

O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras

Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences

Gabriella Morais Duarte Miranda¹
Antonio da Cruz Gouveia Mendes¹
Ana Lucia Andrade da Silva¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Analisar os desafios atuais e futuros relacionados ao planejamento das políticas públicas e ao envelhecimento populacional. **Método:** Foi realizado um estudo de caso utilizando dados quantitativos e qualitativos por meio de dados secundários dos sistemas de informações e entrevistas com atores da política social e de saúde do país. **Resultados:** Em 2010, existiam 39 idosos para cada grupo de 100 jovens, em 2040, estima-se 153 idosos para cada 100 jovens. Para os entrevistados, o país não está preparado para as necessidades geradas por esse envelhecimento populacional, tendo como desafios as adequações da previdência social e sistema de saúde. O crescimento do número de idosos, seu perfil de morbidade e mortalidade agrava o heterogêneo quadro epidemiológico com doenças, incapacidades e sequelas que exigem do sistema de saúde uma organização contínua e multidisciplinar. O estudo demonstrou uma redução dos leitos e das internações, o que pode ser reflexo da melhoria da atenção básica e qualidade de vida, com uma complexificação das internações. **Conclusão:** Com o envelhecimento populacional e a carência de suporte necessário, a sociedade deve estar consciente do preço que terá de pagar e o Estado deve estar preparado para prover políticas específicas que assegurem uma atenção integral, reconhecendo as características do envelhecimento e consagrando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Transição Demográfica; Envelhecimento da População; Políticas Públicas.

Abstract

Objective: To analyze the current and future challenges related to the planning of public policies and population aging. **Method:** A case study was conducted using quantitative and qualitative data from secondary data information systems and interviews with actors of social policy and the country's health. **Results:** In 2010, there were 39 elderly persons for every 100 young people, while in 2040 there will be an estimated 153 elderly persons for every 100 young people. For those interviewed, Brazil is not prepared for the needs

Key words: Demographic Transition; Demographic Aging; Public Policies.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva. Recife, Pernambuco, Brasil.

Este artigo baseou-se na Tese intitulada: "Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais", de autoria da primeira autora, defendida em 2014, no Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

generated by such population aging, due to challenges such as the adequacy of the social security and health system. The growing number of elderly persons and increasing morbidity and mortality profiles worsen the heterogeneous epidemiological situation with disease, disability and sequelae that require the health system to be a continuous and multidisciplinary organization. The present study identified a reduction of beds and hospitalizations, which may reflect the improvement of primary care and quality of life, with a complexification of hospitalizations. *Conclusion:* With population aging and a lack of necessary support, society must be aware of the price that it must pay and the state must be prepared to provide specific policies to ensure comprehensive care, recognizing the characteristics of aging and preserving quality of life.

INTRODUÇÃO

Foi a partir de 1970 que o Brasil teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, passou-se a uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras.¹ De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade.²

A transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população.³

Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta rápida e adequada que não se realizará sem a intervenção do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas fundamentais.⁴

As projeções indicam que em 2050 “a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, a quinta maior população do planeta, abaixo apenas da Índia, China, EUA e Indonésia”. Terão se passado menos de 40 anos entre 2005, quando a taxa de fecundidade total do país atingiu 2,1 filhos por mulher (nível para se alcançar um crescimento demográfico sustentado nulo) e o período de crescimento verdadeiramente nulo da população brasileira.⁵

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa necessariamente adoecer. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida, em virtude do seu potencial para “resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã”.⁶

Por isso, os países têm buscado, cada vez mais, compreender o processo de envelhecimento populacional, procurando alternativas para “manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes”.⁶ Isso porque a presença crescente de pessoas idosas na sociedade impõe o desafio de inserir o tema do envelhecimento populacional na formulação das políticas públicas e de implementar ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, subsidiando a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da proteção social.⁷

Este estudo se propôs a analisar os desafios atuais e futuros relacionados à política e ao planejamento das políticas públicas e o envelhecimento populacional, em um contexto de transição demográfica e de transformação do perfil demográfico nas próximas décadas.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de caso sobre o envelhecimento populacional e sua relação com o planejamento e formulação das políticas públicas.

Para caracterização do cenário foram utilizados dados secundários dos principais sistemas de informações do país e para analisar o planejamento das políticas públicas no contexto de transformações foram entrevistados oito atores que ocuparam funções relevantes na política social e na gestão da saúde (ex-ministro da saúde do país, ex-secretários do Ministério da Saúde, ex-secretários estaduais e municipais de saúde) e no poder legislativo, além de intelectuais da saúde e planejadores.

Trata-se de um recorte de tese de Doutorado em Saúde Pública, que utilizou como critério de seleção a escolha de participantes que construíram a sua história em defesa do direito à saúde, inseridos no contexto político e na organização do sistema de saúde do país desde a sua origem.

Além dos dados populacionais, foram analisados três indicadores demográficos do país, relativos ao período de 1920 a 2040. Os dados referentes à população, esperança de vida ao nascer, razão de dependência e índice de envelhecimento foram calculados com base nas estimativas e nos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para a razão de dependência e índice de envelhecimento foram utilizados os cálculos propostos pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde,⁸ sendo considerada a razão entre o número de pessoas de 60 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade e a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 60 e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 59 anos de idade), respectivamente.

Segundo a Rede,⁸ é comum que, para o cálculo desses indicadores, sejam consideradas idosas

as pessoas de 65 e mais anos e potencialmente produtivas as de 15 a 64 anos. No entanto, para manter a coerência com os demais indicadores e para atender à Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8842, de 4 de janeiro de 1994), utiliza-se o parâmetro de 60 e mais anos para a população idosa e de 15 a 59 anos para a população potencialmente produtiva.

As informações relativas ao número de beneficiários idosos ativos e o valor dos benefícios, no período de 2002 a 2012, foram extraídas do Ministério da Previdência Social (MPS). Foram analisados os benefícios ativos, considerados pelo MPS como aqueles que efetivamente geram pagamentos mensais ao beneficiário. Para analisar a variação dos valores pagos, foi realizada a atualização dos gastos públicos, tomando-se como padrão o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do ano de 2012.

Para análise da morbidade e mortalidade foram calculadas as taxas padronizadas, por 100 mil idosos, em cada ano estudado. Foram escolhidos os cinco principais capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), dentre as causas de internação e morte entre os idosos. Foi empregada a técnica de padronização direta por idade (60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais), considerando como padrão a população residente no país em 2010.

As internações realizadas foram obtidas do total de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pagas registradas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Informações referentes às internações realizadas apenas na rede do SUS, não incluindo, por isso, as internações ocorridas no sistema suplementar. Os valores médios foram calculados por meio da relação entre o valor pago pelas AIHs e o número das internações, sendo, por fim, atualizados considerando-se o IPCA do ano de 2013.

O número de leitos hospitalares disponíveis apenas para o SUS foi obtido dos cadastros mensais do Ministério da Saúde, sendo construída a média anual. Para os anos de 1998 a 2003 foram utilizados

os dados registrados nos cadastros extintos do SUS (Cadastro Hospitalar-CH), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus). E para os demais anos da série foi utilizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Para verificar a tendência temporal das variáveis foi realizada a análise de tendência linear. Foram estimados modelos de regressão linear simples, definidos como $Y = \alpha + \beta \text{ ano}$, sendo α o coeficiente médio no período analisado e β o incremento (acréscimo ou decréscimo) médio no período. O coeficiente de determinação R^2 indicou a capacidade de explicação do modelo. Todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0%.

Para condução, realização e análise das entrevistas, realizadas entre junho e julho de 2015, foram aplicados os sete estágios da pesquisa propostos por Kvale.⁹ O roteiro das entrevistas foi definido a partir do marco conceitual da universalização, controle social, financiamento das necessidades e descentralização do SUS. Os achados da abordagem quantitativa da tese de doutorado orientaram o detalhamento dos temas a serem abordados nas entrevistas.

A análise de cada questão das entrevistas foi realizada por meio da técnica de condensação dos significados, onde foram construídas formulações com base no discurso de cada um dos entrevistados, sendo determinadas as unidades de significados naturais conforme expressas por cada sujeito, definidos os temas centrais relacionados às unidades naturais e realizada uma descrição essencial dos temas identificados na entrevista conforme definido por Kvale.⁹

A pesquisa atendeu aos preceitos éticos e os bancos de dados são de domínio público, sendo resguardado o dever de publicação das fontes dos dados. Além disso, o projeto de Tese de Doutorado do qual resultou este artigo foi submetido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz em Recife, Pernambuco (CAAE: 21258713.0.0000.5190).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população idosa cresce vertiginosamente no país, que adota o conceito da Organização Mundial da Saúde de idoso como o indivíduo de 60 anos de idade ou mais, se ele residir em países em desenvolvimento. Em 1920, a esperança de vida era de apenas 35,2 anos e os idosos representavam 4,0% da população total do país. Com esse perfil, o Brasil tinha para cada 100 crianças (0 a 14 anos), aproximadamente 11 idosos (tabela 1).

Em 2010 (tabela 1), com o dobro da esperança de vida (quase 74 anos), 10,8% da população brasileira tinha 60 anos ou mais, ampliando gradativamente a sua participação relativa na composição etária do país. Associado, observa-se o crescimento do índice de envelhecimento e a redução da razão de dependência.

As estimativas populacionais realizadas pelo IBGE apontam para uma participação de aproximadamente 23,8% do contingente populacional na década de 40 do século XXI. Com o crescimento do número de idosos em relação à população jovem, estima-se a inversão da relação entre jovens e idosos, com 153 idosos para cada 100 pessoas menores de 15 anos (tabela 1).

Tabela 1. Estimativa da população brasileira e características demográficas entre os anos de 1920 e 2040. Recife-PE, 2015.

Faixa etária	1920	1950	1980	2010	2040
0 a 4 anos	4.593.163	8.370.880	16.423.700	13.796.159	11.267.417
5 a 9 anos	4.575.530	7.015.527	14.773.741	14.969.375	11.813.256
10 a 14 anos	3.909.630	6.308.567	14.263.322	17.166.761	12.360.437
15 a 19 anos	4.217.917	5.502.315	13.575.971	16.990.870	13.019.512
20 a 24 anos	2.139.364	4.991.139	11.513.220	17.245.190	13.717.223
25 a 29 anos	2.487.431	4.132.271	9.442.217	17.104.413	14.514.616
30 a 39 anos	3.560.225	6.286.052	14.039.109	29.633.093	31.914.624
40 a 49 anos	2.401.200	4.365.359	10.377.274	24.842.718	32.893.266
50 a 59 anos	1.451.319	2.650.314	7.250.094	18.416.621	32.447.959
60 a 69 anos	800.866	1.451.468	4.474.511	11.349.929	25.811.887
70 anos ou mais	433.310	753.873	2.741.506	9.240.670	28.393.007
Esperança de vida ao nascer	35,2	52,3	64,7	73,9	79,9
Razão de dependência	89,0	85,6	79,6	55,2	64,7
Índice de envelhecimento	10,6	10,2	15,9	39,3	152,9

Fonte: IBGE (2015).

As mudanças ocorridas nas taxas de natalidade e mortalidade, passando de elevadas para reduzidas taxas, trouxe ao debate da transição demográfica as importantes mudanças nas estruturas populacionais.² Essas alterações têm ocorrido rapidamente, “exigindo um ajuste rápido e adequado que não se realizará sem a intervenção do Estado através de políticas públicas fundamentais”.⁴

O país envelhece a passos largos. As alterações na estrutura populacional são claras e irreversíveis. Desde a década de 1940, é na população idosa que se observam as taxas mais altas de crescimento populacional.¹⁰ Esse crescimento da população idosa gera uma série de alterações na sociedade, relacionadas ao setor econômico, ao mercado de trabalho, aos sistemas e serviços de saúde e às relações familiares.^{11,12}

Ao contrário do que ocorreu em muitos países desenvolvidos, no Brasil, como observado, esse envelhecimento tem sido muito rápido. Nas entrevistas realizadas verificou-se que o país não

está preparado para responder às necessidades geradas por esse envelhecimento populacional. Para um dos entrevistados, somente nos últimos anos o país passou a direcionar seus esforços para políticas de longo prazo, embora tenha enfrentado, ao mesmo tempo, demandas emergenciais.

“Na verdade, o Brasil passou a ter uma visão e uma preocupação de mais longo prazo, de se planejar, a partir do governo do presidente Lula, que por outro lado se viu na contingência de uma ação emergencial que era de promover a inclusão social [...]”. (Entrevistado 7)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde,¹³ o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade. No século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, apesar de na maioria das vezes serem ignorados, os idosos deveriam ser considerados essenciais para a estrutura das sociedades.

Em seu relatório sobre o envelhecimento no século XXI, o Fundo de População das Nações Unidas¹⁴ destacou que embora muitos países tenham realizado importantes avanços na adaptação das suas políticas e leis, é necessário direcionar mais esforços para assegurar que pessoas mais velhas possam alcançar seu potencial.

Houve consenso entre os entrevistados de que esse envelhecimento populacional exige a realização, urgente, de políticas adequadas às suas necessidades. O crescimento da população idosa e o aumento da esperança de vida ao nascer, já discutidos, representam desafios importantes para o país. Alguns dos entrevistados destacaram, por exemplo, o desafio a ser enfrentado pela previdência social para adequar-se à nova realidade demográfica brasileira.

“[...] provavelmente seremos chamados para promover mais reformas importantes na estrutura do estado

brasileiro, especialmente na área da previdência social, da saúde. Para o sistema se adaptar melhor a esse processo de envelhecimento da população”. (Entrevistado 7)

“[...] seguramente que vai exigir da sociedade mudanças em termos de previdência. Algumas mudanças o Brasil até já realizou e são objetos de grandes debates políticos, mas seguramente, você não mantém o mesmo sistema de previdência social criado para uma sociedade em que a expectativa de vida era de 55 anos, para uma sociedade com esperança de vida de 75 anos [...]”. (Entrevistado 2)

O número de idosos cresceu em 40,3% entre os anos de 2002 e 2012. No mesmo período, o número de benefícios ativos, excetuando-se as pensões concedidas pelo Ministério da Previdência, ampliou em 55,3%. Em valores atualizados, o crescimento significativo ($p < 0,05$) representou uma ampliação de quase 146,0% nos gastos públicos no período (tabela 2).

Tabela 2. Evolução da população, número e valor atualizado dos benefícios ativos de idosos brasileiros entre 2002 e 2012. Recife-PE, 2015.

Ano	Idosos		
	População	Benefícios ativos	Valor atualizado (R\$)*
2002	14.887.348	10.112.887	5,52
2003	15.050.492	10.526.480	6,27
2004	15.212.532	11.184.357	6,68
2005	15.581.260	11.652.478	7,29
2006	15.769.169	12.165.960	8,18
2007	18.204.829	12.674.963	8,74
2008	18.761.039	13.288.644	9,31
2009	19.428.086	13.890.631	10,25
2010	20.590.599	14.495.960	11,73
2011	20.742.226	15.045.858	12,33
2012	20.889.849	15.707.685	13,57

*Valor atualizado em bilhões.

Fonte: IBGE (2015), Ministério da Previdência Social (2015).

Esse cenário de rápido envelhecimento vem gerando considerável pressão sobre a previdência, que havia sido organizada para atender a uma demanda representada pelo aumento do emprego assalariado e pela brevidade do período da aposentadoria. As mudanças ocorridas na estrutura demográfica, acabaram por aumentar a pressão sobre os sistemas de proteção social, principalmente em virtude da queda da relação entre o número da população que contribui e o aumento crescente daqueles que se aposentam.⁷

Segundo Costa et al.¹⁵ é “imprescindível reestruturar o sistema previdenciário, a fim de assegurar a sua sustentabilidade”, em virtude do aumento da população beneficiária e do envelhecimento e redução da força de trabalho.

Em 2010, como estudado, existiam no país 20,5 milhões de idosos, aproximadamente 39 para cada grupo de 100 jovens. Estimam-se para 2040, mais que o dobro, representando 23,8% da população brasileira e uma proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens. Essa nova realidade demográfica,

com um número cada vez maior de idosos, exige também do sistema de saúde capacidade para responder às demandas atuais e futuras.

“[...] Uma população que vive mais longamente e com pouca qualidade de vida tende a pressionar o sistema de saúde por serviços mais caros, mais especializados, e a gente não está se preparando”. (Entrevistado 1)

“[...] é o momento do sistema de saúde se estruturar para essa demanda crescente da população idosa. [...] porque você passa a ter o crescimento de uma série de doenças degenerativas que exigem, não ações pontuais, mas ações coordenadas, em grande parte dos profissionais. Então a preparação do sistema de saúde como um todo para atender a esta demanda crescente é um grande desafio”. (Entrevistado 3)

Além disso, os idosos podem adquirir doenças, incapacidades e sequelas que exigem ações integrais do sistema de saúde. Como analisado, os resultados relacionados às taxas de morbidade e mortalidade demonstraram parte do complexo perfil epidemiológico vivenciado pela sociedade brasileira (tabela 3).

Tabela 3. Taxas* de morbidade e mortalidade dos idosos brasileiros segundo capítulos da CID-10 entre 1998 e 2013. Recife-PE, 2015.

Capítulo CID-10	Morbidade**						Mortalidade					
	1998	2001	2004	2007	2010	2013	1998	2001	2004	2007	2010	2013
D. do aparelho circulatório	4.704,5	4.429,7	4.437,6	3.580,5	3.165,4	2.995,9	1.574,3	1.374,7	1.471,1	1.302,9	1.230,9	1.231,6
Neoplasias (tumores)	767,7	754,4	1.111,0	1.124,6	1.010,8	1.195,4	555,0	545,3	601,9	577,3	573,4	608,3
D. do aparelho respiratório	3.639,1	2.908,8	2.919,8	2.198,4	1.949,6	1.876,2	544,1	466,5	540,6	450,8	462,2	517,9
D. endócrinas nutricionais e metabólicas	773,8	805,2	743,9	637,9	648,5	574,9	225,0	238,5	265,4	257,6	266,5	271,7
Causas externas	632,1	653,7	728,4	693,1	732,7	852,7	107,7	100,6	113,1	104,3	114,7	123,6

*Taxas padronizadas por 100.000 idosos; **calculada com base nas internações realizadas no Sistema Único de Saúde.CID-10= 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares, Sistema de Informações sobre Mortalidade/Ministério da Saúde (2015).

Apesar de serem causas ainda responsáveis por um número importante na morbidade hospitalar entre os idosos do país, observou-se a redução das internações por doenças do aparelho circulatório, respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Essa diminuição pode ser reflexo da expansão dos serviços de atenção básica no país e de sua qualidade. Por outro lado, identificou-se uma tendência crescente e significativa das internações por neoplasias e causas externas, reforçando o heterogêneo quadro epidemiológico do Brasil.

A variação das taxas de mortalidade também apresentou tendência significativa ($p < 0,05$), entretanto, apenas as mortes por doenças dos aparelhos circulatório e respiratório apresentaram redução no período analisado, havendo um crescimento dos óbitos por neoplasias, causas externas e doenças endócrinas e nutricionais. Esse perfil representa um importante desafio, sobretudo com o rápido envelhecimento populacional, pois segundo Omram¹⁶ no terceiro estágio da transição epidemiológica, as principais causas de morte são as doenças crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardíacas, cerebrovasculares e neoplasias que tendem a matar em idades próximas do que se acreditava ser o fim do limite biológico da vida.

Segundo Schimdt et al.,¹⁷ atualmente as doenças crônicas não transmissíveis são principal prioridade na área da saúde no Brasil. O país tem realizado importantes políticas com ações de prevenção, mas em virtude do comportamento e da história da maioria dos fatores de risco, persiste o desafio para realização de ações e políticas oportunas e resolutivas.

A atuação sobre esse complexo perfil de necessidades requer do sistema de saúde uma organização assistencial contínua e multidisciplinar, que renove o processo de trabalho, assegurando a realização de ações e serviços de saúde que promovam a saúde e o bem-estar dessa população

idosa de forma permanente. Principalmente, em virtude da associação entre o envelhecimento populacional e o aumento da demanda por uma assistência especializada e de alto custo.

Entre os idosos, embora existam aqueles que são saudáveis, muitos outros apresentam alguma doença crônica e/ou deficiência, observando-se um aumento das demandas por atenção à saúde, que por suas necessidades torna-se mais custosa e especializada. A população idosa precisa de cuidados específicos, muitos deles especializados e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento, sem segregá-los da sociedade.¹⁸⁻²⁰

Um dos cuidados, a assistência hospitalar, deve, portanto, ser organizada de forma a atender às necessidades geradas por esse envelhecimento populacional. A análise do comportamento dos leitos e internações apontou para uma variação significativa ($p < 0,05$), verificando-se tendência crescente na clínica cirúrgica e de redução na clínica médica ao longo dos anos (tabela 4).

Quanto aos leitos totais e internações observou-se redução em todo o período. O número total de leitos reduziu 34,1% entre 1998 e 2013, assim como ocorreu decréscimo de 5,9% nas internações, período em que houve um crescimento populacional de 24,3% (39 milhões de habitantes) e de 54,3% da população idosa. A exceção fica com o crescimento dos leitos de UTI (86,1%) e internações em clínica cirúrgica.

Na clínica médica constatou-se redução de 4,6% no número de internações e queda de 28,2% no número de leitos, embora a população idosa tenha crescido no período. Já o número de internações cirúrgicas cresceu em todo o período 44,1%, acompanhando o crescimento da população, embora tenha havido redução de 18,6% no número de leitos.

Tabela 4. Leitos cadastrados e internações ocorridas entre 1998 e 2013 no SUS*. Recife-PE, 2015.

Variável	1998	2001	2004	2007	2010	2013
Leitos totais	490,4	486,5	362	349,2	336,5	323,0
Leitos de UTI	10,1	11,1	13,5	11,8	15,8	18,8
Internações totais	12.248,60	12.227,20	11.953,90	11.739,30	11.724,80	11.520,80
Leitos em clínica médica	147,3	146,8	103,3	108,2	105,6	105,8
Internações em clínica médica	4.216,50	4.123,10	3.878,10	3.806,90	4.097,10	4.021,6
Leitos em clínica cirúrgica	93,1	95,3	77,1	75,8	76,5	75,8
Internações em clínica cirúrgica	2.398,70	2.644,00	3.021,80	3.214,30	3.330,30	3.455,5

*Leitos e internações por mil.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/Ministério da Saúde (2015); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/Ministério da Saúde (2015).

Apesar do crescimento populacional, sobretudo da população idosa, o estudo verificou redução dos leitos e das internações. Esses dados apontam para uma possível explicação: a redução das internações pode estar relacionada à melhoria da qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, à redução das necessidades por internação por essa população, porém com uma complexificação destas, haja vista o crescimento do valor médio do custo das internações (tabela 5).

Em pesquisa sobre as tendências em saúde da população idosa brasileira utilizando-se dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Lima-Costa et al.²¹ identificaram melhorias em alguns aspectos da saúde dos idosos, como a redução das internações. Para os autores, os resultados corroboram a ampliação da atenção primária no país.

Em 2013, a assistência hospitalar à população idosa correspondeu a 31,6% dos gastos públicos com internações (tabela 5). Apesar do aumento relativo do custo da assistência hospitalar, trata-se de um pequeno crescimento, considerando-se o rápido aumento da população, que como visto, pode trazer consigo doenças crônicas, incapacidades e sequelas que requerem atenção e cuidados contínuos, especializados e qualificados.

Entre 1998 e 2013 ocorreram quase 38 milhões de internações entre os idosos no SUS, aproximadamente 152 internações para cada grupo de 1.000 idosos. Apesar do crescimento absoluto, assistiu-se à redução do número de internações para cada mil idosos neste período.

Tabela 5. Características das internações hospitalares dos idosos brasileiros no SUS entre 1998 e 2013. Recife-PE, 2015.

Variáveis	1998	2001	2004	2007	2010	2013
Internações	2.139.007	2.240.418	2.324.573	2.385.368	2.518.002	2.664.080
Valor total (R\$)*	845,15	1.216,57	1.672,59	2.019,72	3.062,43	3.971,82
Internações/1.000 idosos	168,37	152,18	152,81	131,03	122,29	120,67
Valor médio atualizado (R\$)	1.027,77	1.139,92	1.143,71	1.180,54	1.447,80	1.490,88
Proporção dos valores pagos**	22,2	23,9	25,4	26,5	28,6	31,6

*Valor total (R\$) em milhões; **proporção dos valores pagos: considerado como a relação proporcional entre o valor total pago com as internações dos idosos e o valor total pago com todas as internações do SUS.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares/Ministério da Saúde (2015).

No período avaliado, todas as internações representaram uma despesa ao sistema público de saúde do país de mais de 33 bilhões de reais. Além disso, o valor médio das internações apresentou aumento significativo, demonstrando a ampliação dos gastos e sugerindo a complexificação do cuidado. Quando comparado ao primeiro ano estudado, o custo médio atualizado das internações cresceu em mais de 45,0%.

Essa complexificação reforça a necessidade de ampliação do investimento no sistema de saúde, pois segundo o entrevistado 1, "a forma como o país vai tratar essa população, do ponto de vista da saúde pública, vai depender muito de acrescentar custos 'pesados' no sistema".

Esse cenário demonstra a necessidade de realização de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, a fim de evitar ou retardar as doenças crônicas e as incapacidades. Um dos entrevistados destacou, inclusive, a fragilidade das ações de promoção da saúde no SUS, resgatando o conceito de cidades saudáveis, enquanto promotoras da qualidade de vida da população.

"A gente não tem, por exemplo, campanha de saúde pública, ou elas são insuficientes ainda, que estimulem fortemente a população a buscarem estilos de vida saudáveis, aderir a políticas de saúde pública saudáveis, políticas de promoção da saúde [...] A promoção da saúde há alguns anos, sete ou oito anos atrás, tinha mais força dentro das políticas de saúde no país do que hoje". (Entrevistado 1)

Do ponto de vista da política de saúde, é fundamental que o sistema de saúde realize ações que contemplem todos os níveis de cuidado, considerando a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que podem afetar os idosos. Desta forma, é preciso que o modelo de saúde ultrapasse as características biológicas e sob o olhar da determinação social, considere a atenção numa perspectiva mais abrangente, incluindo todos os fatores envolvidos no perfil de saúde dos idosos.

Ações de prevenção são efetivas em qualquer nível, mesmo que realizadas nos momentos mais tardios da vida. Por isso, "um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade

e eficiência precisa fortalecer todos os níveis da prevenção".¹¹

Entretanto, segundo Küchemann,¹⁰ a cobertura é ainda insuficiente, em relação aos serviços e alojamentos para cuidados de longa duração. Além disso, espaços de atenção integral, como residências ou centros de recreação, são poucos e se restringem a setores de nível socioeconômico mais alto, capazes de custear o acesso a tais serviços.

Isso significa que para atender à demanda gerada por esse envelhecimento é preciso implantar mecanismos que fortaleçam o modelo de atenção à saúde do idoso, investindo inclusive na força de trabalho e na formação de profissionais que tenham habilidades para atuar na prevenção, no cuidado e na atenção integral à saúde da população idosa.

"O cuidado desses idosos depende de cuidado humano, na saúde depende de profissionais da saúde, na educação depende [de profissionais], enfim, na reabilitação depende de equipamentos, mas depende de pessoas. Então, precisamos de uma política de pessoal adequada, teremos que ter desempenho desses profissionais adequado, que não sejam burocratas, agressivos, que invistam na autonomia dos idosos [...]". (Entrevistado 7)

"Para isso a gente teria que priorizar os estudos de Geriatria, de Gerontologia nas instituições de ensino superior e isso não é priorizado. Então tem muita coisa para fazer, antes que a realidade venha e se imponha esmagadora e a gente saia correndo atrás". (Entrevistado 4)

Queiroz et al.²² reconhecem a falta de recursos humanos especializados para o adequado atendimento das necessidades dessa população, tornando essenciais os projetos de formação e capacitação voltados aos profissionais que atuam em serviços e programas de atenção aos idosos.

Essa deficiência justifica a necessidade de investimento na formação quantitativa e qualitativa de profissionais capazes de atender essa parcela da população. A formação dos profissionais de saúde deve considerar a integralidade, a interdisciplinaridade e o cuidado, de forma integrada com as demais práticas da rede de cuidado social.²³

Esta questão é urgente. Pois, de acordo com Wong & Carvalho,²⁴ "os investimentos para

formação de recursos humanos para serviços geriátricos e gerontológicos levam considerável tempo para frutificar”.

Em vez de ser tratado como um problema, o aumento da longevidade humana deve ser um motivo a se comemorar.²⁵ Os dados demonstram que a transição demográfica brasileira representa uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e para a sociedade. É essencial realizar investimentos que fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável dos idosos, assim como garantir uma atenção adequada às suas necessidades. Para isso, é fundamental direcionar o planejamento das políticas e serviços, afinal, de agora em diante a população idosa aumentará até os anos 2050.²⁶

A questão, portanto, não estará relacionada à interpretação de qual é a idade a partir da qual o sistema de saúde deve intensificar sua intervenção, mas sim, qual o tipo de vida que o sistema de saúde deve e quer proteger.²⁷ Afinal, deve-se celebrar o envelhecimento, “o aumento da esperança de vida é um triunfo do desenvolvimento”.²⁸

Estudos que utilizam como fonte dados secundários podem ter limitações, em virtude das questões relacionadas ao processamento dos dados. A riqueza das discussões realizadas somente foi possível porque os dados foram relacionados à percepção de importantes atores sociais, que vivenciam em seu cotidiano a luta pela justiça social.

É importante que sejam realizados mais estudos para análise da evolução das condições socioeconômicas e da assistência à saúde, o momento de transição demográfica vivenciado

e o novo perfil epidemiológico e suas demandas para o país.

CONCLUSÃO

Enfrentar o desafio do envelhecimento é urgente. O país já tem um importante percentual de idosos, que será crescente nos próximos anos, demandando serviços públicos especializados que será reflexo do planejamento e das prioridades atuais das políticas públicas sociais. É, portanto, mister que essas políticas tenham intervenções integradas, que assegurem o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável.

O país precisa, não somente reorganizar os níveis de cuidado para atender às necessidades, mas, também, inovar e tomar por base experiências de outros países que já vivenciaram o processo de envelhecimento.

Com o envelhecimento da população e a menor relação entre população ativa e dependente, sem uma estrutura familiar capaz de dar suporte aos idosos e carente de estruturas de apoio para essa população, a sociedade deve estar consciente do preço que terá de pagar e do custo crescente da assistência à população idosa. E o Estado deve estar preparado para o provimento de políticas específicas, para o financiamento de estruturas de apoio, bem como para o monitoramento das suas atividades. Garantindo, assim, uma atenção integral, reconhecendo suas características e especificidades e consagrando sua qualidade de vida. Este é o desafio para a sociedade e para o Estado nas próximas décadas.

REFERÊNCIAS

1. Leone ET, Maia AG, Baltar PE. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. *Econ Soc* 2010;19(1):59-77.
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saúde* 2012;21(4):539-48.
3. Alves JED. A transição demográfica e a janela de oportunidade. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial; 2008.
4. Brito F. A Transição demográfica e as políticas públicas no Brasil: crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais [Internet]. Brasília, DF: SAE; 2007 [acesso em 16 abr 2013]. Disponível em: www.sae.gov.br/site/wp-content/uploads/07demografia1.pdf
5. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2008; 25(1):5-26.

6. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(4):1107-11.
7. Batista AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília, DF: MPS, SPPS; 2008.
8. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a Saúde no Brasil (IDB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 20 jun. 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>
9. Kvale S. An introduction to qualitative research interview. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1996.
10. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado* 2012; 27(1):165-80.
11. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009;43(3):548-54.
12. Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(2):423-32.
13. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: OPAS; 2005.
14. Fundo de população das nações unidas. Resumo Executivo. Envelhecimento no Século XXI: celebração e Desafio. New York; 2012.
15. Costa CKF, Mesquita RA, Porto SS Junior, Massuda EM. Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. *Econ Rev* 2011;19:121-31.
16. Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q* 2005; 83(4):731-57.
17. Schimdt MI, Duncan BB, Azeedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011;377:61-74.
18. Bergmark A, Parker MG, Thorslund M. Priorities in care and services for elderly people: a path without guidelines? *J Med Ethics* 2000;26:312-8.
19. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Mancussi e Faro AC, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm* 2005;18:422-6.
20. Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1141-59.
21. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16:3689-96.
22. Queiroz ZPV, Ruiz CR, Ferreira VM. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. *Rev Kairós* 2009;12:21-37.
23. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12:363-72.
24. Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev Bras Estud Popul* 2006;23:5-26.
25. Lloyd-Sherlock PL, MCKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, PRINCE M, et al. Population ageing and health. *Lancet* 2012;379:1295-6.
26. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saúde Pública* 2012;28:208-9.
27. Diniz D, Medeiros M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. *Cad Saúde Pública* 2004;20:1154-5.
28. Help Page International. Índice Global del Envejecimiento: Resumen [Internet]. Madrid; 2013 [acesso em 18 set. 2014]. Disponível em: <http://www.helpage.es/noticias/helpage-international-presenta-el-primer-ndice-global-del-envejecimiento/>

Recebido: 03/07/2015

Revisado: 14/1/2016

Aprovado: 21/03/2016