

Mudanças demográficas e saúde no Brasil – Dados disponíveis em 2008

Carina Martins
Francine Leite

José Cechin

Superintendente Executivo

Nos últimos meses, vários relatórios publicados por diferentes instituições abordaram a questão das mudanças demográficas ocorridas no Brasil nos últimos anos, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 2007 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Além desses, o Ministério da Saúde publicou dois importantes relatórios, um sobre iniquidades em saúde e outro com os resultados finais da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 2006 (PNDS).

Entretanto, apesar da ampla divulgação desses trabalhos, pouco se tem pensado e discutido sobre as conseqüências dos resultados apresentados.

Este artigo levantará algumas questões acerca desses resultados divulgados, principalmente voltados para as mudanças demográficas e situação da saúde no Brasil.

1. Fecundidade

A taxa de fecundidade total mede o número médio de filhos que a mulher em idade fértil (entre 15 e 49 anos de idade) teria ao final do seu período reprodutivo. Esta taxa é estimada a partir de informações retrospectivas obtidas em censos e inquéritos demográficos.

É, junto com a taxa de mortalidade, o principal indicador da dinâmica demográfica, sendo assim uma importante ferramenta de avaliação, além de permitir projeções de população e auxiliar processos de planejamento. Quando seu valor fica em 2,2 os filhos simplesmente repõem os pais e a população tende a se estabilizar. O tempo para a estabilização depende da estrutura etária e pode demorar até meio século.

De acordo com a PNDS de 2006, a taxa de fecundidade total foi de 1,8 filho/mulher, enquanto que o número da PNAD é de 1,95, já abaixo da taxa de reposição

populacional. A diferença entre as duas estimativas é considerável pois acarreta significativas diferenças nas projeções populacionais de longo prazo.

A diferença entre as duas pesquisas pode ser em decorrência do recorte amostral. A PNDS se utilizou de 10 estratos representativos das 5 regiões brasileiras e entrevistou 12 domicílios por setor censitário com mulheres entre 15 e 49 anos de idade. Dessa forma, enquanto tamanho amostral da PNDS foi de cerca de 56 mil entrevistados, o tamanho amostral da PNAD foi de mais de 400 mil pessoas. Além disso, a PNAD teve um processo de amostragem mais cuidadoso no sorteio dos municípios, para que todos os municípios tivessem chance de ser sorteados proporcionalmente à sua representatividade. Houve também todo um cuidado na amostragem da região Norte por ser uma região que possui muitas áreas indígenas, rurais e de baixa densidade populacional. Em razão do plano amostral e do maior tamanho da amostra, os dados da PNAD têm menor margem de erro, portanto são estatisticamente mais precisos.

Essa baixa taxa de fecundidade total pode estar associada a vários fatores, como por exemplo: urbanização crescente, apesar de na área rural essa taxa também estar baixa; redução da mortalidade infantil; melhoria do nível educacional; ampliação do uso de métodos contraceptivos; aumento da idade média de casamento; e maior participação da mulher no mercado de trabalho.

Tabela 1: Taxa de fecundidade total, segundo países e anos selecionados

País	Ano		
	1990	2000	2006
Argentina	3,0	2,5	2,3
China	2,2	1,7	1,7
Finlândia	1,7	1,7	1,8
Alemanha	1,4	1,3	1,4
Índia	4,0	3,3	2,9
México	3,4	2,5	2,3
Rússia	1,9	1,2	1,3
África do Sul	3,6	2,9	2,7
Espanha	1,3	1,2	1,4
Estados Unidos	2,0	2,0	2,1
Brasil*	2,9	2,4	2,0

Fonte: WHOSIS. * Fonte: IBGE

2. Envelhecimento

Conforme já mencionado no texto para discussão (nº. 10) deste Instituto, o envelhecimento populacional, decorrente do decréscimo das taxas de fecundidade e do aumento da longevidade, tem sido rápido e intenso. Dessa forma, considerando que as doenças crônicas são mais prevalentes na população idosa e esta tem aumentado progressivamente, teremos como consequência, que o aumento da proporção da população idosa acarretará em maiores gastos com a saúde.

A população idosa brasileira tem aumentado consideravelmente e atualmente representa cerca de 10,5% da população total, um considerável aumento em relação à proporção indicada pelo censo de 1980, de 6%. O crescimento populacional acelerado no período 1997-2007 mostrou importantes diferenças nas taxas entre faixas etárias: 21,6% para toda a população; 47,8% para a população com 60 ou mais anos de idade; e 65% para aqueles com 80 e mais anos (IBGE, 2008).

A esperança de vida do brasileiro ao nascer, de acordo com os últimos dados do IBGE, é de 72,7 anos, sendo de 76,5 para as mulheres e 69 anos para os homens. Comparado a países como Índia, China, África do Sul, Rússia, Argentina, o Brasil encontra-se em melhor situação, similar à esperança de vida de países como os Estados Unidos, Alemanha, Espanha e Finlândia.

Dado o aumento da esperança de vida e o crescimento da população idosa, é previsto que a nossa população com 60 anos de idade ou mais dobre em um período de 18 anos. Esse mesmo processo levou 140 anos para ocorrer na França e 86 anos na Suécia (IPEA, 2008).

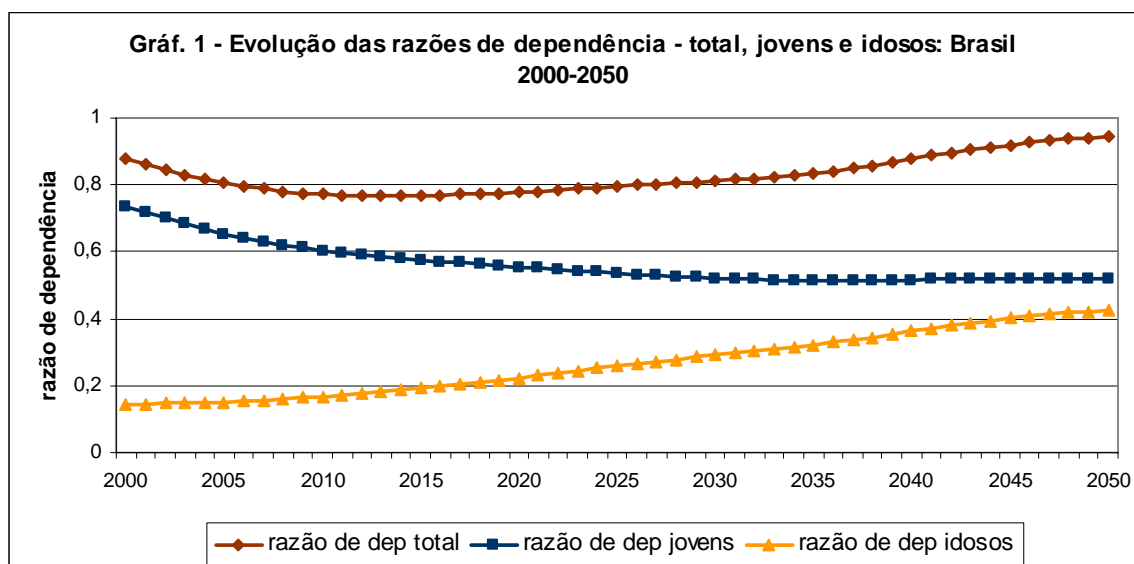
3. Janela Demográfica e Razão de Dependência

No período 1960-1965 a taxa de fecundidade era de 6 filhos por mulher. A estimativa para a fecundidade no período 2005-10, era de 2,12 filhos por mulher (IBGE 2004). A taxa de 1,95 apresentada na PNAD, nas projeções de 2004 do IBGE seria alcançada apenas em 2027 e a taxa de 1,80 apresentada pela PNDS não seria alcançada antes de 2050.

A acelerada transformação demográfica brasileira deverá adiantar fenômenos que não estão sendo considerados nas políticas públicas brasileiras. Para os próximos anos, projetou-se o que os demógrafos chamam de “janela de oportunidade” período em que aumenta a proporção da população em idade ativa. Porém essa janela deverá ser bem mais curta do que o até aqui projetado pelo IBGE. A proporção de pessoas em idade

ativa estava projetada para modestamente por mais meia década apenas. Com a nova taxa de fecundidade, esse período será ainda mais breve. A alteração acontecerá na razão de dependência, entendida como o quociente entre o número de pessoas potencialmente dependentes (jovens ou idosos) e o de pessoas potencialmente ativas (neste artigo, indivíduos com idades entre 20 e 59 anos). As pessoas potencialmente dependentes são separadas em dois grupos: jovens, com idade inferior a 20 anos; e idosos com idade superior a 59 anos.

O Gráfico 1 a seguir ilustra a evolução da razão de dependência da população brasileira utilizando os dados da projeção populacional de 2004.



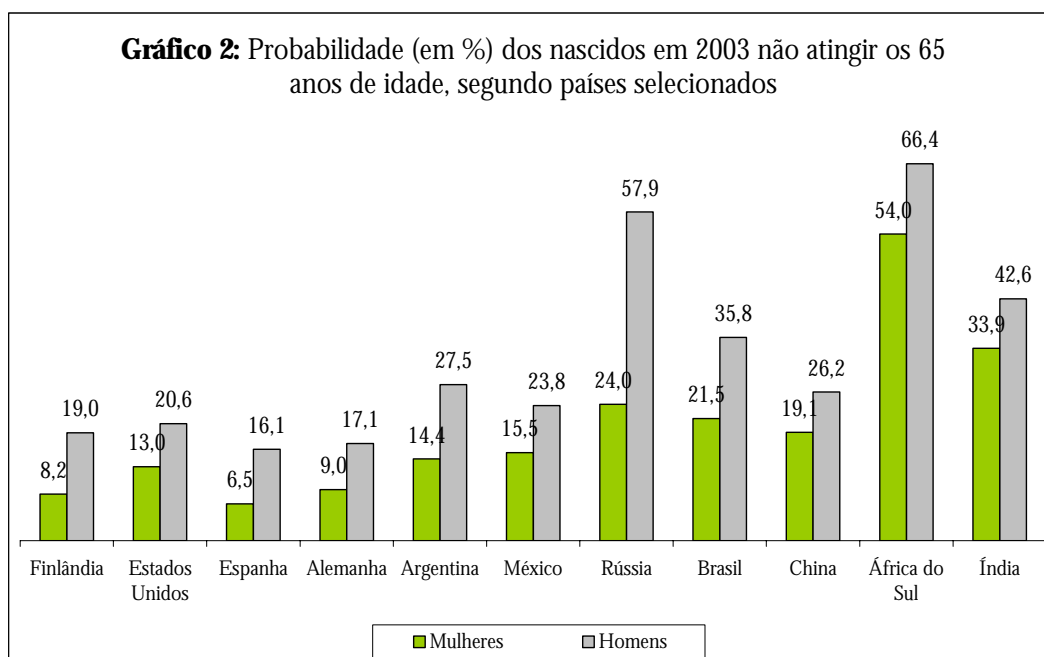
Fonte: IESS TD 0007/2007

A redução nas taxas de fecundidade e mortalidade e o aumento da expectativa de vida, farão com que se reduza a proporção de jovens e se eleve a de idosos mais rapidamente, de forma mais acentuada do que o projetado por essas curvas. A longo prazo, isso resultará em um aumento da razão de dependência de idosos que passará dos atuais 16% para mais de 40% bem antes de 2045 (data prevista para alcançar esse patamar pelas projeções do IBGE anteriores ao novo dado da taxa de fecundidade).

4. A saúde dos idosos

Esse aumento da razão de dependência de idosos na população brasileira, ainda pode ser intensificado com a dação de políticas que promovam melhoras nas condições de saúde da população.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no Brasil, mais de 1/3 dos homens e 1/5 das mulheres nascidos entre 2000 e 2005 não chegarão aos 65 anos de idade, números esses apenas menores do que os da Rússia, África do Sul e Índia, dentre os países selecionados. Essa diferença entre homens e mulheres se deve à elevada taxa de mortalidade masculina entre 15 e 35 anos por causas externas, como por exemplo, acidentes de trânsito e violência. Conforme observado no gráfico, no Brasil, a probabilidade de morrer antes dos 65 anos de idade supera a da China, que tem IDH e *renda per capita* menores que a nossa.



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) e Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

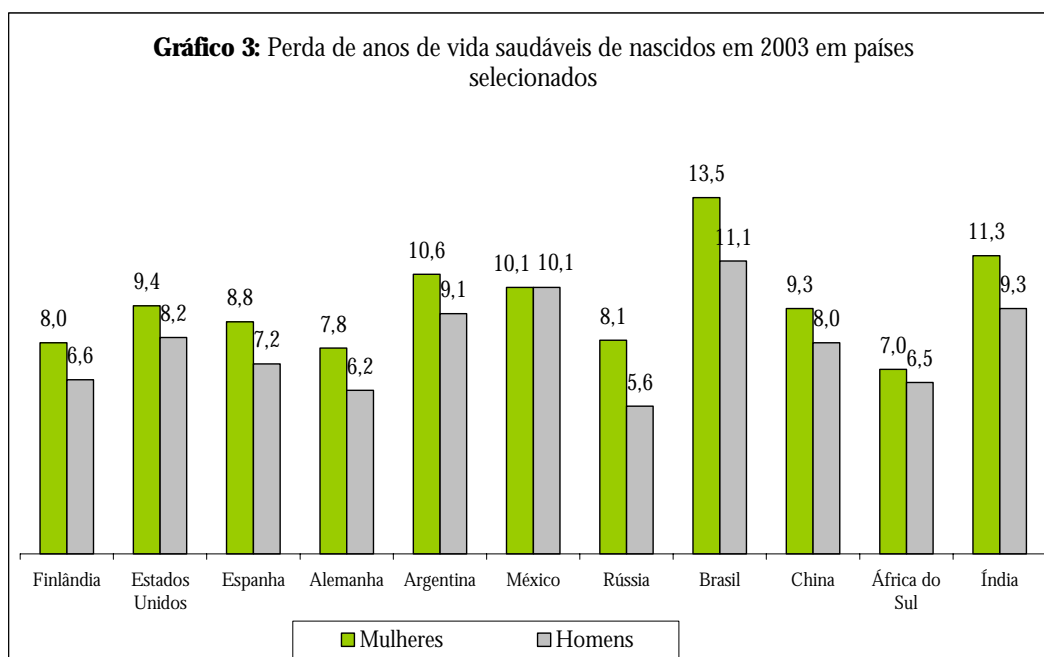
A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um estudo em que criou uma fórmula para se calcular os anos de vida perdidos por doença ou morte prematura, denominado “DALY” (disability adjusted life years)¹. A sua fórmula é baseada na soma dos anos perdidos por morte prematura e anos de vida vividos com morbidade

¹ De acordo com Almeida Filho (2000), a utilização do DALY tem suas limitações, como não considerar os elementos não-quantitativos que determinam a saúde, a perda de informações ao se algaritar medidas de

Os anos perdidos por morte prematura são calculados pela diferença entre a idade do óbito e a expectativa de vida, ou seja, se a pessoa ao morrer com 40 anos tinha uma expectativa de viver até aos 60 anos, ela perdeu 20 anos por morte prematura.

Os anos de vida vividos com morbidade são calculados a partir do produto do número de casos de doença reportados no período de análise pela carga da doença e pela média do tempo de cura ou tempo de vida até a morte pela doença. Essa carga da doença foi atribuída por pesquisadores de todo o mundo para cada doença específica e o mesmo valor é utilizado para o mundo inteiro.

Dados da OMS mostram que o Brasil, frente aos países da amostra (Gráfico 2), tem os piores indicadores em relação à perda de anos de vida saudáveis. Para as crianças que nasceram em 2003, estima-se que 13,5 anos para os homens e 11,1 anos para as mulheres serão perdidos com doenças ou mortes prematuras.



Fonte: Organização Mundial da Saúde e Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

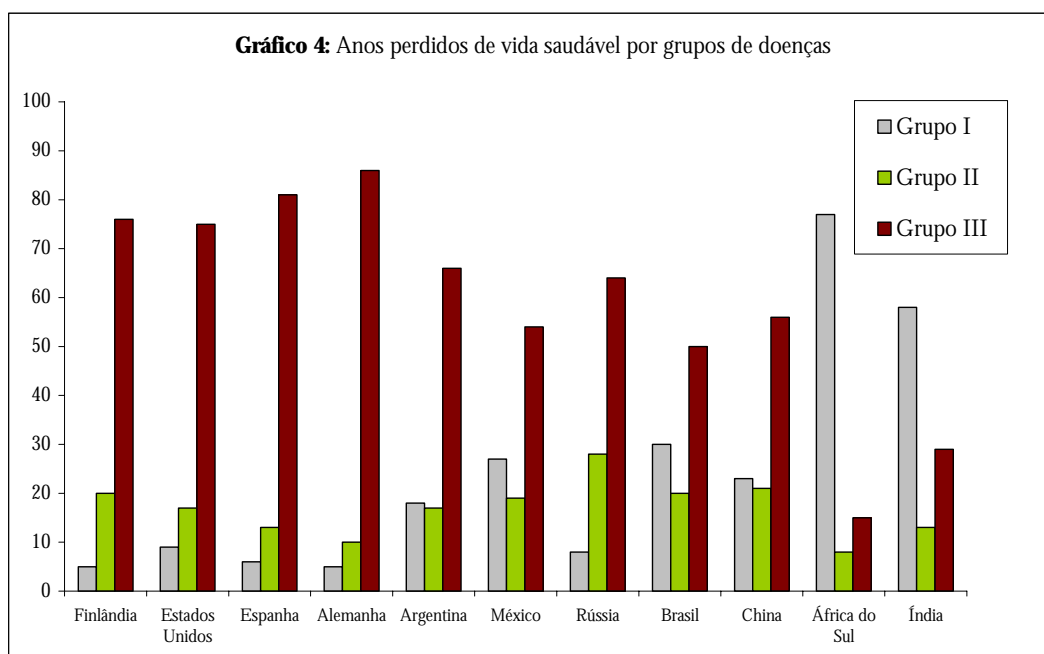
morbidade e mortalidade em um mesmo indicador, além dos ajustes dos cálculos, que podem comprometer a objetividade da medida. Entretanto, o cálculo do DALY pode ser muito bem aproveitado para avaliações de custo-efetividade de medidas adotadas na área da saúde.

Conforme mencionado, muitos fatores influenciam no cálculo desse indicador, porém, com as informações disponíveis no relatório não são suficientes para se identificar as possíveis causas desse resultado.

Ao comparar as proporções de anos de vida perdidos por grupos de doenças, entre esses mesmos países, no ano de 2002, o Brasil se encontra em uma posição intermediária em relação aos outros países, como na projeção feita para os nascidos em 2003. O “grupo I” corresponde a doenças infecciosas e parasitárias, condições maternas, condições perinatais e deficiências nutricionais; o “grupo II” por causas externas, como acidentes e homicídios e o “grupo III” por doenças não-transmissíveis, como câncer.

O Brasil apresentou uma proporção alta de perda nos grupos I e II, mas já demonstrando a fase de transição pelo fato da maior frequência no grupo III.

O Brasil está atrás dos países desenvolvidos na proporção de anos perdidos por doenças como os cânceres, doenças cardio e cerebrovasculares. Entretanto, essas causas já são as que mais contribuem para os anos perdidos por doenças. Em relação às doenças do grupo I, o Brasil encontra-se em melhor situação do que a África e Índia, mas pior do que a China. Já a proporção de anos perdidos por causas do grupo II é mais alta do que na Argentina, Estados Unidos e Índia, embora ainda seja o tipo de causa que menos contribui para o total de anos perdidos.



Fonte: WHOSIS/WHO <<http://www.who.int/whosis/database/core>>. **Elaboração:** IESS

5.Considerações

O processo de envelhecimento pelo qual o país está passando é muito mais rápido e acelerado do que o ocorrido na Grã-Bretanha e em outros países europeus, tanto na queda da fecundidade quanto no aumento da expectativa de vida.

O aumento da razão de dependência de idosos e diminuição da razão de dependência dos jovens, gerará uma crise no financiamento da Seguridade Social no Brasil, tanto para a previdência social quanto para o sistema de saúde. O aumento da proporção da população em idade ativa, projetada para ocorrer até 2012, deverá cessar bem antes dessa data devido à taxa de fecundidade medida pela PNAD-2007 estar abaixo da utilizada pelo IBGE em suas últimas projeções. Com isso, a janela de oportunidade demográfica pode, na verdade, já ter alcançado seu ápice.

Além disso, estudos da Organização Mundial da Saúde demonstraram que o número de anos de vida saudável perdidos no Brasil está entre os mais altos do mundo. Existe um grande espaço para promover saúde para a população em áreas em que os países desenvolvidos já realizaram grandes progressos, como no controle da tuberculose e hanseníase, em problemas de saneamento, etc. Além da transição demográfica, o Brasil ainda passa pela transição epidemiológica, com o aumento de doenças crônicas e diminuição das infecto-contagiosas.

A transição epidemiológica e o significativo aumento da esperança de vida da população brasileira acarretarão o aumento da proporção de idosos na população e portanto a incidência de doenças crônicas e um aumento de demanda para serviços de saúde.

Cabe aos formuladores de políticas se adiantar no enfrentamento dessas situações e se perguntar: Como financiar esses anos de vida saudável perdidos por doença? Quem arcará com os elevados custos das doenças crônicas? Como conviver com a futura elevada taxa de dependência dos idosos?

REFERÊNCIAS

Matijascic, Milko; Dias, María Piñón Pereira. Terceira Idade e Esperança de Vida: o Brasil no Cenário Internacional. **Comunicado da Presidência, número 8**. IPEA, set. 2008.

Almeida Filho, Naomar. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 3, n. 1-3, abr/dez. 2000.

World Health Organization. Disponível em <<http://www.who.int/healthinfo>>.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2004 Metodologias e Resultados. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf>

IESS Dinâmica demográfica e planos de saúde no Brasil, outubro de 2007

Leite, Iuri. In: Ministério da Saúde. Prioridades de pesquisas em saúde. Disponível em: < [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa Saude/tela16_2.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa_Saude/tela16_2.html)>