, apenas, uma primeira referência para nortear o caminho do planejamento da saúde pública, de forma a atender melhor a futura população brasileira.
23. O desenvolvimento das capacidades de planejamento e gestão do sistema de saúde, é uma questão preocupante e desafiante que se apresenta a exigir análises, estudos e ações específicas, em especial se considerado o vulto das mudanças demográficas que já se delineiam e tendem a aprofundar-se, pelo menos até metade do século.
24. Um dos aspectos críticos para a gestão do sistema de saúde é a preparação de quadros profissionais inseridos em um modelo organizacional que priorize a integralidade e a qualidade das ações, nos diversos níveis de atenção.
25. Esses problemas certamente vão requerer investimentos na reestruturação/readequação da rede física, instalações e equipamentos, e ainda mudanças significativas nos padrões de assistência e recomposição da capacidade funcional do sistema, fortemente dependentes de investimentos em recursos humanos e tecnológicos.



Informe de situação e tendências: demografia e saúde

Introdução

A demografia é uma ciência importante para a saúde pública, entre outras razões por fornecer conceitos e medidas fundamentais sobre a saúde em sua dimensão populacional. Alguns indicadores demográficos são usualmente analisados para efeito de avaliação direta das condições de saúde: é o caso da mortalidade geral e infantil, bem como da esperança de vida ao nascer. Outros, tais como a fecundidade e a urbanização, são tidos como estreitamente vinculados a essas condições. A estrutura etária da população, por outro lado, é reconhecida como uma variável fundamentalmente ligada à demanda por serviços de saúde e determina necessidades organizacionais e tecnológicas do sistema de saúde como um todo. Mudanças na estrutura etária necessariamente ocasionam mudanças na demanda por serviços de saúde.

Este documento analisa a evolução da estrutura etária da população brasileira até 2050, apontando demandas e problemas gerados para o sistema de saúde pelo novo padrão demográfico de uma população tipicamente envelhecida. São enfocadas, em particular, as conseqüências atuais e futuras da Transição da Estrutura Etária, suas causas e suas demandas específicas em relação aos serviços públicos. São os seguintes os tópicos que compõem este Informe, acrescido das considerações finais:

- Análise da transição da estrutura etária. Projeta o padrão de crescimento futuro da população, diferenciado por três faixas etárias (infanto-juvenil, em idade ativa e idosa) em dois períodos (até 2025 e até 2050).
- A população idosa. Indica as demandas que se apresentam para o sistema de saúde em função da necessidade de atender a crescente população idosa e seus problemas de saúde específicos.
- A população infanto-juvenil. Analisa as oportunidades que surgirão para as políticas de saúde com a diminuição do volume absoluto desse grupo populacional, o que acarretará menor pressão de demanda e possibilidades de aprimoramento da qualidade da atenção prestada.
- As mulheres em idade reprodutiva. Antevê uma melhoria das condições de saúde das mulheres ao longo da sua vida reprodutiva, como conseqüência de uma fecundidade situada em níveis baixos e número menor de filhos.
- A importância crescente da mortalidade infantil neonatal. Analisa a crescente importância do componente neonatal na mortalidade infantil, seu perfil de causas e os desafios colocados para as políticas de saúde pela necessidade de melhoria da qualidade da assistência durante a gravidez, o parto e o puerpério.

- O excesso de mortalidade dos adultos jovens. Enfoca o excesso de mortalidade de jovens por causas externas que está associado, entre outros problemas, aos acidentes de transporte e à violência urbana que se caracteriza por uma proporção muito alta de óbitos por agressão com armas de fogo.

Análise da Transição da Estrutura Etária

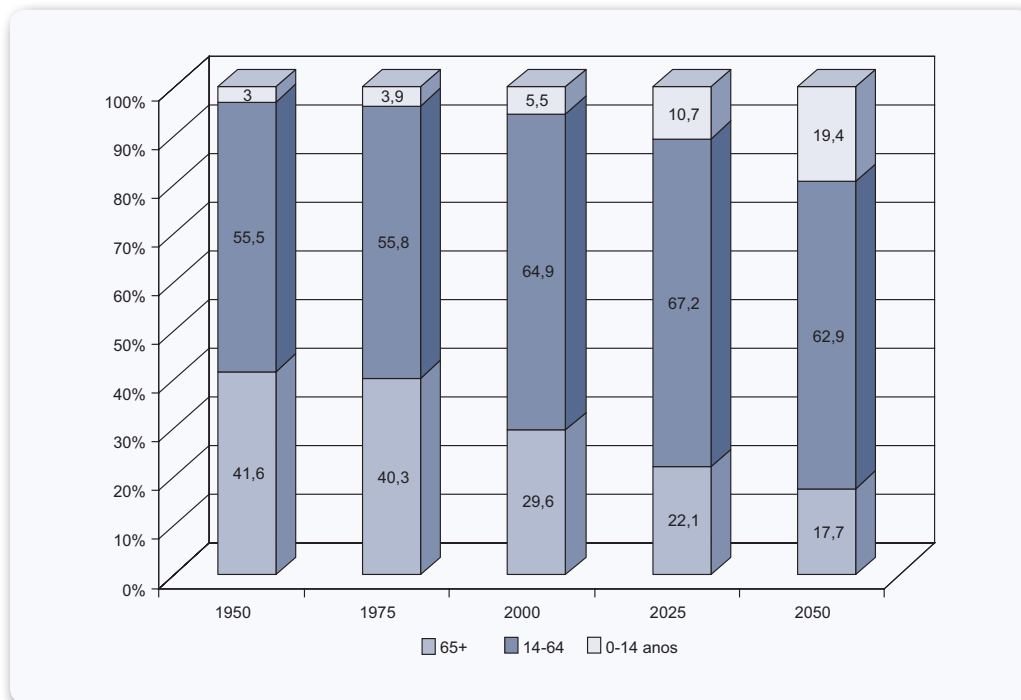
O Brasil está passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. A média brasileira reduziu-se de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0, em 2005. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para essa mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher, que não são estudados neste informe.

Atuando em conjunto, todos esses fatores conduzem a uma diminuição relativa – em alguns momentos, absoluta – da população jovem e a um progressivo aumento da proporção de pessoas idosas na população. Estabelece-se, assim, no início dessa transição, o que alguns demógrafos chamam de *janela de oportunidades*, ou *bônus demográfico*, onde as razões de dependência populacional atingem seus mais baixos valores.

Com essas mudanças demográficas, oportunidades aparecerão e desafios se tornarão patentes, como será explicitado adiante. O processo de Transição da Estrutura Etária ao longo desse período levará, ao longo das próximas quatro décadas, a uma população de perfil envelhecido e com um ritmo de crescimento baixíssimo, quiçá negativo. Entre os principais desafios, sem dúvida, está a geração de novas demandas para o sistema de saúde.

As mudanças mais notáveis ocorrerão nas faixas de idade extremas. Os menores de 15 anos perderão representatividade, enquanto o peso relativo dos maiores de 65 anos¹ será crescente, passando de 5,5%, em 2000, a 10,7%, em 2025, e a 19,4%, em 2050 (Gráfico 1).

¹ No Brasil, a Política Nacional do Idoso abrange a população com 60 anos ou mais de idade (Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996). Esse critério é recomendado também pela OpaS, principalmente para o estudo da saúde do idoso. Por esse motivo, algumas análises apresentadas a seguir utilizam o parâmetro de 60 anos. Já, nos indicadores demográficos, a idade de 65 anos é mais comumente adotada para identificar a população idosa.

Gráfico 1 Brasil: Distribuição da população, por grandes grupos etários (%), 1950-2050

Fonte: IBGE (2006)

Em conseqüência, serão alteradas as relações intergeracionais, com significativa mudança na Razão de Dependência dos Idosos², que será quadruplicada no período 2000 a 2050. Essas mudanças certamente conduzirão à necessidade de adequação das políticas públicas aplicadas, especialmente por decorrência do envelhecimento.

O Índice de Envelhecimento³ coloca o Brasil, nas próximas décadas, entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento da população. Em 2025, o valor desse índice deverá superar em até cinco vezes aquele observado em 1975. Em 2025, para cada conjunto de 100 menores de 15 anos, haverá 46 idosos, contra 10 existentes em 1975. Finalmente, em 2050, o número de pessoas idosas ultrapassará o de menores de 15 anos.

O indicador Razão de Suporte, que reflete a relação demográfica entre pessoas que são potenciais cuidadores (entre 50 e 60 anos de idade) e os que precisam de cuidados (75

² Razão entre a população de 65 e mais anos de idade e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 64 anos de idade), na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

³ Número de pessoas de 65 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

anos e mais), mostra que, em 2050, haverá apenas 2 potenciais cuidadores para cada idoso de 75 anos e mais, comparados com 5, existentes em 2000.

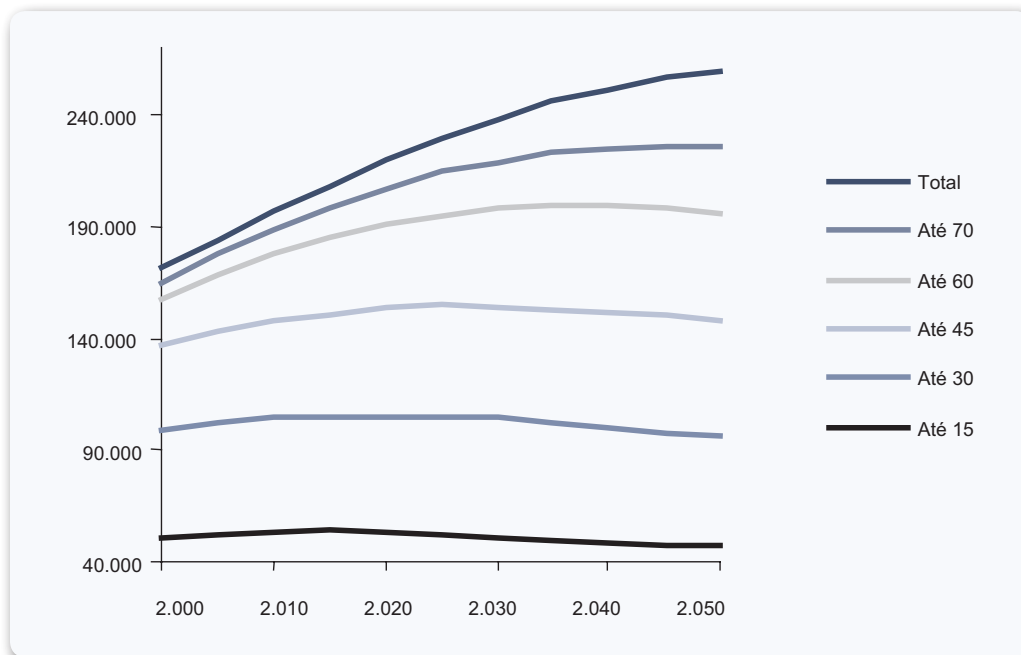
Devido à velocidade da queda da fecundidade, a população brasileira deverá, durante os próximos anos, confrontar-se com acentuadas oscilações da taxa de crescimento nas diversas faixas etárias. Nos primeiros anos do presente século, os grupos de menores de 25 anos aumentarão a taxas bem abaixo do valor médio da população total e, a partir de 2020, apresentarão taxas negativas de crescimento. A população de 25 a 64 anos, onde se concentra a força de trabalho ativa, sofrerá também forte desaceleração, já no curto prazo, e seu tamanho absoluto deverá se estabilizar por volta de meados do século XXI. Enquanto isso, os grupos acima de 65 anos aumentarão a taxas positivas e altas durante todo o período (Gráfico 2).

É esse padrão de crescimento diferenciado por idade que caracterizará a Transição da Estrutura Etária da população brasileira durante a primeira metade do presente século: a) crescimento baixo ou negativo, no segmento jovem; b) médio ou baixo, para a população em idade ativa, até 2025, e praticamente nulo no restante do período; c) muito alto para o contingente de idosos.

O aumento populacional se dará entre adultos e, principalmente, entre os idosos (65 anos e mais). O volume anual de população que se incorporará à faixa etária de idosos de 65 anos e mais aumentará continuamente. Em média, anualmente, o acréscimo será de mais de 550 mil idosos no primeiro quartel do século XXI, e superará a casa de um milhão, entre 2025 e 2050.

As conseqüências de diferentes taxas de crescimento, no tamanho absoluto da população dos vários grupos etários, representam uma questão importante a ser considerada. Apesar da fecundidade já ter alcançado o nível de reposição – e de certamente atingir níveis ainda mais baixos no futuro próximo – a população, como um todo, deverá continuar crescendo, embora em ritmo decrescente.

Gráfico 2 Brasil, 2000-2050: População acumulada até a idade indicada (valores absolutos, em mil)



Fonte: IBGE (2006)

As projeções atuais apontam para um envelhecimento progressivo da própria população mais velha. O grupo dos que tinham 80 anos ou mais – constituindo 17% em 2000 – corresponderá a 28%, em 2050. Entre as mulheres, a proporção das mais idosas passará de 18% para 30,8%.

Os diferenciais de gênero entre a população idosa são notáveis. Para cada grupo de 100 mulheres idosas, havia, em 2000, 81 homens idosos; em 2050, haverá 76 idosos do sexo masculino. Entre aqueles com 80 ou mais anos de idade, para cada conjunto de 100 mulheres, o número de homens deverá cair, entre 2000 e 2050, de 71 para 61. Caso se cumpram as perspectivas de sobrevivência, haverá, em meados do século, quase duas mulheres para cada homem, entre aqueles mais idosos.

O tamanho e a participação da população de 65 anos e mais, como tem sido dito, aumentará continuamente durante a Transição da Estrutura Etária, se aproximando de 50 milhões em 2050 ou 20% da população total, que corresponde a uma proporção mais alta que a encontrada hoje em qualquer país europeu. Assim, o Brasil defrontar-se-á com a difícil situação de atender uma sociedade progressivamente mais envelhecida, num período bem mais curto que aquele experimentado pelos países desenvolvidos.

Visto que nosso desenvolvimento social e econômico ainda não foi capaz de propiciar uma *sociedade para todas as idades*, coloca-se a questão de se o Brasil – que tem uma distribuição de renda e de serviços públicos notavelmente injusta – será capaz de enfrentar com êxito esse desafio ao longo dos próximos decênios. Esses aspectos da Transição da Estrutura Etária deverão merecer atenção especial na formulação de políticas públicas, para atendimento às necessidades de cada grupo etário.

A população idosa

O desafio colocado para as políticas públicas diante da população idosa é o fornecimento de serviços e benefícios que lhe permita uma vida condigna e ativa, o que depende especialmente da solidez das políticas de seguridade social (previdência, assistência social e saúde).

Sabe-se que os cuidados de saúde necessários para a população de mais de 60 anos de idade são diferentes daqueles apresentados pelo resto da sociedade, em função da incapacidade e do processo degenerativo, que requerem investimentos consideráveis em recursos físicos, medicamentos, pessoal capacitado e procedimentos tecnológicos.

A magnitude do aumento da demanda por assistência à saúde, em função do envelhecimento da população, é dada pelo número de idosos com problemas crônicos de saúde (i.e. aqueles com necessidades permanentes de atenção à saúde). Estima-se que entre 75 a 80% da população de 60 anos e mais têm pelo menos uma condição crônica, o que resultaria num contingente de 27 milhões, em 2025, e de 50 milhões, em 2050. Um exercício de extrapolação similar, considerando a incapacidade funcional, resultaria, em 2025, em 6,7 milhões de pessoas idosas com inevitável necessidade de cuidados e atenção médica, e 12 milhões, em 2050.

Consideradas as limitações do sistema de serviços de saúde pública brasileiro, o rápido processo de envelhecimento aponta para a necessidade de redefinir as políticas deste setor com o intuito de prevenir, ou pelo menos atenuar, o desamparo das gerações mais velhas.

Além da necessidade óbvia de alocar recursos adicionais para os cuidados de saúde da população idosa, algumas soluções dependem da implementação de programas de saúde específicos e eficientes para essa fração da população, enquanto outras dependem de uma adequada rede de proteção social.

É notório que, em geral, a cultura dos programas do sistema de saúde desenvolveu-se direcionada para a saúde materno-infantil e reprodutiva e para lidar com as doenças infecciosas, a par do atendimento às urgências e emergências. Esse enfoque está mudando

e a saúde pública deve privilegiar políticas de prevenção e promoção da saúde, sobretudo em relação às doenças crônicas que, muito freqüentemente, geram incapacidade.

Preocupação relevante é a formação e a educação permanente de recursos humanos para o atendimento geriátrico e gerontológico, desde o nível primário de atenção à saúde até o de alta complexidade. Por outro lado, as redes sociais são uma alternativa de suporte de serviços em face do aumento da prevalência de incapacidade na população que envelhece rapidamente. Há fortes evidências de que uma rede social sólida contribui para um maior bem-estar das pessoas idosas. Na cidade de São Paulo, 60% das pessoas idosas, com pelo menos uma incapacidade, recebem ajuda de parentes próximos, os quais constituem as redes “informais” de suporte.

O suporte intergeracional funciona, também, na direção oposta: a família, muito freqüentemente, usufrui da aposentadoria ou do pagamento de pensão dos idosos, particularmente na área rural. Diversos estudos mostram que essas transferências explicam a associação entre contribuição de idosos para a renda domiciliar e arranjos familiares. Trata-se de um mecanismo que promove a integração da família e que potencialmente favorece o bem-estar do idoso.

Em resumo, incentivar o desenvolvimento das redes sociais é uma maneira de facilitar os cuidados com a saúde e de criar oportunidades para melhoria das condições de vida dos idosos. É necessário levar em consideração a importância desse recurso e estimular sua formação. As redes devem incluir, acima de tudo, a família em seu conjunto e os parentes mais próximos, que se constituem nos potenciais “cuidadores” do idoso.

A mudança radical de demanda conseqüente à Transição da Estrutura Etária impões a readequação do sistema de saúde, nos aspectos de infra-estrutura e de recursos humanos, como também o desenvolvimento de uma ampla base técnica e metodológica que inclui a revisão de procedimentos e protocolos assistenciais. O novo quadro epidemiológico requer, por exemplo, geriatras que trabalhem de forma integrada com a atenção básica e especialidades tais como neurologia, cardiologia, nutrição, reabilitação. Tempo e investimentos significativos serão necessários para dispor de profissionais em qualidade e quantidade adequadas.

A hipertensão arterial e a artrite/artrose são as doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos. O diabetes e a depressão, embora menos freqüentes, são doenças potencialmente incapacitantes (Tabela 1). A hipertensão e o diabetes têm sido alvos de programas de saúde pública, mas a artrite e a depressão continuam sendo tratadas predominantemente como doenças individuais, sem a devida atenção como problemas de saúde coletiva.

Tabela 1 Brasil, 2003: Prevalência da morbidade auto-referida para hipertensão, artrite, diabete e depressão entre idosos (60+ anos de idade) brasileiros, segundo sexo

Condição crônica	Prevalência (%)		Total
	Homens	Mulheres	
Hipertensão	40,4	55,3	48,8
Artrite	20,1	33,0	27,3
Diabete	10,7	14,8	13,0
Depressão	5,9	12,8	9,7

Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003).

Em anos recentes, o número médio de internações na população idosa tem sido o dobro do que entre o restante dos adultos; essa razão aumenta gradualmente com a idade, chegando a mais de 3 vezes na faixa etária de 80 e mais anos. A tendência observada em alguns países é a redução de hospitalizações entre mais jovens, mas não entre os idosos.

As duas principais causas de mortalidade entre idosos brasileiros são o acidente vascular cerebral e a doença isquêmica do coração. A hipertensão arterial está mais fortemente associada ao acidente vascular cerebral, sendo esta a sua mais grave complicação. Em sociedades nas quais o controle da hipertensão arterial é mais efetivo, as doenças isquêmicas do coração passam a ser a principal causa de mortalidade no grupo de doenças do aparelho circulatório. Por outro lado, é importante não negligenciar o aumento progressivo dos diferentes tipos de câncer, exigindo novas posturas de prevenção e de intervenção precoce.

Os idosos estão expostos a diversas formas de violência. Uma delas é a violência institucional, no caso de clínicas e casas de retiro. Nesse sentido, registra-se a necessidade de monitorar a qualidade da atenção que lhes é prestada, especialmente em relação às internações de longa permanência. Outra forma de violência ocorre no âmbito doméstico, questão sobre a qual há necessidade de investimentos em pesquisa.

A população infanto-juvenil

A população com menos de 15 anos de idade passará a apresentar taxas de crescimento abaixo de zero, o que significa diminuição do tamanho das novas *coortes*. Portanto, haverá menor pressão do lado da demanda, e mais oportunidades para a melhoria da atenção materno-infantil, como também da assistência familiar. Nesse cenário, as políticas públicas voltadas para infância poderiam ter ganhos de qualidade ao utilizar melhor os recursos disponíveis para atender menor clientela, aproveitando assim a chamada “janela de oportunidades”.

O declínio da fecundidade no Brasil teve como conseqüência não somente o surgimento de famílias menores, mas, também, a ampliação dos intervalos de nascimentos, o que fez com que aumentassem as chances de melhorar os níveis de nutrição infantil. Entretanto, esse cenário demográfico favorável só poderá ajudar a resolver ou reduzir problemas sociais se um planejamento adequado for adotado no tempo certo, o que inclui a ênfase na eficácia do sistema de vigilância alimentar e nutricional.

Junto com a transição demográfica, podem surgir outros fatores que anulem os benefícios desse momento demográfico particular. Por exemplo, está em curso uma mudança de hábitos nutricionais que faz com que a obesidade apareça como crescente problema. A prevalência de sobrepeso alcança também a população adulta, sendo relativamente alta tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais, e em todos os estratos socioeconômicos. Há evidências de que, independentemente do nível de renda, a alimentação por excesso de carboidratos está presente em todas as regiões do país.

Outro exemplo encontra-se no padrão etário de declínio da fecundidade, que acusa grande participação relativa da gravidez na adolescência. Sabe-se que mães adolescentes estão mais sujeitas a dar à luz crianças de baixo peso. Fatores socioculturais, tais como pobreza e privação social, bem como fatores biológicos e nutricionais durante a gravidez, podem ser determinantes importantes desse quadro de risco. Sendo a gravidez de adolescentes, em geral, não-planejada, os dados disponíveis sugerem que a primeira consulta pré-natal tende a ser adiada e a frequência das mesmas costuma ser também relativamente menor que entre as grávidas de outras idades.

Programas educacionais para a população jovem devem ser planejados com maior garantia de cobertura e conseqüente impacto, agora que esse segmento populacional apresenta taxas de crescimento negativas. Importantes questões relacionadas a atividade física, uso de drogas, comportamento sexual e nutrição, entre outras, deverão ser tratadas tendo em vista o novo padrão demográfico.

As mulheres em idade reprodutiva

Nesse cenário de mudanças demográficas, a fecundidade em níveis baixos, com um número menor de filhos, deverá certamente resultar em melhor *status* de saúde ao longo da vida reprodutiva das mulheres e em aumento proporcional de partos ocorridos em idade mais tardia.

Contudo, há uma tendência ao aumento da gravidez não-desejada. Estatísticas das Nações Unidas – nas quais o Brasil se situa com o perfil médio – indicam que até três quartos das gestações de mulheres jovens sem parceiro são não-desejadas. Além dos constrangimentos sociais, econômicos e familiares que isto implica, muitas dessas gesta-

ções são interrompidas por aborto inseguro, uma das principais causas da mortalidade e morbidade maternas.

O adiamento da idade ao ter o primeiro filho é um fenômeno típico de populações que se encontram nos últimos estágios da transição demográfica. Sendo este o caso do Brasil para os próximos anos, significará, também, o aumento de gestações de alto risco e, conseqüentemente novas demandas a serem atendidas.

Em termos de serviços de saúde deverá ocorrer, conseqüentemente, um ajuste na oferta de assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério que permita melhorar sua qualidade, uma vez que a cobertura já é praticamente universal. Precisa-se aumentar em quantidade e qualidade a oferta de assistência integral ao planejamento familiar, incluindo a reprodução assistida.

Em razão da Transição da Estrutura Etária, o número de mulheres que já saíram do período reprodutivo tenderá a aumentar em termos relativos e absolutos. O sistema de saúde deverá, conseqüentemente, se adaptar para continuar atendendo as mulheres à medida que cheguem à menopausa e depois desta. A expansão dos serviços para as mulheres idosas colocará novas demandas para os provedores de saúde reprodutiva, em geral pouco atentos aos problemas físicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. Esses serviços deverão ser capacitados para levar em devida conta tais problemas das suas usuárias de mais idade, orientando-as sobre aspectos de prevenção e tratamento.

Os programas de atenção básica à saúde deveriam, certamente, incluir esses itens entre suas linhas prioritárias de ação.

A importância crescente da mortalidade infantil neonatal

Apesar do número relativamente menor de nascimentos no país, a mortalidade infantil deve continuar sendo uma prioridade nos próximos anos. Óbitos infantis representam um evento lamentável, em todos os sentidos, pois constituem perda precoce da possibilidade de vida, decorrente, na maioria das vezes, de causas evitáveis. Por isso, a mortalidade infantil tem sido historicamente utilizada como um indicador adequado para avaliar as condições de saúde e de vida da população.

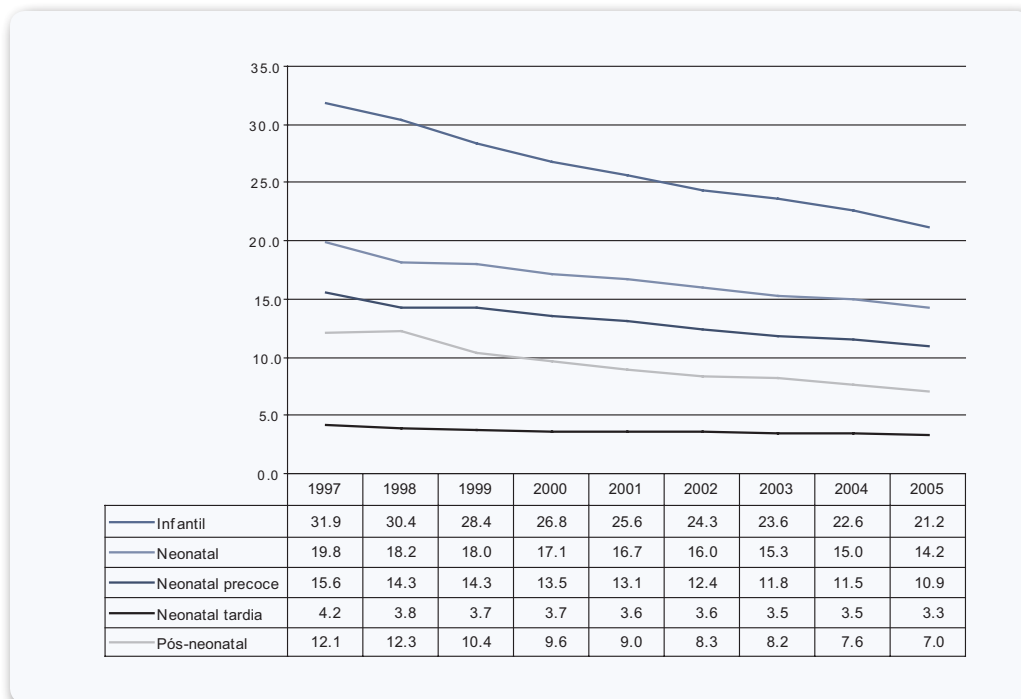
A mortalidade infantil ocorre como conseqüência de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde. Portanto, as intervenções dirigidas à sua redução dependem tanto de mudanças estruturais, relacionadas às condições de vida da população, quanto de ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde. Para melhor compreensão da sua ocorrência, desagrega-se a taxa de mortalidade infantil em dois componentes, diferenciados segundo seus determinantes: a mortalidade neonatal (óbitos ocorridos até 27 dias de vida) e a pós-neonatal (de 28 dias a um ano).

A mortalidade neonatal, por sua vez, é subdividida nos componentes neonatal precoce (primeira semana de vida) e neonatal tardio (de 7 a 27 dias).

O componente pós-neonatal predominou no Brasil até 1990; a partir de então prevalece o componente neonatal, que corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil atual. Uma tendência importante é o aumento relativo da mortalidade neonatal precoce (0-6 dias de vida), que em 2003-2005 correspondeu a cerca de 50% dos óbitos infantis, em todas as regiões do país. Destaque-se que aproximadamente um quarto do total de óbitos infantis ocorreu no primeiro dia de vida.

O fato de a mortalidade neonatal se tornar o principal componente da mortalidade infantil aproxima o Brasil do perfil de mortalidade de países desenvolvidos. Entretanto, a velocidade de queda desse indicador é lenta (Gráfico 3), considerados o grau de desenvolvimento socioeconômico do país, a disponibilidade de conhecimentos e de recursos tecnológicos, e a oferta universal de serviços pelo SUS. A taxa de mortalidade neonatal permanece muito elevada (14,2 óbitos por mil nascidos vivos em 2005), se comparada com países como os EUA (4,6 em 2004) e o Chile (5,6 em 2000). Ressaltam os grandes diferenciais regionais: em 2005, a taxa de mortalidade neonatal alcançava 20,7 por mil no Nordeste, enquanto no Sul era de 9,4 por mil.

Gráfico 3 Brasil, 1997- 2005: Taxas de mortalidade infantil e componentes



Fonte: RIPSAs, 2008a.

A maior importância relativa do componente neonatal na mortalidade infantil implicou mudança no perfil de causas. Atualmente, as afecções perinatais representam a principal causa de mortalidade neonatal e infantil, além de responderem por cerca de 50% das mortes de menores de cinco anos. Compreender melhor essas causas e como determinam a mortalidade neonatal representa, portanto, um passo importante na análise da saúde infantil com vistas à definição das políticas públicas prioritárias.

Entre as causas detalhadas de óbitos neonatais, destaca-se a prematuridade, seguida das infecções, malformações congênitas e asfixia/hipóxia. Prematuridade, infecções e asfixia/hipóxia são causas com maior potencial de prevenção e contribuem, em conjunto, 50% ou mais dos óbitos neonatais informados, nas regiões brasileiras. As taxas por essas causas são mais elevadas nas regiões Nordeste e Norte, chegando a corresponder a mais do dobro das taxas verificadas nas regiões Sul e Sudeste (Tabela 2).

Tabela 2 Brasil e Regiões, 2005: Taxas de mortalidade neonatal (por 1000 nascidos vivos) segundo causas detalhadas

Causas	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Prematuridade	3,4	3,5	4,9	2,4	2,3	2,8
Infecções	2,4	2,8	3,5	1,8	1,1	2,1
Asfixia/hipóxia	2,0	2,3	3,3	1,2	1,3	1,9
Malformações congênitas	2,1	1,8	2,3	1,6	1,9	2,1
Afecções respiratórias do recém-nascido	1,2	1,1	1,9	0,9	0,7	1,0
Fatores maternos e relacionados à gravidez	1,1	0,6	1,7	0,7	1,2	1,0
Transtornos cardíacos originados no período perinatal	0,5	0,7	0,9	0,4	0,1	0,1
Afecções não especificadas originadas no período perinatal	0,5	0,6	0,8	0,2	0,2	0,2
Causas mal-definidas	0,2	0,5	0,4	0,1	0,1	0,1
Demais causas	0,8	0,9	1,0	0,5	0,5	0,6
Total	14,2	14,8	20,7	9,8	9,4	11,9

Nota: Dados básicos do SIM aplicados a estimativas de mortalidade neonatal – SVS/MS e RIPS. Nos agrupamentos de asfixia e prematuridade foram considerados códigos relacionados, além dos específicos.

Não há dúvida de que maiores riscos de mortalidade neonatal são geralmente associados à qualidade da atenção pré-natal, do atendimento ao parto e dos cuidados recebidos pelo recém-nascido. Proporção importante das mortes neonatais no Brasil ocorre por causas evitáveis no período periparto, apesar de 97% dos partos serem hospitalares. Comparações com outros países evidenciam o grande potencial de evitabilidade dessas mortes: o risco relativo de morte de crianças brasileiras por hipóxia/asfixia intra-parto é quase nove vezes maior que nos Estados Unidos. Chama atenção também a alta taxa de partos

cesarianos (43% em 2005), em maior proporção nos hospitais privados, o que requer ações direcionadas à redução da cesariana desnecessária, importante fator de risco relacionado à prematuridade, ao baixo peso ao nascer e à mortalidade neonatal.

Os resultados na saúde perinatal, entretanto, não decorrem apenas da eficiência obstétrica e neonatal, mas também do desenvolvimento econômico e social. Há clara associação entre a condição socioeconômica da mulher, sua saúde e o uso dos serviços específicos. A desigualdade socioeconômica observada no país se reflete no diferencial de acesso à assistência qualificada de pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, com concentração dos óbitos nos grupos sociais de baixa renda.

A escolaridade materna é um indicador indireto da condição socioeconômica da família e preditor de risco para a mortalidade infantil. Em 2000, cerca de 50% das mães no Brasil tinham menos de 8 anos de instrução, variando entre 61,8% na Região Nordeste e 32,1% no Sudeste. Apesar da queda da taxa de fecundidade total (na média nacional, passou de 6 filhos por mulher na década de 60, para 2 filhos em 2006) persiste diferencial importante: em 2000, a taxa de mortalidade infantil entre crianças cujas mães tinham 8 anos e mais de estudo era de 16,7 por 1.000 nascidos vivos, e de 40,2 por mil entre as crianças cujas mães tinham até 3 anos de estudo.

Se, por um lado, as tecnologias de assistência perinatal vêm influenciando decisivamente os resultados na área, com avanços importantes, por outro, acentuam as desigualdades nas sociedades em que o acesso a esse tipo de assistência não está garantido para toda a população, como no caso do Brasil. Pequenas diferenças no acesso a serviços terciários (UTI), que são altamente eficazes, podem resultar em grandes diferenças na mortalidade.

Da mesma forma, a assistência pré-natal não é suficiente para superar os efeitos de anos de adversidade devidos à condição precária de saúde associada à situação de pobreza. Todos esses fatores estão relacionados com piores resultados perinatais. Portanto, maior atenção deve ser dirigida à condição de vida e de saúde da mulher, compreendida de maneira mais abrangente no seu bem estar ao longo da vida e não apenas na gravidez. Destaque-se, nesse sentido, a importância do processo de inclusão social por programas governamentais de transferência de renda, tais como o bolsa-família, e de recuperação do valor do salário mínimo.

O excesso de mortalidade dos adultos jovens

O peso das causas externas (óbitos por homicídios, suicídios e acidentes) superou o das doenças infecciosas e parasitárias entre os grupos jovens da população, desde a década de 1960. Contudo, todas as fontes de informação hoje disponíveis indicam a existência de um excesso de mortalidade nesses grupos etários, o que se deve à prevalência de taxas muito altas de mortalidade por homicídios e acidentes.

No período de 1990 a 2005, a mortalidade por causas externas no grupo dos 15 aos 29 anos passou de 69% para 77% no sexo masculino e de 32% para 35%, no sexo feminino, em relação aos óbitos por todas as causas. Embora as taxas de mortalidade específica por causas externas nos anos 1990 apresentem discreta tendência de declínio a partir de 2003, elas se mantêm ainda em patamares muito elevados. Em 2005, para cada 100 mil indivíduos do sexo masculino nessa faixa etária, foram informados 168,6 óbitos (Tabela 3).

Tabela 3 Brasil, 1990 – 2005: Taxas de mortalidade por causas externas (por 100.000 habitantes), segundo faixas etárias e sexo

Anos	Faixas Etárias (em anos)							
	15-19		20-24		25-29		Total (15-29)	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1990	122,2	20,9	196,5	24,9	196,7	25,5	169,1	23,6
1995	129,5	24,3	202,0	25,6	196,3	23,7	173,7	24,5
2000	129,4	20,4	210,2	20,9	194,1	19,5	175,1	20,3
2005	119,6	17,3	197,1	20,1	201,6	22,7	168,6	20,0

Fonte: SIM/MS

Em termos regionais, a Região Sudeste tem as maiores taxas e disputa com a Região Centro-Oeste o primeiro lugar. Na Região Sul o crescimento mostrou-se evidente a partir dos anos 2000, e no Norte e Nordeste existe um incremento gradual das taxas. A Região Sudeste é a única que apresenta queda nos últimos anos, influenciada, sobretudo, pela forte tendência declinante no estado de São Paulo, que repercute inclusive sobre a média nacional. De qualquer maneira, é importante salientar que a magnitude das mortes de jovens por causas externas foi da ordem de 50 mil óbitos em 2005, número extremamente lamentável e preocupante.

Deve ser ressaltado, ademais, que a mortalidade do sexo masculino por causas externas, na faixa etária analisada, é geralmente mais de 8 vezes superior à do sexo feminino. Portanto, esse quadro epidemiológico está caracterizado, em seu conjunto, não só pela sobremortalidade de jovens, como especialmente pela sobremortalidade masculina, cujo impacto na evolução da estrutura etária da população e, principalmente na esperança de vida, não se deve desprezar.

Dados do IBGE para 2006 apontam que a esperança de vida dos brasileiros era de 72,4 anos. Os homens atingiram a média de 68,7 anos; e as mulheres, de 76,2. As diferenças da expectativa entre os sexos, com vantagem de mais de sete anos para o grupo feminino, em grande parte se devem à mortalidade dos homens na fase de adulto jovem.

É verdade que houve, na maioria dos países, um crescimento da importância das causas externas na população jovem, graças à superação de outras causas de morte. Porém, o

caso brasileiro é relevante pela magnitude. Por exemplo, as taxas de óbitos por homicídio nesse grupo populacional chegam a ser 20 vezes maiores do que as de países europeus.

No grupo dos homens, as agressões constituem a primeira causa de morte durante todo o período estudado. Elas representam cerca de metade das causas externas e sua taxa cresceu em 22,6% de 1990 para 2005. No que concerne aos acidentes de transporte, ocorreu discreto aumento: a taxa de 37,7 em 1990, passou para 40,2 em 2005. Entre os jovens do sexo masculino essas duas causas são responsáveis por quase 80% dos óbitos. Também para as mulheres jovens, em 2005, as causas violentas assumiram o primeiro lugar na sua mortalidade geral, lideradas pelos acidentes de transporte. Em segundo lugar encontram-se as agressões, cujas taxas tiveram leve incremento (Tabela 4).

Tabela 4 Brasil, 1990-2005: Mortalidade por causas externas específicas na faixa etária dos 15 aos 29 anos, segundo sexo. Número de óbitos, percentuais e taxas (por 100 mil habitantes)

Causas externas específicas	1990	2005	1990	2005	1990	2005
	Nº		%		Taxa	
Sexo masculino						
Acidentes de transporte	7.541	10.437	22,3	23,7	37,7	40,2
Outras causas externas acidentais	827	3.977	2,4	9	4,1	15,3
Lesões autoprovocadas voluntariamente	1.231	2.019	3,6	4,6	6,1	7,8
Agressões	15.537	24.673	45,9	56,1	77,6	95,1
Eventos cuja intenção é indeterminada	2.957	2.340	8,7	5,3	14,8	9
Intervenções legais e operações de guerra	-	459	-	1	-	1,8
Complicações assist. médica e cirúrgica	38	31	0,1	0,1	0,2	0,1
Seqüelas de causas externas	5.739	39	16,9	0,1	28,7	0,1
Sexo feminino						
Acidentes de transporte	1.762	2.124	36,3	40,7	8,6	8,1
Outras causas externas acidentais	167	472	3,4	9	0,8	1,8
Lesões autoprovocadas voluntariamente	433	578	8,9	11,1	2,1	2,2
Agressões	1.187	1.653	24,5	31,7	5,8	6,3
Eventos cuja intenção é indeterminada	445	356	9,2	6,8	2,2	1,4
Intervenções legais e operações de guerra	-	3	-	0,1	-	0
Complicações assist. médica e cirúrgica	44	31	0,9	0,6	0,2	0,1
Seqüelas de causas externas	815	4	16,8	0,1	4	0

Fonte: SIM/MS

As armas de fogo têm grande importância no conjunto dos meios usados para perpetrar mortes violentas. Elas são responsáveis por 92% dos homicídios de jovens no país. No ranking dessas mortes em 64 países, o Brasil ocupa a segunda posição, após a Venezuela. A Região Sudeste lidera essa lamentável estatística e os estados do Rio de Janeiro e de Pernambuco ocupam as primeiras posições.

Merece destaque o crescimento dos acidentes de transporte que vitimam pedestres e condutores de veículos a motor. Nesse subgrupo de óbitos, há tendência crescente dos que envolvem motociclistas, sobretudo em função das condições precárias do trabalho que caracterizam a atividade de motofrete.

Além de elevadas taxas de mortalidade por homicídios e acidentes de transporte, ressalte-se uma grande parcela de lesões não letais que demandam atendimento nos serviços de saúde do nível pré-hospitalar, geram internações hospitalares e cirurgias complexas, e necessitam de reabilitação de seqüelas físicas ou mentais, temporárias ou permanentes.

A prevenção das mortes e a atenção às pessoas em situação de violência exigem primordialmente iniciativas de cunho intersetorial. Ficam evidentes os efeitos perversos dos problemas detectados sobre o sistema de saúde e a necessidade de formular propostas e promover ações relativas às políticas de segurança pública e de desenvolvimento socioeconômico. Destacam-se, entre outros aspectos: o controle da fabricação, importação, comercialização e uso de armas de fogo; a penalização de infrações graves de trânsito e a sinalização adequada de proteção para o pedestre; e a melhoria das condições de trabalho de motofrete, incluindo a regulamentação do contrato de trabalho.

Considerações finais

As evidências aqui apresentadas em nível nacional são, apenas, uma primeira referência para nortear o caminho do planejamento da saúde pública, de forma a atender melhor a futura população brasileira. As análises realizadas nesse estudo enunciam o inexorável e rápido envelhecimento da população brasileira. Se no nível nacional isto ocorrerá, o mesmo pode não ser verdadeiro no interior do país, em níveis menos agregados.

Deve-se considerar, por exemplo, a relação entre envelhecimento e urbanização, pois se sabe que contextos altamente urbanizados congregam maiores proporções de população acima de 60 anos e por esta razão, durante a Transição da Estrutura Etária, as demandas de saúde serão necessariamente diferentes entre as áreas urbanas e rurais. Há também diferenças regionais, pois, embora as quedas da fecundidade e da mortalidade afetaram praticamente todas as unidades federadas, a migração interna desempenha papel de importância na configuração da estrutura etária.

Maior diversidade deve-se esperar para o conjunto dos quase 6.000 municípios do país. Assim, um grande desafio, sem dúvida, é avaliar como se dará a Transição da Estrutura Etária não apenas segundo áreas urbana ou rural, mas também em nível municipal, uma vez que, nesse nível de desagregação, a variável migração, relativamente pouco importante quando se trata do total do país, pode constituir-se no elemento crucial para a definição da estrutura etária.

Nos municípios muito pequenos – aqueles com menos de 10 mil habitantes, que em 2000 somavam quase 2.700 – a entrada/saída de população poderá acentuar ou desacelerar o processo de envelhecimento da estrutura etária, sendo que, frequentemente, a primeira situação será verdadeira. Ainda no que se refere à migração, é preciso também antever como a globalização intensificará os fluxos migratórios internacionais (saída, entrada e retorno), assim como o padrão por idade desses fluxos. Uma grande incógnita, por exemplo, é em que medida a mão-de-obra que abandonou o país nas décadas de 80 e 90 – e que, hoje estaria retornando – altera a demanda de serviços de saúde. Qual será a carga adicional para o sistema de saúde de uma população que retorna à sua pátria, sem gozar de cobertura pelo sistema previdenciário e numa fase do ciclo de vida em que se torna alvo preferencial das doenças crônico-degenerativas?

Outra questão preocupante e desafiante que se apresenta a exigir análises, estudos e ações específicas, diz respeito ao desenvolvimento das capacidades de planejamento e gestão do sistema, em especial se considerado o vulto das mudanças demográficas que já se delineiam e tendem a aprofundar-se, pelo menos até metade do século. Um dos aspectos críticos para a gestão do sistema de saúde é a preparação de quadros profissionais inseridos em um modelo organizacional que priorize a integralidade e a qualidade das ações, nos diversos níveis de atenção.

Para os grupos populacionais mais jovens, as repercussões principais decorrem da alta incidência de causas externas, com seu séquito de implicações assistenciais, tanto de urgência quanto de reabilitação física e psicológica. Depois, prevalecem as doenças crônicas e degenerativas, tais como a hipertensão, as neoplasias, a artrose, o diabetes e a osteoporose; algumas delas a exigirem meios de diagnóstico sofisticados e de aplicação periódica, bem como recursos terapêuticos especializados e medicamentos de uso contínuo.

Esses problemas certamente vão requerer investimentos na reestruturação/readequação da rede física, instalações e equipamentos, e ainda mudanças significativas nos padrões de assistência e recomposição da capacidade funcional do sistema, fortemente dependentes de investimentos em recursos humanos e tecnológicos.

No momento atual, a grande ênfase da política de saúde é a expansão da atenção básica, que se apóia no pilar da integralidade, com atendimento da população em todas as fases do ciclo de vida. A estratégia da saúde da família tem propiciado grande aumento de cobertura populacional e tem estado atenta à necessidade de adequação qualitativa e quantitativa dos tipos de serviços que oferece. Contudo, o grau de eficiência/eficácia da implementação desse modelo dependerá, em grande parte, da incorporação do conhecimento do processo de envelhecimento da população brasileira e das possibilidades de variação da estrutura etária, em função não apenas do crescimento natural da população, mas considerando, também, a migração no caso das populações de pequeno porte.

Talvez ainda não esteja suficientemente bem dimensionado, para os planejadores e gestores da saúde, que a mudança das características da demanda dar-se-á numa magnitude e teor nunca antes vistos. A nova realidade assistencial requer o redimensionamento da infra-estrutura física de serviços – equipamentos, insumos, medicamentos – e a readequação dos profissionais de saúde. É urgente a redefinição de prioridades de investimento na formação de recursos humanos em ocupações e especialidades que garantam ganhos sociais mais elevados. Este último aspecto é premente, considerando a insuficiência numérica e qualitativa existente no momento atual, e o tempo exigido para formar profissionais aptos a lidar com o novo quadro demográfico epidemiológico.

Documentos de Referência

A elaboração desse informe baseou-se nos seguintes documentos de referência⁴:

WONG, L. R., CARVALHO, J. A. C. e PERPÉTUO, I.H.O. *A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazos – evidências sobre o panorama demográfico com referencia às políticas sociais, particularmente as de saúde.*

LIMA-COSTA, M. F. *O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública.*

FRANÇA, E. e LANSKY, S. *Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas.*

SOUZA, E. R. e MINAYO, M. C. S. *Mortalidade de jovens de 15 a 29 anos por violências e acidentes no Brasil: situação atual, tendências e perspectivas.*

Além dos textos acima, produzidos com a finalidade específica de subsidiar a elaboração do informe, destaca-se a seguinte publicação utilizada na configuração inicial da proposta:

SIMÕES, C. C. S. *A transição da fecundidade no Brasil: análise de seus determinantes e as novas questões demográficas.*

⁴ Os artigos citados poderão ser encontrados na publicação: REDE INTERAGENCIAL PARA SAÚDE. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

Equipe de elaboração

Núcleo Executivo de Projeto (NEP/OTI-Ripsa)

Grupo de coordenação

- Mozart de Abreu e Lima, da Oficina de Trabalho Interagencial (OTI) da Ripsa, coordenador do NEP/OTI.
- Roberto Passos Nogueira, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), relator do Informe.
- Celso Cardoso Silva Simões, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- João Baptista Risi Jr., da Unidade de Informação e Gestão do Conhecimento da Representação da Opas/OMS no Brasil.
- Sérgio Francisco Piola, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

Equipe de colaboradores

- Laura Rodriguez Wong, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Ignez Helena Oliva Perpétuo, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais, e representante da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) na Ripsa.
- José Alberto M. de Carvalho, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Maria Fernanda Lima-Costa, do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz e da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Elisabeth França, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Sonia Lansky, da Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Edinilsa Ramos de Souza, do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- Maria Cecília de Souza Minayo, do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.
- Ana Maria Nogales Vasconcelos, do Departamento de Estatística e do Laboratório de População e Desenvolvimento da Universidade de Brasília.

ISBN 978-85-334-1564-5



PREVIDÊNCIA SOCIAL



UNICAMP



Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados



Universidade de Brasília



Centro de Estudos em Planejamento e Gestão de Saúde da EAESP



Organização Pan-Americana da Saúde

Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde



Ministério da Saúde

