

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS

DANIELLE RODRIGUES LECHETA

**O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA
DE SAÚDE BRASILEIRO**

CURITIBA

2014

DANIELLE RODRIGUES LECHETA

**O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA
DE SAÚDE BRASILEIRO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
MBA de Gestão Executiva em Saúde, turma
01/12, Pós-graduação lato-sensu, Programa
FGV Management.

CURITIBA

2014

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
PROGRAMA FGV MANAGEMENT
CURSO MBA EXECUTIVO EM SAÚDE

O trabalho de conclusão de curso O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, elaborado por DANIELLE RODRIGUES LECHETA e aprovado pela Coordenação Acadêmica do curso MBA EXECUTIVO EM SAÚDE, foi aceito como requisito parcial para a obtenção do certificado do programa FGV Management.

Data: 01 / 05 / 2014

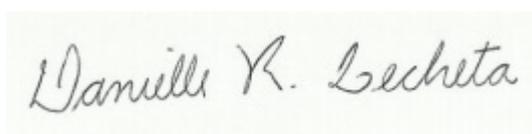


COORDENADORA ACADÊMICA
HELIDÉA DE OLIVEIRA LIMA

TERMO DE COMPROMISSO

A aluna DANIELLE RODRIGUES LECHETA, abaixo assinado, do Curso MBA EXECUTIVO EM SAÚDE, do Programa FGV Management, realizado nas dependências da instituição ISAE, no período de julho de 2012 a fevereiro de 2014, declara que o conteúdo do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, é autêntico, original, e de sua autoria exclusiva.

Curitiba, 04 de março de 2014.

A rectangular box containing a handwritten signature in cursive script that reads "Danielle R. Lecheta".

NOME DO ALUNO

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Assim, esse trabalho é uma revisão de literatura sobre o envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. O envelhecimento da população é consequência da queda da fecundidade e da mortalidade e do aumento da expectativa de vida. Com o avanço da idade, as doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e demência, bem como suas complicações, se tornam mais prevalentes na população. Essas são complexas e onerosas, perduram por anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. Além disso, podem vir acompanhadas de disfunções e/ou algum nível de dependência. Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde, além da elevação dos seus custos. Existe urgência de mudanças no cuidado à população idosa, pois os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo. A prestação dos cuidados reclama estruturas criativas e inovadoras, com propostas de ações diferenciadas, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida e, portanto, é a chave para se mudar o quadro atual. Todas as iniciativas de promoção e prevenção de saúde, de assistência e de reabilitação devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível, valorizando a autonomia e independência. Além disso, a diminuição das internações hospitalares é uma tendência verificada em países em processo avançado de envelhecimento populacional e para tanto, os serviços de atenção domiciliar são uma alternativa menos dispendiosa. É fundamental que as ações de todos os níveis de assistência estejam integradas e que o setor saúde trabalhe intersetorialmente com outras áreas, como educação e assistência social, para que ocorra a melhora das condições de vida e de saúde dos idosos.

Palavras-chave: envelhecimento da população, transição demográfica, sistema de saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – PIRÂMIDE POPULACIONAL BRASILEIRA NO ANO DE 2010.....	15
FIGURA 2 – PIRÂMIDE POPULACIONAL BRASILEIRA NO ANO DE 2050.....	15
FIGURA 3 – POPULAÇÃO BRASILEIRA DE 80 ANOS E MAIS, POR SEXO, 1980 A 2050.....	16
FIGURA 4 – PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE REFERIRAM SER PORTADORAS DE PELO MENOS UM DOS DOZE TIPOS DE DOENÇAS CRÔNICAS SELECIONADAS, POR GRUPOS DE IDADE NO BRASIL, 2008	21
FIGURA 5 – EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO CAUSAS, BRASIL, 1930 A 2009	22
FIGURA 6 – FATORES RELACIONADOS AOS GASTOS ASSISTENCIAIS COM SAÚDE.....	26
FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE IDOSOS EM 3 FAIXAS ETÁRIAS SELECIONADAS, BRASIL, 2000, 2006 E 2012.....	29
FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO DO GASTO ASSISTENCIAL TOTAL POR FAIXA ETÁRIA. 2010, 2030 E 2050	30
FIGURA 9 – GASTO ASSISTENCIAL TOTAL, 2010 A 2050.....	31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – TAXA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO (%) POR SEXO E GRUPOS ETÁRIOS, BRASIL, 2000 A 2030	17
---	----

LISTA DE SIGLAS

ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVD	-	Atividades de Vida Diária
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	-	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PIB	-	Produto Interno Bruto
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SAD	-	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	-	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 A POPULAÇÃO DE IDOSOS	14
4.2 CAUSAS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	18
4.3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A SITUAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL	19
4.4 O PERFIL DE DOENÇAS DE UMA POPULAÇÃO ENVELHECIDA.....	20
4.5 A NECESSIDADE DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	25
4.6 AS PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	32
5 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS	39

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E OS DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história a estrutura demográfica típica foi constituída por populações de baixo crescimento vegetativo, com altas taxas de natalidade e de mortalidade. Como resultado, até o final do século XIX, uma característica comum às sociedades estava na sua estrutura composta principalmente por jovens. Indivíduos que seriam considerados idosos pelos padrões atuais representavam uma pequena minoria da população. No entanto, desde o final do século XIX, as populações de vários países atravessaram ou atravessam o fenômeno denominado transição demográfica (WEINBERGER, 2007). A transição demográfica originou-se na Europa e o primeiro acontecimento foi a diminuição da fecundidade, observada na Revolução Industrial, fato este anterior ao aparecimento da pílula anticoncepcional. O aumento na expectativa de vida ocorreu de modo insidioso e lento e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e de vacinas (RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

Até o final do século XIX o Brasil pode ser descrito como um país de baixo crescimento populacional, com sua população jovem resultante de alta natalidade e baixa expectativa de vida. A imigração europeia foi um importante fator de crescimento populacional entre meados do século XIX e o primeiro quartel do século XX. A partir da década de 1930 a imigração tornou-se inexpressiva e o crescimento populacional resultou quase exclusivamente da reprodução da população residente. Entre os anos 1940 e 1960, o Brasil experimentou um declínio significativo da mortalidade, mantendo a fecundidade em níveis bastante altos, o que gerou uma população jovem quase estável e com rápido crescimento (NASRI, 2008). A partir dos anos 1960, a redução da fecundidade, que se iniciou nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, generalizou-se rapidamente e desencadeou o processo de transição da estrutura etária (CARVALHO; WONG, 2008). Os dados históricos e projetados indicam que a transição demográfica brasileira estará completa em cerca de três décadas (COSTA *et al.*, 2011). As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Conceitualmente, o processo de envelhecimento populacional é uma mudança na estrutura etária da população que resulta em uma maior proporção de idosos em relação ao conjunto da população. Isso ocorre, principalmente, pela redução da fecundidade da população, que torna os grupos etários mais jovens menos representativos no total da população. O envelhecimento populacional é, portanto, uma das consequências da transição demográfica, isto é, do declínio das taxas de fecundidade e mortalidade (IESS, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS, 1984) considera o idoso, sob o ponto de vista cronológico, como aquele indivíduo que possui 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos, enquanto que, em países em desenvolvimento, prevalece a idade de 60 anos ou mais. Além disso, no Brasil temos dispositivos legais que referendam a população idosa pela faixa etária a partir dos 60 anos (BRASIL, 2003).

Em uma população envelhecida os padrões de doença e invalidez são radicalmente diferentes. Sabe-se que a população idosa demanda significativamente mais serviços médicos e hospitalares (COSTA *et al.*, 2011). A maior longevidade da população acarreta o aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis em detrimento das doenças infecto-parasitárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Embora numerosos tratamentos para doenças crônicas venham sendo desenvolvidos, parece haver tendência de aumento da sobrevivência, porém com concomitante aumento da morbidade. Isso se traduz em aumento no custo per capita com saúde (COSTA *et al.*, 2011). Apesar do cenário descrito, os grandes centros populacionais brasileiros ainda não dispõem de infraestrutura de serviços que dê conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes (VERAS, 2007).

A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo país nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente em um contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009). Essa mudança na composição etária brasileira indica a necessidade crescente de recursos públicos para previdência social e de preparar o sistema de saúde pública para o tratamento dos males típicos de uma população idosa (COSTA *et al.*, 2011). Assim, esse trabalho visa revisar o que tem sido publicado sobre o tema e fomentar a reflexão crítica sobre esse cenário e as possibilidades de inovações no sistema de saúde brasileiro para atender às demandas crescentes decorrentes do envelhecimento populacional.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão de literatura sobre o envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro.

3 METODOLOGIA

Esse trabalho é uma revisão de literatura sobre o envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro. A busca de artigos científicos e publicações técnicas sobre o tema foi realizada nas bases de dados Scielo, Pubmed e no site de busca google. Não foram definidos limites de datas para a seleção de publicações.

4 REVISÃO DE LITERATURA

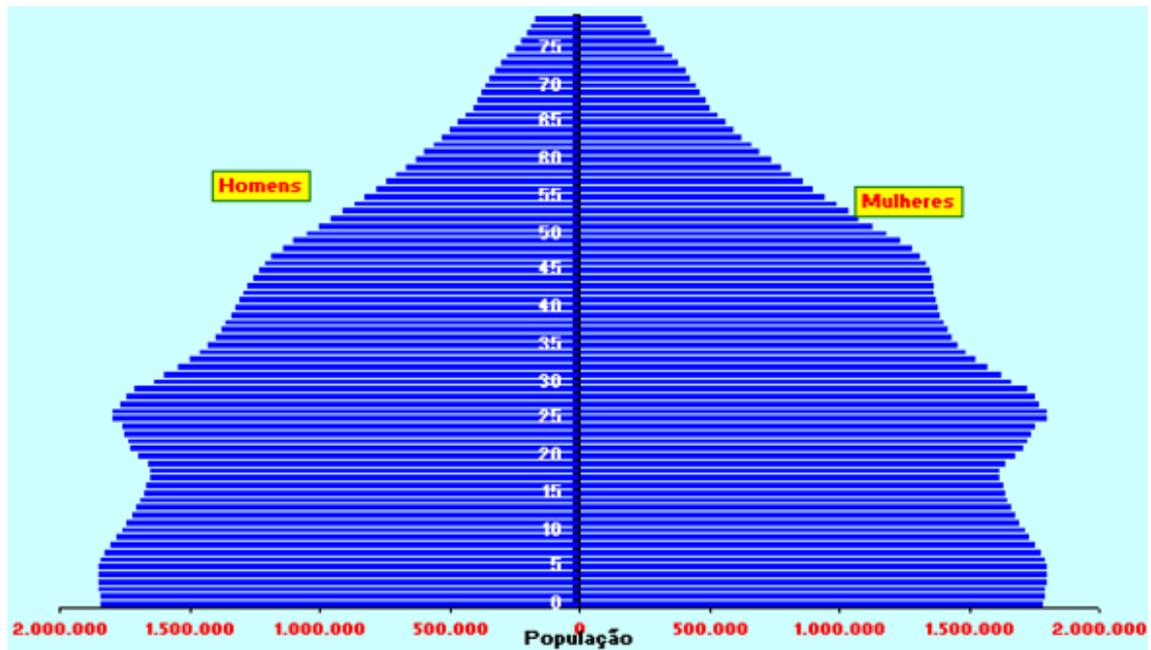
4.1 A POPULAÇÃO DE IDOSOS

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Estima-se que, considerando a população mundial, o número de pessoas com 60 anos ou mais irá crescer mais de 300% nos próximos 50 anos, de 606 milhões em 2000 para quase dois bilhões em 2050. Atualmente, por volta de 75% dos idosos vivem em países desenvolvidos, porém este crescimento será maior nos países menos desenvolvidos, onde esta população irá aumentar mais quatro vezes, passando de 374 milhões em 2000 para 1,6 bilhões em 2050 (SCAZUFCA *et al.*, 2002).

Há importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto nos primeiros o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (BRASIL, 2006a). Nos países desenvolvidos, o declínio da taxa de fecundidade teve início nas últimas décadas do século XIX, enquanto nos países em desenvolvimento o processo se iniciou apenas no final do século XX (LEE, 2003). Embora tardia, pode-se afirmar que essa redução da fecundidade nos países em desenvolvimento está ocorrendo de forma acelerada. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012), entre 1960 e 2010, a fecundidade reduziu cerca de 70% (6,28 filhos para 1,90). Na Suécia e na Inglaterra, por exemplo, foram necessárias seis décadas para essa taxa reduzir em 50% (entre 1870 a 1930).

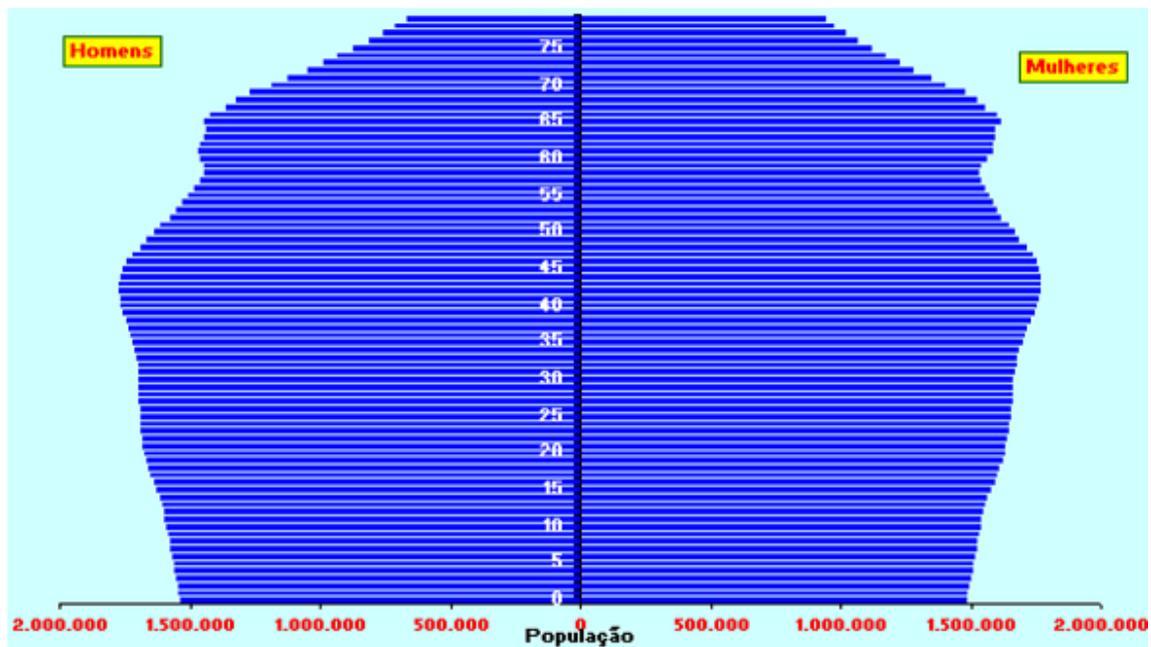
No Brasil, em 2008, os idosos representavam 9,5% da população. Caso as projeções se confirmem, no ano de 2050, eles representarão aproximadamente 30% da população brasileira. Com isso, apresentará uma pirâmide populacional semelhante àquelas dos países europeus na atualidade, sendo que, neste período, o Brasil poderá tornar-se um dos países com o maior número de idosos do mundo (IBGE, 2008). Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que pessoas abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado (BRASIL, 2006a). Observando-se as figuras 1 e 2, pode-se comparar o perfil da pirâmide populacional brasileira de acordo com o IBGE para os anos de 2010 e 2050.

FIGURA 1 – PIRÂMIDE POPULACIONAL BRASILEIRA NO ANO DE 2010



Fonte: IBGE, 2010b.

FIGURA 2 – PIRÂMIDE POPULACIONAL BRASILEIRA NO ANO DE 2050

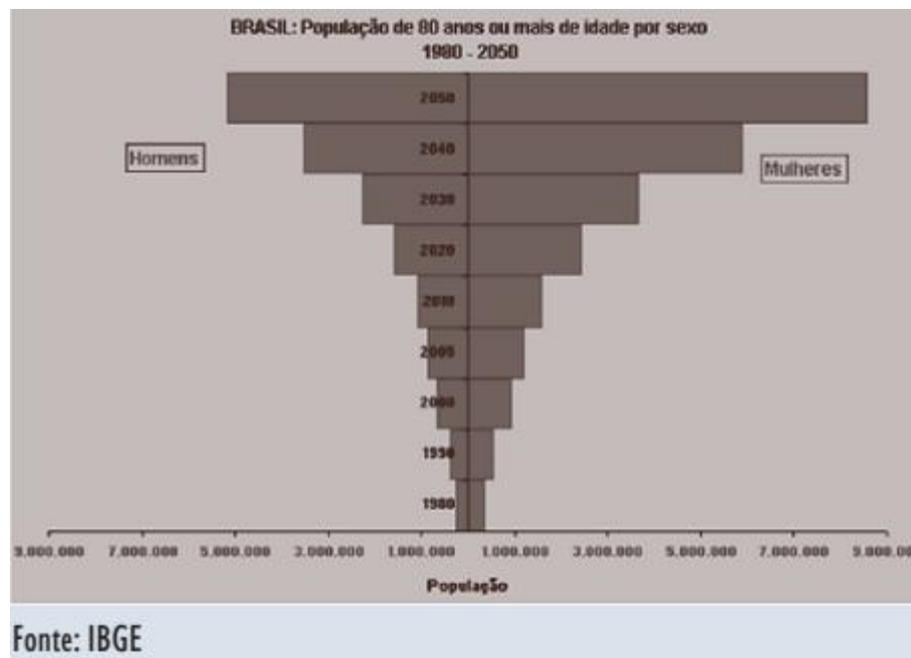


Fonte: IBGE, 2010b.

Dentro do grupo das pessoas idosas, os denominados "mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada" (idade igual ou maior que 80 anos), também vêm aumentando proporcionalmente e de forma muito mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos: 12,8% da população idosa e 1,1% da população total.

Em 2050 corresponderão, provavelmente, a aproximadamente 28% (CARVALHO; WONG, 2008). A população mais idosa será, de modo eminente, feminina. No ano de 2000, para cada cem mulheres idosas, havia 81 homens idosos; em 2050 haverá provavelmente cerca de 76 idosos para cem idosas. No grupo acima de 80 anos, estima-se que, em 2050, teremos duas idosas para cada idoso (CHAIMOWICZ, 1997). A figura 3 mostra a projeção de crescimento dessa população em um período de 70 anos, permitindo estimar o impacto dessas modificações demográficas e epidemiológicas (BRASIL, 2006a).

FIGURA 3 – POPULAÇÃO BRASILEIRA DE 80 ANOS E MAIS, POR SEXO, 1980 A 2050



Fonte: em BRASIL, 2006a.

A população do grupo etário de cinco a nove anos declinou de 14 para 12% entre 1970 e 1990. Nesse período, a presença de crianças com menos de cinco anos reduziu de 15 para 11%. No ano 2000, cada um desses grupos continuou a declinar e hoje representam, cada um, 9% da população total (IESS, 2013).

Verifica-se na tabela 1, que a população tem taxas de crescimento negativas na faixa etária de 0 a 4 anos entre 2000 e 2010, indicando redução no número absoluto de pessoas nessa faixa. Entre 2020 e 2030, haverá redução na população até os 39 anos de idade (exceto para o grupo de 25 a 29 anos), caso as projeções se confirmem. As maiores taxas de crescimento são observadas para as faixas etárias que compreendem os idosos, com

crescimento acima de 2% para esses grupos em quase todos os períodos. Importante ressaltar a elevada taxa de crescimento populacional para a faixa etária acima de 80 anos, com mais de 5% de crescimento ao ano para as mulheres entre 2000 e 2010 e quase 5% para homens. Embora a intensidade do crescimento seja menor por volta de 2030, ainda chegará a quase 4% ao ano entre 2020 e 2030 (IESS, 2013).

TABELA 1 – TAXA DE CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO (%) POR SEXO E GRUPOS ETÁRIOS, BRASIL, 2000 A 2030

Grupos Etários	2000/2010		2010/2020		2020/2030	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
0 a 4	-1,04	-1,06	-1,89	-1,90	-0,79	-0,80
5 a 9	0,38	0,34	-2,33	-2,34	-0,93	-0,95
10 a 14	-0,24	-0,30	-1,02	-1,03	-1,87	-1,89
15 a 19	-0,87	-0,90	0,40	0,35	-2,31	-2,33
20 a 24	0,82	0,80	-0,20	-0,28	-0,99	-1,02
25 a 29	2,08	2,08	-0,80	-0,88	0,44	0,37
30 a 34	1,37	1,23	0,90	0,83	-0,14	-0,26
35 a 39	1,05	0,60	2,18	2,12	-0,73	-0,86
40 a 44	2,22	1,96	1,48	1,28	0,99	0,86
45 a 49	3,51	3,57	1,17	0,67	2,28	2,16
50 a 54	3,80	4,06	2,37	2,04	1,60	1,34
55 a 59	3,74	3,96	3,68	3,69	1,32	0,75
60 a 64	2,64	2,99	4,01	4,22	2,55	2,16
65 a 69	2,74	3,06	4,00	4,19	3,90	3,86
70 a 74	2,88	3,11	2,95	3,30	4,29	4,46
75 a 79	3,20	3,86	3,09	3,47	4,33	4,52
80 e mais	4,93	5,29	3,78	4,34	3,57	4,10

Fonte: IBGE, 2008.

O aumento da população idosa pode gerar dificuldades para atender à demanda, gerando desafios para o sistema público de saúde (BALDONI; PEREIRA, 2011).

4.2 CAUSAS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006a). A transição demográfica se inicia com o declínio da mortalidade, relacionado, principalmente, aos avanços na medicina e na saúde pública, às melhores condições de alimentação, ao aumento da renda, ao controle de vetores causadores de doenças infecciosas, entre outros (LEE, 2003; BLOOM, 2011). Inicialmente, ocorre diminuição das taxas de mortalidade de recém-nascidos, crianças e de mães no parto. Isso torna o perfil da população ainda mais jovem, pelo alargamento da base da pirâmide populacional (OLSHANSKY; CARNES; CASSEL, 1993).

Posteriormente, ocorre a redução da fecundidade, causada por mudanças nos padrões familiares, acesso a meios contraceptivos, maior participação feminina no mercado de trabalho, entre outros fatores (BLOOM, 2011). Essa redução sustentada da fecundidade diminui progressivamente a base da pirâmide, o que torna os grupos etários mais velhos proporcionalmente maiores em relação a toda a população. Embora a menor fecundidade seja a principal responsável pelo envelhecimento da população, o aumento da longevidade em idades avançadas também contribui, de forma secundária, para esse fenômeno (CARVALHO; GARCIA 2003). O aumento no número de idosos e a redução da natalidade ocorreu, primariamente, nos grupos populacionais mais privilegiados e residentes nas regiões mais desenvolvidas do país. Essas transformações foram rapidamente absorvidas pelas outras regiões, o que desencadeou o processo de transição da estrutura etária (VERAS *et al.*, 2001).

A taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2012). Se as estimativas se confirmarem, esta aumentará de 45,5 (1940) para 81,29 anos em 2050 (IBGE, 2008). Destaca-se também que a expectativa de vida pode variar entre os gêneros dos indivíduos, pois, de acordo com o IBGE, a mulher brasileira possui uma expectativa de vida de aproximadamente oito anos a mais que o homem (IBGE, 2010b).

4.3 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A SITUAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL

A transição na estrutura etária em direção ao envelhecimento populacional provoca mudanças na relação de dependência econômica do ciclo de vida. A razão de dependência é mensurada como o número de pessoas em idade potencialmente inativa (acima de 65 anos) em relação à população em idade ativa de 15 a 64 anos (IESS, 2013). O número de jovens entrantes na força de trabalho já começou a se estabilizar e em breve começará a diminuir. Supondo relativa estabilidade das taxas de participação no mercado de trabalho da população segundo o sexo e a idade, a diminuição do número de jovens implicará na redução da força de trabalho, já que o número de trabalhadores em idade de se aposentar passará a superar o de novos ingressantes na força de trabalho. A dinâmica demográfica constitui um duplo estímulo ao aumento da participação das mulheres na força de trabalho, principalmente daquelas que se retiraram do mercado para se dedicar aos afazeres domésticos e à criação dos filhos. A menor oferta de trabalhadores jovens tornará mais atraente a mão-de-obra feminina mais madura. E a diminuição da fecundidade diminui o tempo médio dispendido com o cuidado de crianças, favorecendo a oferta de trabalho feminina (COSTA *et al.*, 2011). Também, a rápida urbanização da população altera de modo intenso as estruturas trabalhistas, o que gera maior custo de vida, maiores jornadas de trabalho e, principalmente, maior incorporação da mulher como força produtiva. Estes fatos tornam os familiares menos disponíveis para cuidar dos idosos mais dependentes (NASRI, 2008).

A sustentabilidade do sistema previdenciário enfrentará dois problemas: a possível diminuição das receitas vinculadas aos salários e o aumento da demanda por benefícios de aposentadoria e pensão. O problema é que a mudança na composição etária da população, além de tornar o trabalho mais escasso, também diminui a propensão a poupar (e portanto, a capacidade de investimento) do país. Uma população mais idosa tem menos propensão a poupar. Além disso, o envelhecimento populacional aumenta os gastos com previdência e serviços de saúde pública, o que se traduz em maiores encargos trabalhistas e elevação da carga tributária como um todo (COSTA *et al.*, 2011).

Do ponto de vista econômico, um aumento na razão de dependência idosa significa menos pessoas em idade ativa para custear pessoas em idade inativa. Atualmente o Brasil possui um idoso para cada dez pessoas em idade ativa. Em 2050, essa relação será de um idoso dependente para cada três pessoas em idade ativa, segundo análises populacionais da Organização das Nações Unidas (ONU). Essa razão de dependência do Brasil em 2050 irá

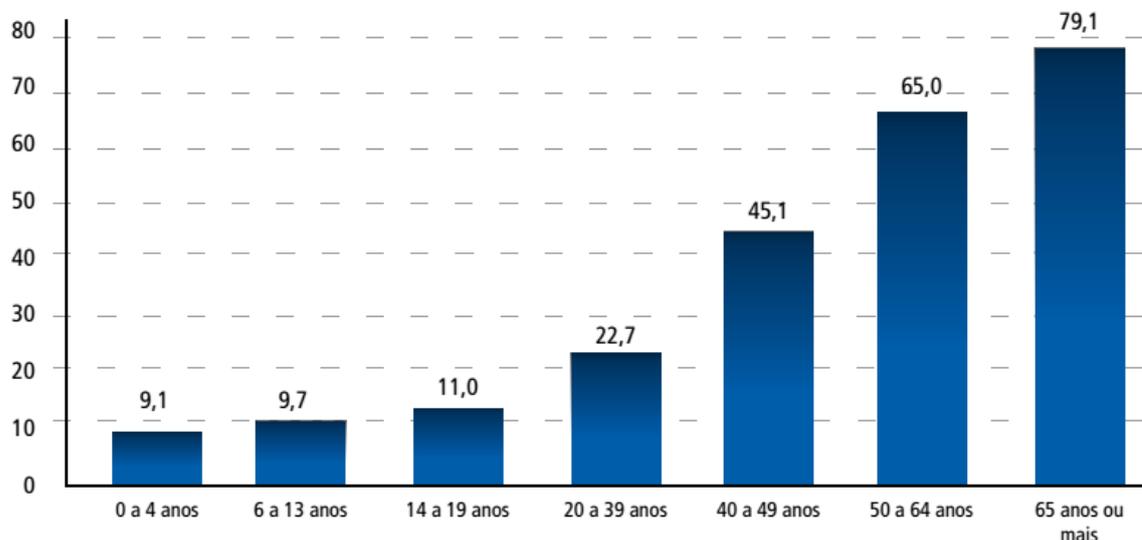
superar aquela estimada para a média mundial e para países com nível de renda similar ao do Brasil (ONU, 2011).

Nas últimas décadas, os gastos com saúde aumentaram como fração do Produto Interno Bruto (PIB) e em termos per capita em todo o mundo. Segundo relatório da OMS em 2010, os 193 países associados alocaram, em média, 7,0% do PIB em saúde. O gasto brasileiro foi de 9,0% do PIB, superior aos dos países de renda média alta (6,1%), mas inferior aos dos países desenvolvidos (12,5%). Quanto ao financiamento da saúde, a participação do setor público vem crescendo na maior parte dos países, independentemente do nível de renda. No Brasil, essa contribuição era de 40% em 2000 e passou para 47% em 2010 (OMS, 2010).

4.4 O PERFIL DE DOENÇAS DE UMA POPULAÇÃO ENVELHECIDA

O aumento na expectativa de vida provoca uma mudança no perfil de doenças que acometem os idosos, o que tem efeito sobre o tipo de serviço utilizado. Como o envelhecimento é um processo natural de diminuição progressiva das respostas adaptativas do corpo do idoso frente ao meio ambiente, é natural que, com o avanço da idade, as doenças crônicas não transmissíveis se tornem mais prevalentes na população (IESS, 2013). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 (IBGE, 2010a), demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas (figura 4).

FIGURA 4 – PROPORÇÃO DE PESSOAS QUE REFERIRAM SER PORTADORAS DE PELO MENOS UM DOS DOZE TIPOS DE DOENÇAS CRÔNICAS SELECIONADAS, POR GRUPOS DE IDADE NO BRASIL, 2008

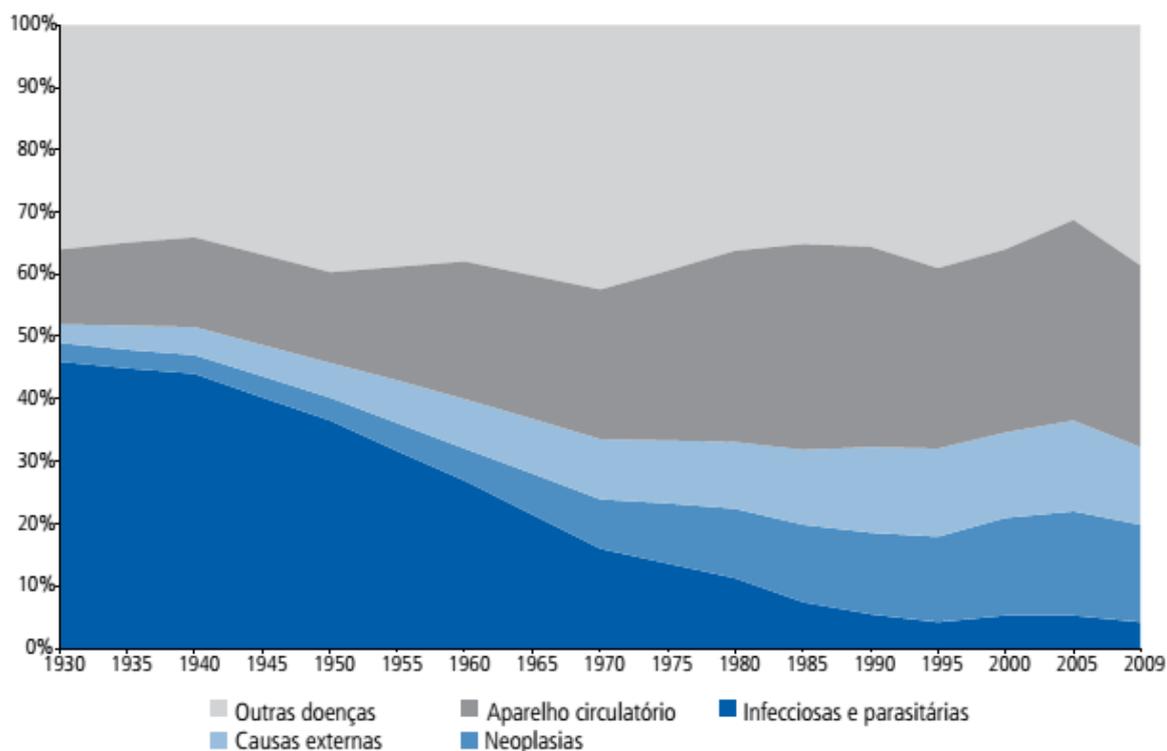


Fonte: IBGE, 2010a.

Chaimowicz (1997) observou que o número de condições crônicas aumenta de 4,6 para 5,8 entre os indivíduos situados na faixa etária de 65 a 75 anos de idade. No estudo de Baldoni e Pereira (2010) realizado com 1000 pacientes idosos, os autores verificaram uma média de 3,4 morbidades citadas pelos entrevistados, com uma variação de 1 a 11 problemas de saúde por indivíduo. As morbidades mais prevalentes foram doenças crônicas que exigem monitoramento e tratamento contínuo, tais como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, o que reflete em necessidade de aumento de investimentos por parte do sistema de saúde brasileiro.

Pode-se presumir, portanto, que, no futuro, a transição demográfica muito rápida poderá determinar uma elevação progressiva da morbimortalidade por condições crônicas no Brasil, tanto em termos absolutos como relativos. De acordo com a figura 5, em 1930, nas capitais do país, as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes e que esse valor decresceu para um valor próximo a 5% em 2000; ao mesmo tempo, as doenças cardiovasculares que representavam em torno de 12% das mortes em 1930, responderam, em 2009, por quase 30% de todos os óbitos (MENDES, 2012).

FIGURA 5 – EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE PROPORCIONAL SEGUNDO CAUSAS, BRASIL, 1930 A 2009



Fonte: MALTA, 2012.

Pode-se afirmar que, a partir das informações analisadas, o Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas (MENDES, 2012).

A taxa de mortalidade padronizada por idade por doenças crônicas no Brasil, em pessoas de 30 anos ou mais, é de 600 mortes por cem mil habitantes, o que representa o dobro da taxa do Canadá e 1,5 vezes a taxa do Reino Unido. Como consequência, estima-se que morram, a cada dia, no Brasil, mais de 450 pessoas, somente em decorrência de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos (MENDES, 2012).

Doenças cujo principal fator de risco é a idade tendem a elevar a sua prevalência, um exemplo típico é a demência. Estudos em diversas partes do mundo demonstram que a prevalência de demência pode variar de 0,3 a 1% em pessoas entre 60 e 64 anos, aumentando de 42 a 68% em indivíduos com 95 anos ou mais (JORM; JOLLEY, 1998). O número de pessoas que viviam com demência no mundo em 2011 era estimado em 35,6 milhões, sendo previsto que esse valor quase dobre a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e 115,4

milhões em 2050. Em 2010, 57,7% das pessoas com demência viviam em países de baixa ou média renda, sendo estimado que essa proporção aumente para 70,5% em 2050. O Brasil é o nono país do mundo com o maior número de pessoas com demência, tendo sido estimado 1,0 milhão de casos em 2010. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a demência é uma das principais causas de incapacidade em idosos, sendo responsável por 11,9% dos anos vividos com incapacidade em função de doenças não transmissíveis, tendo grande impacto para os doentes, cuidadores e famílias (OMS, 2012). Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Além disso, as doenças crônicas podem vir acompanhadas de disfunções e/ou algum nível de dependência (IESS, 2013). Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos (BRASIL, 2006a).

Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função da produção social de condições crônicas, a partir de uma prevalência significativa e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas e outros (MENDES, 2012).

As doenças crônicas são complexas e onerosas, perduram por anos e exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2007; VERAS, 2009). Essa constatação leva à preocupação imediata com o aumento da demanda por serviços de saúde, além da elevação dos seus custos (CAMARANO, 2002). As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009). Além disso, observaremos maior taxa de utilização de unidades de terapia intensiva, de hemodinâmica e métodos dialíticos (NASRI, 2008).

O envelhecimento populacional também traz como consequência a alta incidência de fraturas entre os idosos. De acordo com Ministério da Saúde, esse problema tem assumido dimensões de epidemia, o que gera necessidade de aumento dos recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2009, os investimentos destinados ao tratamento dessas fraturas foram de aproximadamente R\$ 81 milhões e R\$ 24,77 milhões foram gastos com medicamentos para tratamento da osteoporose. Verifica-se que as parcelas dos recursos financeiros destinadas a esses fins aumentam anualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O levantamento da PNAD sobre a saúde da população idosa no Brasil indica que houve, entre o período de 1998 e 2003, uma melhoria das condições de saúde das pessoas de

60 anos ou mais, quando considerados alguns indicadores, como percepção da saúde, ter estado recentemente acamado, capacidade para realizar atividades da vida diária e número de doenças crônicas. Os resultados também mostraram que houve aumento do número de consultas médicas e odontológicas no mesmo período. Essas tendências foram consistentemente observadas em ambos os sexos (VERAS, 2007). As causas que justificam essas melhoras são multifatoriais, como a melhoria da tecnologia médica, maior acesso aos serviços de saúde, mudanças comportamentais, aumento do nível educacional e do status socioeconômico dos idosos, consequência dos programas sociais de transferência de renda focados nos mais pobres, como a ampliação do programa Bolsa Família, o benefício de prestação continuada, a aposentadoria rural e o aumento do valor do salário mínimo (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). A melhora das condições de saúde resultou também de ações de assistência e prevenção decorrentes da Política Nacional de Saúde do Idoso. A aplicação sistemática de vacinas contra a influenza e a criação do programa Farmácia do Idoso, com medicamentos específicos e de uso periódico para atendimento exclusivo de pessoas idosas, sinalizou possibilidades efetivas para o desenvolvimento de políticas públicas de qualidade (RAMOS, 2007).

As informações da PNAD mostram uma redução drástica na proporção de idosos nos grupos de renda mais baixa (renda familiar de até meio salário mínimo per capita) que era de 21,5% em 1993, para 12,5% em 2003 (VERAS, 2007). Outra constatação da PNAD pouco difundida, refere-se à semelhante distribuição na proporção de pessoas com doenças crônicas para todos os grupos de renda na população. Dessa forma, pobres e ricos possuem números semelhantes de doenças crônicas. Na população, em cada três indivíduos, um é portador de doença crônica e, entre os idosos, oito em cada dez possuem pelo menos uma doença crônica (VERAS, 2007).

4.5 A NECESSIDADE DE REESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

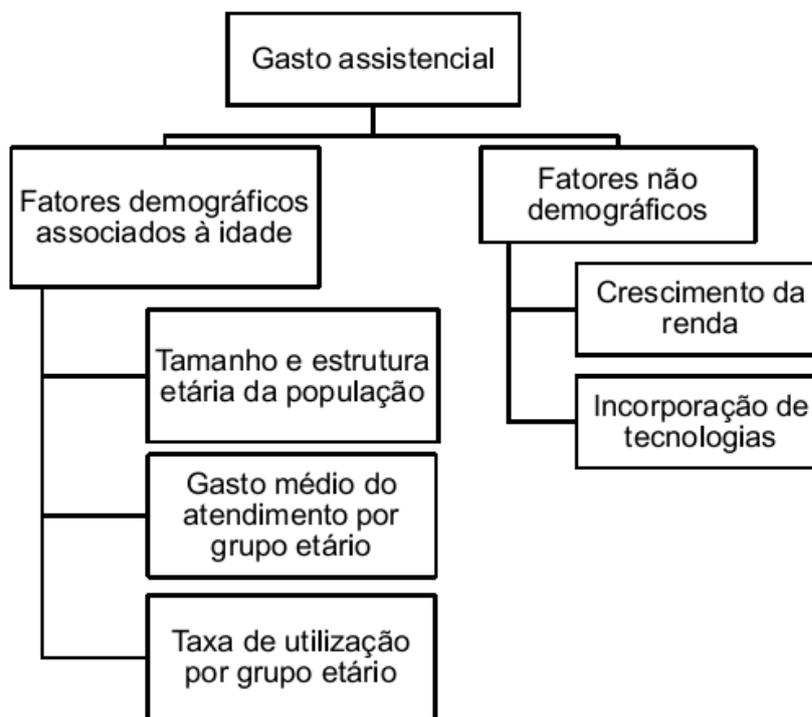
Atualmente a percepção geral da sociedade brasileira é de que o atendimento nos serviços de saúde é precário, de custo elevado, com desperdício de recursos e má prestação de cuidados. Os idosos brasileiros vivem cotidianamente angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medos e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, e sofrem, ainda, todo tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde. À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, se somam a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, a falta de instalações adequadas, a carência de programas específicos e mesmo de recursos humanos, seja em quantidade ou em qualidade (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

A transformação drástica na estrutura etária brasileira, ocorrida em um tempo relativamente curto, gera grandes dificuldades ao Estado para lidar com o novo perfil epidemiológico que, aos poucos se sobrepõe, sem contudo, ter substituído completamente o perfil anterior predominante, pois a velocidade dessas alterações não está sendo acompanhada por conquistas sociais, tais como distribuição de renda suficiente e saúde de qualidade para o paciente idoso (CHAIMOWICZ, 1997).

Pode-se presumir que as mudanças demográficas e epidemiológicas terão significativa relevância para os gastos públicos com saúde e previdência (BANCO MUNDIAL, 2011). Em 2010, o governo federal gastou 44,7% de suas despesas com esses dois itens (BRASIL, 2011a), parcela que tende a aumentar, seguindo as tendências verificadas em países em estágios mais avançados da transição demográfica (IESS, 2013).

Cabe ressaltar que o crescimento dos gastos com saúde, públicos ou privados, tem diversas causas: do lado da oferta, tem-se a inflação no setor saúde, o efeito da tecnologia e as políticas de aumento na cobertura e na variedade dos serviços disponíveis; do lado da demanda, tem-se o envelhecimento populacional e as mudanças no perfil epidemiológico da população. Segundo a literatura, dessas causas, a principal responsável pelo crescimento nos gastos, do lado da oferta, é a tecnologia (CHERNEW; NEWHOUSE, 2011) e, do ponto de vista da demanda, o envelhecimento populacional (DANG; ANTOLIN; OXLEY, 2001). Na figura 6, são apresentados os fatores associados aos gastos assistenciais com saúde, que podem ser divididos em fatores demográficos e não demográficos.

FIGURA 6 – FATORES RELACIONADOS AOS GASTOS ASSISTENCIAIS COM SAÚDE



Fonte: IESS, 2013.

O desafio do envelhecimento frente à assistência à saúde ocorre em função da estreita relação entre utilização de serviços de saúde e idade. O padrão etário típico do gasto e da utilização de serviços de saúde apresenta um formato em “J”, ou seja, os gastos são relativamente mais altos para os primeiros grupos etários, decrescendo entre adolescentes e adultos jovens e aumentando a taxas crescentes a partir de então (JONES, 2000); a grande diferença é que as doenças da faixa jovem são agudas e, portanto, de custo menor, enquanto as dos idosos são crônicas e de alto custo (VERAS; PARAHYBA, 2007). Assim, com o rápido processo de envelhecimento da população brasileira, haverá um contingente maior de idosos no futuro, causando um aumento agregado nas despesas com serviços de saúde, mesmo que os gastos per capita permaneçam constantes (IESS, 2013). O custo per capita daqueles que possuem mais de 65 anos é de 3 a 5 vezes maior que das outras faixas etárias (JACOBZONE; OXLEY, 2002).

Em virtude da grande importância do envelhecimento populacional sobre os gastos assistenciais, muitos trabalhos procuram analisar apenas os efeitos de mudanças demográficas sobre os gastos, assumindo que nada além do tamanho e da distribuição etária da população irão se modificar no futuro. Nesse caso, os trabalhos utilizam o que se denomina de “modelo

etário” de projeção (MILLER, 2001) ou modelo de “coorte” (ASTOLFI; LORENZONI; ODERKIRK, 2012), que consiste em combinar o perfil etário dos gastos com saúde e as projeções populacionais.

No Brasil, quando os idosos representavam menos de 8% da população, foram responsáveis pelo consumo de 21% dos recursos hospitalares do SUS (CHAIMOWICZ, 1997). Em 2010 o gasto público com a assistência hospitalar e ambulatorial no SUS somou R\$ 25,5 bilhões. Estima-se que, considerando apenas o efeito demográfico puro, o dispêndio será de R\$ 35,8 bilhões em 2030, um aumento de 40,4% em relação a 2010 (DATASUS). Se, de forma contrária, as taxas de utilização e os gastos médios tiverem crescimento, o gasto chegará a R\$ 63,5 bilhões em 2030, um aumento de 149,9%. Vale enfatizar que esse é um cenário mais plausível, considerando o desenvolvimento da tecnologia médica e o aumento do acesso da população a serviços de saúde (IESS, 2013).

Esses dados tornam-se um sinal de alerta para a sociedade, profissionais de saúde, gestores e autoridades políticas para que seja feito um planejamento para as consequências desse rápido crescimento da população idosa em nosso país (BALDONI; PEREIRA, 2011).

Vale, no entanto, fazer uma ressalva. Segundo Lubitz *et al.* (2003), idosos que apresentam maior expectativa de vida, acompanhada de melhor estado de saúde, apresentaram menores despesas com cuidados de saúde no acumulado de anos até a morte, em comparação àqueles com pior estado de saúde. Para uma pessoa sem limitação funcional com 70 anos de idade, com expectativa de vida de mais 14,3 anos, estimam-se gastos em saúde de US\$ 136.000 (em dólares de 1998), enquanto para uma pessoa com uma limitação em pelo menos uma atividade de vida diária, com expectativa de vida de mais 11,6 anos, estimam-se gastos de US\$ 145.000.

O aumento da população idosa pode gerar dificuldades para a gestão da assistência farmacêutica em nosso país, pois o orçamento destinado à aquisição dos medicamentos realizado pelo SUS tende a tornar-se mais representativo e oneroso. No estudo farmacoepidemiológico de Baldoni e Pereira (2010) foi constatado média de sete fármacos por paciente idoso, variando de 1 a 21 fármacos por indivíduo, incluindo medicamentos prescritos e não prescritos. Isso gera uma preocupação imediata com relação aos recursos destinados à assistência farmacêutica, pois, na atualidade, podemos constatar grandes problemas de acesso aos medicamentos. Sendo assim, podemos presumir que, se não houver um planejamento adequado, com conhecimento sobre o perfil farmacoepidemiológico dessa faixa etária, as dificuldades tendem a aumentar e o acesso e uso racional dos medicamentos

que são objetivos primordiais da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) podem ficar comprometidos (BALDONI; PEREIRA, 2010).

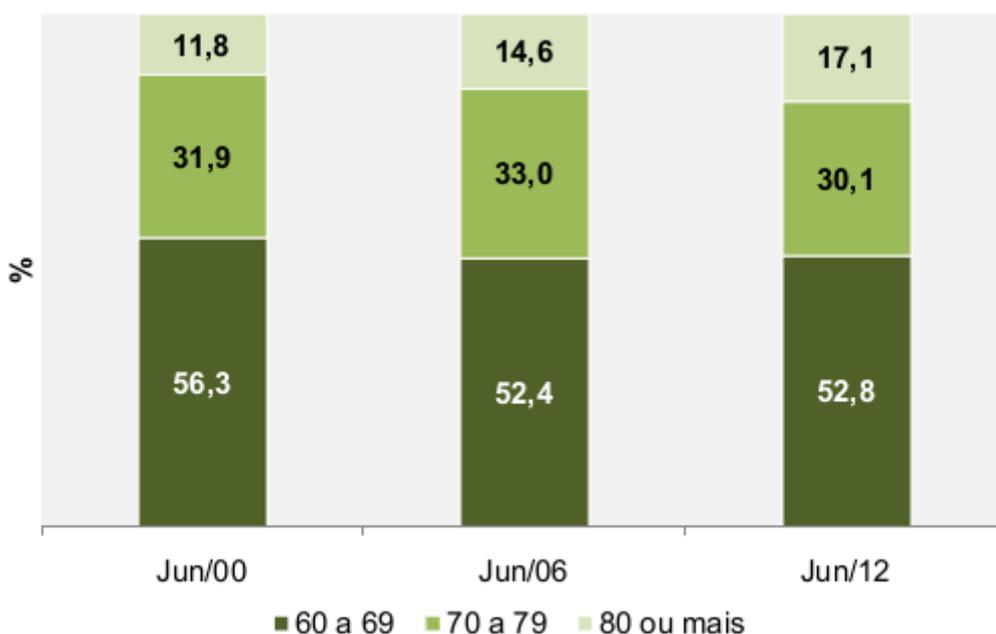
Em trabalhos farmacoepidemiológicos realizados com formulários na forma de entrevista com os pacientes idosos foram detectados muitos problemas relacionados à farmacoterapia, tais como alta prevalência de automedicação, interações medicamentosas, uso de medicamentos inapropriados, polifarmácia e falta de medicamentos padronizados e seguros disponíveis no sistema público de saúde (PEREIRA *et al.*, 2004; BALDONI; PEREIRA, 2010). Outra questão é a alta prevalência de problemas relacionados ao uso dos medicamentos, dentre eles destaca-se o uso de fármacos considerados inapropriados para idosos (BALDONI; PEREIRA, 2011).

Ao mesmo tempo em que a transição demográfica provoca um aumento bastante significativo nas despesas com tratamentos médicos e hospitalares, também impõe desafios para o governo e para a iniciativa privada, traduzidos na emergência da necessidade de novos paradigmas e métodos de planejamento, de gerência e de prestação de cuidados (UCHÔA, 2003).

Na região sudeste do Brasil, há trabalhos que demonstram a necessidade de uma reestruturação do sistema público de saúde, por exemplo, o tempo de atendimento durante uma consulta médica e durante a dispensação dos medicamentos são insuficientes para uma efetiva orientação ao paciente (SANTOS; NITRINI, 2004). Além disso, a baixa porcentagem de pacientes idosos que recebem orientação dos profissionais de saúde sobre o uso correto dos medicamentos (BALDONI; PEREIRA, 2010) alia-se ao fato de que o Brasil também registra baixo número de profissionais médicos geriatras por habitantes idosos (SBGG, 2010).

O envelhecimento dos brasileiros também deve afetar o setor de saúde suplementar, que atende a aproximadamente 25% da população. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (ANS, 2012), as despesas assistenciais dos planos de saúde cresceram, em termos reais, 106,5% entre 2001 e 2011, o que pode estar relacionado, entre outros fatores, ao maior crescimento, nesse período, do grupo de beneficiários com 59 anos ou mais (60,7%) em relação à totalidade da população coberta (55,4%). O setor de saúde suplementar tende a sentir os efeitos do envelhecimento de forma mais rápida, pois a estrutura etária dos beneficiários de planos de saúde já é mais envelhecida que a da população como um todo. Em 2010, a população brasileira contabilizava 10,8% de pessoas com 60 anos ou mais, enquanto entre os beneficiários esse contingente populacional era de 11,1% (IESS, 2013). Destaca-se que o envelhecimento ocorre dentro da própria faixa etária de beneficiários maiores de 60 anos, como se observa na figura 7.

FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE IDOSOS EM 3 FAIXAS ETÁRIAS SELECIONADAS, BRASIL, 2000, 2006 E 2012

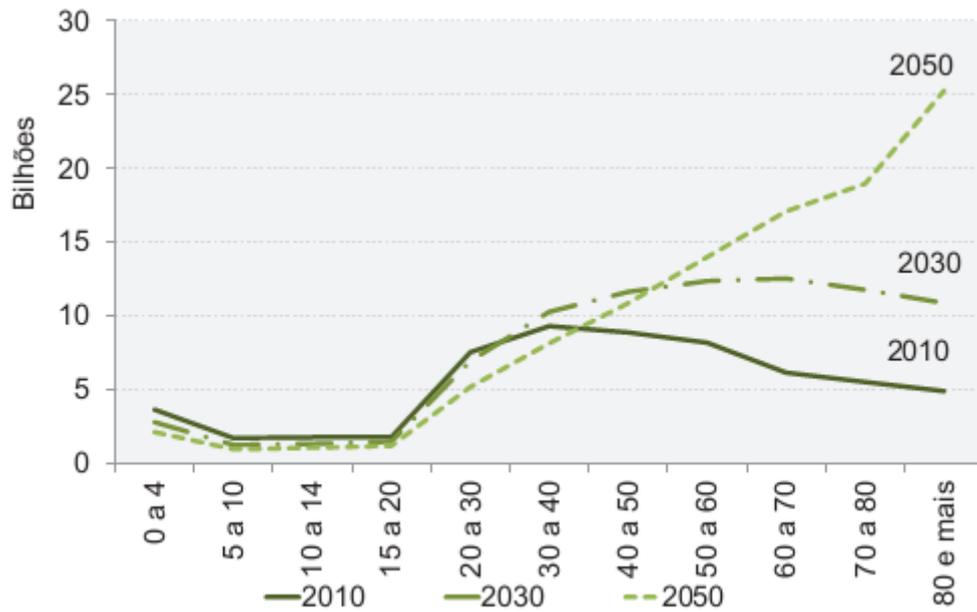


Fonte: ANS, TabNet, 2012.

No caso da saúde suplementar, a transição demográfica aumentará a proporção dos beneficiários de planos de saúde que mais demandam seus serviços. A preocupação se concentra principalmente nos planos individuais. Em projeção de 2010 a 2030, para planos individuais de uma operadora, foi estimado que o processo de envelhecimento levará a prejuízos que aumentam exponencialmente ao longo do período projetado para as carteiras analisadas (MATA, 2011).

Em relação ao efeito demográfico do envelhecimento dos beneficiários sobre os planos de saúde, observa-se que, para todos os itens de despesa, a curva de gasto por faixa etária desloca-se para direita e para cima entre 2010 e 2050, indicando o aumento de custo das faixas etárias mais idosas (figura 8). Isso se deve ao crescimento do número de beneficiários de planos de saúde nessas faixas etárias. Por exemplo, o número de beneficiários com 60 anos ou mais crescerá 2,4 vezes entre 2010 e 2050, enquanto o número de beneficiários entre 0 a 14 anos cairá 43% (IESS, 2013).

FIGURA 8 – DISTRIBUIÇÃO DO GASTO ASSISTENCIAL TOTAL POR FAIXA ETÁRIA. 2010, 2030 E 2050



Fonte: IESS, 2013.

De acordo com a figura 9, observa-se que o gasto assistencial total do setor de saúde suplementar sai de um patamar de R\$ 59,2 bilhões, em 2010, e atinge R\$ 83,1 bilhões, em 2030, e R\$ 104,7 bilhões em 2050 (IESS, 2013).

FIGURA 9 – GASTO ASSISTENCIAL TOTAL, 2010 A 2050



Fonte: IESS, 2013.

Apesar disso, há outros fatores que poderão contribuir para o equilíbrio dos planos em níveis sustentáveis. Um desses fatores é o crescimento da renda da população, já que, segundo estudos, a renda é um dos fatores mais importantes para explicar as diferenças nos gastos per capita com saúde entre países. Isso porque, quando os países crescem economicamente, a população devota mais valor à saúde e se dispõe a gastar mais com esse bem, o que contribui para aumentar os gastos (CAWLEY; RUHM, 2011). Logo, o crescimento da renda da população pode aumentar a demanda por planos de saúde, dando maior peso para a saúde suplementar. A mudança na estrutura etária dos beneficiários de planos de saúde demandará uma mudança gradual do modelo assistencial, em que o perfil etário seja levado em consideração para um atendimento mais eficiente dos beneficiários (IESS, 2013).

Atualmente, as operadoras de planos de saúde já adotam programas de promoção da saúde e estímulo ao envelhecimento ativo. Esses esforços deverão continuar no futuro, quando a proporção de idosos será muito superior à atual. Levando em consideração essa nova população demandante de planos de saúde, novos produtos também podem estimular uma assistência mais adequada a esse grupo etário, como, por exemplo, a implementação de novos tipos de produtos, como o plano de poupança, para complementação da mensalidade do plano de saúde a partir dos 59 anos de idade, e planos de franquia alta com “Health savings

accounts”. Além disso, a incorporação de novas tecnologias com base em custo-efetividade poderá contribuir para um crescimento controlado dos gastos assistenciais (IESS, 2013).

No caso da saúde suplementar, uma limitação da projeção é considerar o estado de saúde dos beneficiários em 2010, mantendo-o constante no restante do período projetado. No entanto, graças à evolução da assistência médico-hospitalar e aos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças na saúde suplementar, os jovens de hoje têm maior probabilidade de apresentar melhor estado de saúde quando idosos do que os idosos atuais. Esse efeito seria um atenuante no crescimento dos custos da saúde. Logo, é necessário considerar a tendência da prevalência de doenças na população e sua relação com a utilização de serviços de saúde, uma agenda de pesquisa importante na área (IESS, 2013).

Neste contexto, estudos sobre recursos orçamentários da saúde no futuro se tornam necessários como forma de verificar a possibilidade de aumentar a receita para a saúde diante da necessidade da população e de averiguar como os gastos com nessa área são traduzidos em melhoria nos indicadores de saúde para a população (IESS, 2013).

4.6 AS PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Os fatos e as evidências apontam urgência de mudanças no cuidado à população idosa. Os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo. Assim, tornam-se necessários novos métodos de planejamento e gerência, pois a prestação dos cuidados reclama estruturas criativas e inovadoras, com propostas de ações diferenciadas, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Dessa forma, a organização do sistema para uma eficiente atenção à população idosa afigura-se como um dos principais desafios que o setor saúde tem que enfrentar, o mais rápido possível (VERAS, 2009).

O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Por outro lado, condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência – senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2006a). Além disso, estudos recentes (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; VERAS *et al.*, 2007) têm mostrado que doenças crônicas, bem como suas

incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual (VERAS, 2009).

Quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida, assume importância basilar o conceito de capacidade funcional, isto é, a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. Esse idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia – deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2009). O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver a vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita (BRASIL, 2006a).

É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. A independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa. O cuidado à pessoa idosa deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família (BRASIL, 2006a).

Assim, os sistemas sanitários dos países precisam focar sua atenção nos cuidados primários de saúde da comunidade, preocupando-se com a prevenção desses problemas crônicos. A OMS define as bases para um envelhecimento saudável, destacando a equidade no acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento continuado de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (OMS, 2006). Capacidade funcional, autonomia, participação, cuidado, autossatisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos (VERAS, 2007).

No Brasil, os esforços ainda são pontuais e desarticulados. Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2003), que objetiva, no âmbito do SUS, garantir atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseada no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional (BRASIL, 2006b). Porém, o efeito prático ainda não foi observado. O peso assistencial ainda é preponderante e o notável grau de desarticulação dentro do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica baseada em uma avaliação capaz de abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso (VERAS; CALDAS, 2004).

Além disso, a OMS recomenda que políticas de saúde na área do envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (OMS, 2005).

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são bons exemplos das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. Constituem diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b).

Portanto, todas as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo pelo maior tempo possível, valorizar a autonomia e a independência, excedendo um simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas (LOURENÇO *et al.*, 2005). A dependência, física ou mental, é um fator de risco importante para mortalidade, mais até do

que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem toda pessoa doente se torna dependente. Assim, devem ser estabelecidas novas prioridades e ações de saúde que deverão nortear as políticas de saúde contemporâneas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Embora os principais conceitos de prevenção da saúde já estejam assimilados pelos profissionais da área, percebe-se muita dificuldade na operacionalização, particularmente quando nos concentramos no grupo etário dos idosos. Apesar da presença do discurso da prevenção, a maioria dos serviços são curativos e tradicionais e argumentam ser difícil mensurar a efetividade para tais programas do ponto de vista financeiro (VERAS, 2009).

Um dos “gargalos” do modelo assistencial é a insuficiente identificação e a precária captação da clientela, que deveriam seguir o critério da severidade. A falta de um sistema estruturado faz com que, em geral, o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado de uma patologia, o que aumenta os custos e reduz as possibilidades de um prognóstico melhor (VERAS; CALDAS, 2004).

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como dos fatores associados a essas condições, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, que devem ter como objetivo: interferir favoravelmente na história natural da doença; antecipar o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos (VERAS, 2009).

Outra questão relevante é que por apresentarem múltiplos problemas coexistentes, os idosos frequentemente procuram inúmeros especialistas, sobrecarregando o sistema de saúde. Além de aumentar o custo da assistência, essa atitude não garante uma intervenção custo-efetiva, pois podem ocorrer iatrogenias importantes. Para evitar o excesso de consultas desnecessárias nos serviços de saúde é preciso, portanto, organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias. A abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, com o hábito de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico, certamente não se aplica aos idosos e suas múltiplas doenças crônicas (VERAS, 2009).

Portanto, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos. Deste modo, deve existir no modelo, para o momento posterior à captação e identificação de risco dos clientes idosos, uma etapa na qual estejam incluídas a possibilidade de tratamento de patologias não geriátricas e o

referenciamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Políticas de promoção e prevenção de saúde têm provado efetividade em todo o mundo. Estudos internacionais mais recentes confirmam estas tendências e apontam uma redução na disfuncionalidade entre os idosos (SCHOENI *et al.*, 2005). Um exemplo emblemático das práticas no setor privado de saúde pode ser observado no Reino Unido. Os clientes de uma das maiores seguradoras recebem benefícios financeiros para deixar seus carros parados, caminhar e usar o podômetro com monitor cardíaco. Também obtêm descontos na compra de frutas e legumes em um supermercado associado à empresa de saúde, e há incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias. Todos esses fatores positivos podem levar à redução de até cinco vezes no valor da apólice de saúde. Esta experiência inglesa não chegou ao Brasil e não se sabe se teria efeito positivo e aceitação da sociedade. De qualquer forma, a mensagem é de que os planos de saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços médicos e inflacionam os valores pagos por quem está com sua capacidade funcional preservada e em boa forma. Por muitos anos, o setor saúde no Brasil teve dificuldades de aceitar estímulos financeiros objetivando um maior cuidado com a saúde como, aliás, é prática corriqueira entre outros setores privados, como por exemplo entre as empresas seguradoras de carro (VERAS, 2009).

A experiência em países da União Europeia indica que a mudança epidemiológica decorrente da transição demográfica torna muito importante a boa coordenação entre os serviços de saúde e os sociais, principalmente entre os diferentes níveis de serviços de saúde. Em vários países, o envelhecimento populacional vem sendo acompanhado pelo surgimento de novas formas de tratamento que melhor se ajustem ao perfil da população idosa, de forma a evitar internações desnecessárias e, conseqüentemente, elevação nos gastos (RECHEL *et al.*, 2009).

A diminuição da internação como principal opção de tratamento para pessoas com 65 anos ou mais é uma tendência verificada em países em processo avançado de envelhecimento da população. Em Portugal, por exemplo, nos últimos dez anos, o governo tem investido em prestação de serviços de saúde para idosos em domicílio ou em pequenas unidades de internação menos onerosas do que um hospital. A iniciativa privada também tem adotado medidas para diminuir as internações de idosos, como a inclusão de serviços de hospital-dia e assistência domiciliar aos idosos em hospitais na cidade do Porto (FERNANDES, 2005).

No Brasil, os custos financeiros e sociais elevados e a baixa eficiência e efetividade dos cuidados institucionais (regime de internação), desde a implantação do Estatuto do Idoso

(BRASIL, 2003), levaram a iniciativas governamentais de programas de amparos ao idoso realizados em seus lares. Entre esses programas, estão os cuidados em ambiente domiciliar, em ambiente comunitário (casas-lar, centros comunitários) e em ambiente integral institucional (instituições de longa permanência para idosos). A criação e implantação de modelos alternativos permite que os hospitais cuidem principalmente de ferimentos mais graves e doenças que exigem tratamentos complexos (IESS, 2013).

Vale ponderar que os custos iniciais de tratamento não institucionalizados (sem internação em hospitais) são altos, pois exigem muitos recursos. No entanto, quando os resultados são medidos no longo prazo, os benefícios tendem a superar os custos iniciais. Nos Estados Unidos, um estudo realizado entre 1995 e 2005 considerou separadamente os gastos per capita com tratamento via internação e com tratamento não institucionalizado, por estado. Os autores concluíram que os estados com maiores gastos relativos com tratamentos de longo prazo sem institucionalização reduziram seus gastos institucionais e o ritmo de crescimento do gasto total com assistência à saúde (KAYE; LAPLANTE; HARRINGTON, 2009).

No Brasil, a atenção domiciliar está prevista no SUS desde a Lei 10.424, de 15 de abril de 2002 (BRASIL, 2002). No entanto, somente em 2011, pela Portaria nº 2.029 (BRASIL, 2011b), foi instituído o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar, destinado a idosos e pacientes com necessidades de reabilitação motora e doenças crônicas. Seu objetivo é reduzir a demanda por atendimento hospitalar e o período de permanência de pacientes internados, além de propiciar a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Apesar disso, a atenção domiciliar no país tem sido feita de forma fragmentada e não se têm notícias de estudos específicos que avaliem a relação de custo-efetividade das internações domiciliares comparativamente àquelas realizadas em hospitais (IESS, 2013).

Enfatiza-se também que uma agenda de pesquisa na área de cuidado hospitalar deve buscar encontrar a infraestrutura hospitalar ótima para absorver essa mudança populacional, considerando a necessidade de leitos de acordo com a complexidade dos problemas de saúde e os grupos etários que prevalecerão nas próximas décadas (IESS, 2013).

5 CONCLUSÃO

O aumento do número de idosos e a maior utilização dos serviços de saúde, consequência do maior tempo de vida e das múltiplas doenças crônicas características da população idosa, aliados à desarticulação dos serviços de diferentes níveis de assistência (primário, secundário e terciário) e à escassez de recursos financeiros destinados ao setor, configuram-se como os grandes desafios para o sistema de saúde brasileiro.

A nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa e reclama estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas a fim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. Sabe-se que esse viver mais é importante na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida.

Para o enfrentamento do envelhecimento populacional de forma estruturada, faz-se necessária a atuação efetiva da sociedade, dos profissionais de diversas áreas do conhecimento, bem como dos gestores e governantes, trabalhando na formulação, implantação e, principalmente, na implementação de políticas públicas voltadas para o pleno atendimento ao idoso. É fundamental que o sistema de saúde se reorganize para atender com qualidade e resolutividade a demanda crescente proveniente da população idosa. Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças devem estar aliadas à otimização dos leitos hospitalares e a novas alternativas menos dispendiosas de tratamento, como a atenção domiciliar. É fundamental que as ações de todos os níveis de assistência estejam integradas e que o setor saúde trabalhe intersetorialmente com outras áreas, como educação e assistência social, para que ocorra a melhora das condições de vida e de saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

- ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar. TABNET. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_BR.DEF>. Acesso em: 15/09/13.
- ASTOLFI, R.; LORENZONI, L.; ODERKIRK, J. A. **Comparative Analysis of Health Forecasting Methods**. Paris: OECD Publishing, 2012.
- BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. **Estudos de utilização de medicamentos em idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde**. Dissertação – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- BALDONI, A. O.; PEREIRA, L. R. L. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a ótica da farmacoepidemiologia: uma revisão narrativa. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v. 32, n. 3, p. 313-321, 2011.
- BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**. Washington DC: Banco Mundial, 2011.
- BLOOM, D. 7 Billion and counting. **Science**, v. 333, p. 562-569, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1998.
- BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. **Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2002.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006b.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Orçamento federal ao alcance de todos**. Brasília: Secretaria de Orçamento Federal, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. **Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2011b.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, J. A. M., WONG, L. I. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 597-605, 2008.

CAWLEY, J.; RUHM, C. The economics of risky health behaviors. In: PAULY, M. V.; McGUIRE, T. G.; BARROS, P. P. **Handbook of Health Economics**. North Holland: Elsevier, 2011. v. 2. p. 95-199.

CHAIMOWICZ, F. A. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHERNEW, M. E.; NEWHOUSE, J. P. Health Care Spending Growth. In: PAULY, M. V.; McGUIRE, T. G.; BARROS, P. P. **Handbook of Health Economics**. North Holland: Elsevier, 2011. v. 2. p. 1-43.

COSTA, C. K. F. *et al.* Envelhecimento populacional e a necessidade de reforma da saúde pública e da previdência social brasileiras. **A Economia em Revista**, v. 19, n. 2, p. 121-131, 2011.

DANG, T.; ANTOLIN, P.; OXLEY, H. **Fiscal Implications of Ageing: projections of age-related spending**. Paris: OCDE Publishing, 2001.

DATASUS. Departamento de informática do SUS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**, 2008. Rio de Janeiro: Fiocruz/MS/IBGE; 2010a.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábuas completas de mortalidade. 2010b. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/piramide/piramide.shtm

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contas Nacionais: Conta-Satélite de Saúde 2007-2009**. Rio de Janeiro, 2012.

IESS, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. São Paulo: IESS, 2013.

FERNANDES, A. A. Envelhecimento e saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, 2005.

JACOBZONE, S.; OXLEY, H. **Ageing and Health Care Costs**. Internationale Politik und Gesellschaft Online, 2002.

JONES, A. M. Health Econometrics. In: CULYER, A.; NEWHOUSE, J.P. **Handbook of Health Economics**. North Holland: Elsevier, 2000.

JORM, A. F., JOLLEY, D. The incidence of dementia: a meta-analysis. **Neurology**, v. 51, n. 3, p. 728-733, 1998.

KAYE, H. S.; LAPLANTE, M. P.; HARRINGTON, C. Do noninstitutional long-term care services reduce Medicaid spending? **Health Aff**, v. 28, n.1, p. 262-272, 2009.

LEE, R. The Demographic transition: three centuries of fundamental change. **Journal of Economic Perspectives**, v. 17, n. 4, p. 167–190, 2003.

LIMA-COSTA, M. F., VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LOURENÇO, R. A. *et al.* Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 311-308, 2005.

LUBITZ, J. *et al.* Health, life expectancy, and health care spending among the elderly. **N Engl J Med**, v. 349, n. 11, p. 1048-1055, 2003.

MALTA, D. C. **Panorama atual das doenças crônicas no Brasil**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, 2011.

MATA, B. R. R. **Impacto financeiro de 2010 a 2030 do envelhecimento dos beneficiários em operadoras de plano de saúde de Minas Gerais: um estudo de caso**. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MILLER, T. Increasing longevity and Medicare expenditures. **Demography**, v. 38, n. 2, 2001.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Cien Saude Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Queda em Idosos: SUS gasta quase R\$ 81 milhões com fraturas em idosos em 2009. 2009. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigitel Brasil 2011**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, supl. 1, p. S4-S6, 2008.

OLSHANSKY, S. J.; CARNES, B. A.; CASSEL, C. K. The aging of the human species. **Scientific American**, v. 268, n. 4, p. 18-24, 1993.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. Geneva: WHO, 1984.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Healthy ageing profiles. Guidance for producing local health profiles of older people: report of OMS consultation, 29 September 2006. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/E91887.pdf>>.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **World Health Report 2010**. Suíça: World Health Organization, 2010.

OMS. **Dementia**: a public health priority. Geneva: World Health Organization, 2012.

ONU, Organização das Nações Unidas. **World Population Prospects**: the 2010 revision. New York: United Nations, 2011.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-391, 2005.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Cien Saude Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006.

PEREIRA, L. R. L. *et al.* Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 479-481, 2004.

RAMOS, L. R.; VERAS, R.; KALACHE, A. A populational aging: a Brazilian reality. **Rev Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.

RAMOS, M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. **Rev Saúde Pública**, v. 41, p. 616-624, 2007.

RECHEL, B. *et al.* How can health systems respond to population ageing? **Health Systems and Policy Analysis**, n. 10, 2009.

SANTOS, V., NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 819-826, 2004.

SBGG, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em https://www.sbgg.org.br/noticias_ls.aspx?pO=46&pM=46

SCAZUFCA, M. *et al.* Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 773-778, 2002.

SCHOENI, R. F. *et al.* Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. **Am J Public Health**, v. 95, n. 11, p. 2065-2070, 2005.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad Saúde Pública**, v. 19, p. 849-853, 2003.

VERAS, R. *et al.* **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: Unati, 2001.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Cien Saude Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 423-432, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R. P. *et al.* Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos dependentes. **Rev Bras Geriat Gerontol**, v. 10, n. 3, p. 355-370, 2007.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. C. A. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WEINBERGER, M. B. Population aging: a global overview. In: ROBINSON, M. *et al.* **Global health and global aging**. San Francisco: Jossey-Bass Books, 2007. Cap. 2, p. 15-30.