

CADERNOS PARA O FUTURO

2

O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas de saúde e educação



O envelhecimento da população
gaúcha e as consequências e
desafios para as políticas públicas
de saúde e educação

Cadernos para o Futuro - 2

Porto Alegre, dezembro de 2016



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Governador: José Ivo Sartori

Vice-Governador: José Paulo Dornelles Cairoli

SECRETARIA DO PLANEJAMENTO, MOBILIDADE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Secretário: José Reovaldo Oltramari

Chefe de Gabinete: Mário Rache Freitas

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO GOVERNAMENTAL

Diretor: Antonio Paulo Cargnin

Diretora Adjunta: Carla Giane Soares da Cunha

Organizadores: Antonio Paulo Cargnin (coordenador), Carla Giane Soares da Cunha, Juliana Feliciati Hoffmann

Ficha técnica deste volume: Aida Dresseno da Silveira, Ana Maria de Aveline Bertê, Bruno de Oliveira Lemos, Fernando Maya Mattoso, Irma Carina Brum Macolmes, Katuscia Ramos de Freitas, Lauren Lewis Xerxenevsky, Luciana Dal Forno Gianluppi, Marlise Margô Henrich, Milton Limberger, Paulo Victor Marocco Milanez, Rosanne Lipp João Heidrich, Silvia Leticia Lorenzetti, Suzana Beatriz de Oliveira

Colaboração: FEE - Pedro Tonon Zuanazzi

Revisão: Marlise Margô Henrich

Assessoria de Comunicação: Fabíola Bach

Capa: Priscila Barbosa Ely

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação:

Futuro RS: agenda de desenvolvimento: O envelhecimento da população gaúcha e as conseqüências e desafios para as políticas públicas de saúde e educação: cadernos para o futuro 2 / Departamento de Planejamento Governamental - RS. – N. 2. Porto Alegre: Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional, 2016.

96 p.: il.

ISBN impresso 978-85-89443-03-6

ISBN online 978-85-89443-04-6

1. Ciência Política. 2. Planejamento governamental. I. Rio Grande do Sul. Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional. Departamento de Planejamento Governamental. II. Título. III. Série.

CDU 320

Apresentação.....	4
1 Introdução.....	6
2 Sumário Executivo.....	8
Contexto: O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas: saúde e educação.....	8
Propostas para uma agenda de desenvolvimento.....	13
Propostas e desafios para as políticas públicas de saúde.....	13
Propostas e desafios para as políticas públicas de educação.....	16
3 Textos para discussão.....	19
Uma análise sobre as componentes demográficas do RS: por que somos o Estado mais envelhecido do País? - <i>Pedro Tonon Zuanazzi</i>	19
O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas de saúde - <i>Laura L. Rodriguez Wong e Mirela C. S. Camargos</i>	34
O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas de educação - <i>José Irineu Rangel Rigotti</i>	75

Pensar o futuro é mais que sonhar, é buscar um caminho. As dificuldades que enfrentamos em nosso cotidiano não podem significar a perda da conexão com o futuro, com um projeto para o desenvolvimento do Estado. Este é o propósito que move o Governo do Estado do Rio Grande do Sul ao lançar o projeto **Futuro RS**.

O **Futuro RS** tem como objetivo apresentar uma agenda de desenvolvimento propositiva, para o horizonte de 2040, tratando de construir soluções para temas estratégicos para o desenvolvimento do Estado.

Nas últimas décadas, os governos têm tratado de conhecer melhor o Estado e identificar os gargalos e as oportunidades que se constituíam em obstáculo para o desenvolvimento. Ao longo de anos, sempre com a melhor das intenções e com diferentes enfoques, os governos têm se preocupado em propor uma agenda de desenvolvimento. Foram realizados estudos com amplos diagnósticos e diretrizes. A análise desses trabalhos nos mostra que os problemas pouco mudaram. Conhecemos bem nossas dificuldades, mas temos que ter ousadia para propor soluções para seu equacionamento. Temos que empreender esforços no sentido de buscar novas soluções ou qualificar as propostas já delineadas. Esse é o sentido do **Futuro RS**.

O projeto propõe um conjunto de debates sobre temas estratégicos, com o objetivo de encontrar soluções e elaborar propostas, para que possamos ter uma direção certa para o futuro. Serão realizados nove seminários sobre temas estratégicos, identificados com base no acúmulo de mais de 20 anos de estudos já realizados. Os seminários reunirão especialistas, instituições e entidades dispostas a colaborar com cada uma das temáticas.

Os encontros deverão debater os seguintes temas:

* O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas: saúde e educação.

* Alternativas para o aumento da produtividade da agropecuária.

* Desafios e alternativas para a superação dos gargalos de infraestrutura no Estado.

* Alternativas para o desenvolvimento do Estado a partir da dinamização da indústria de transformação.

* Alternativas para o desenvolvimento regional e equilíbrio territorial.

* O futuro das cidades e a sustentabilidade.

* Limites e possibilidades da inteligência e do uso de tecnologias para qualificação da segurança do Estado.

* Alternativas para as finanças públicas do Estado.

Os resultados, depois de consolidados, serão publicados nos **Cadernos para o Futuro**, contendo propostas para o desenvolvimento do Estado em cada uma das temáticas. As propostas, depois de submetidas ao debate com a sociedade e com as instâncias de Governo, serão implementadas.

Esperamos, com o **Futuro RS**, além de contribuir para a construção de uma agenda de desenvolvimento para o Estado do Rio Grande do Sul, criar as condições para realizar mudanças que nos auxiliem a sair da crise em que vivemos e nos conduzam a um caminho seguro pelo qual possamos trilhar as próximas décadas.

José Ivo Sartori

Governador do Estado do Rio Grande do Sul

José Reovaldo Oltramari

Secretário do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional

1 INTRODUÇÃO

O projeto **Futuro RS** busca apresentar uma agenda de desenvolvimento propositiva para temas estratégicos para o desenvolvimento do Estado. O objetivo central é avançar na construção de propostas para sua solução, no horizonte de 2040.

A primeira temática escolhida foi o **envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas: saúde e educação**. Desse modo, o **Caderno para o Futuro 2** traz os resultados da primeira oficina realizada no Auditório da Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional (SEPLAN), no dia 04 de novembro de 2016.

O evento reuniu 64 gestores, pesquisadores e técnicos de universidades, da Fundação de Economia e Estatística (FEE), da Secretaria Estadual da Educação (SEDUC), da Secretaria Estadual da Saúde (SES) e da SEPLAN. A oficina foi organizada em duas mesas, sendo que, no turno da manhã, foi discutida a temática da saúde e, na tarde, a educação.

Para apresentar o tema da saúde, foram convidadas a Pesquisadora do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), **Ana Amélia Camarano**, e a pesquisadora do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (CEDEPLAR/UFMG), **Laura Rodrigues Wong**. As referidas pesquisadoras possuem ampla experiência na temática com várias obras publicadas. O tema da educação foi apresentado pelo pesquisador do CEDEPLAR/UFMG, **José Irineu Rigotti**. A oficina foi mediada por **Pedro Tonon Zuanazzi**, pesquisador da FEE. As apresentações foram sucedidas de um amplo e caloroso debate.

O **Caderno para o Futuro 2** apresenta inicialmente um **Sumário Executivo**, com a **síntese da discussão** e com as **propostas** extraídas da oficina. A seguir são publicados os **textos resultantes das falas dos palestrantes e do debatedor**.

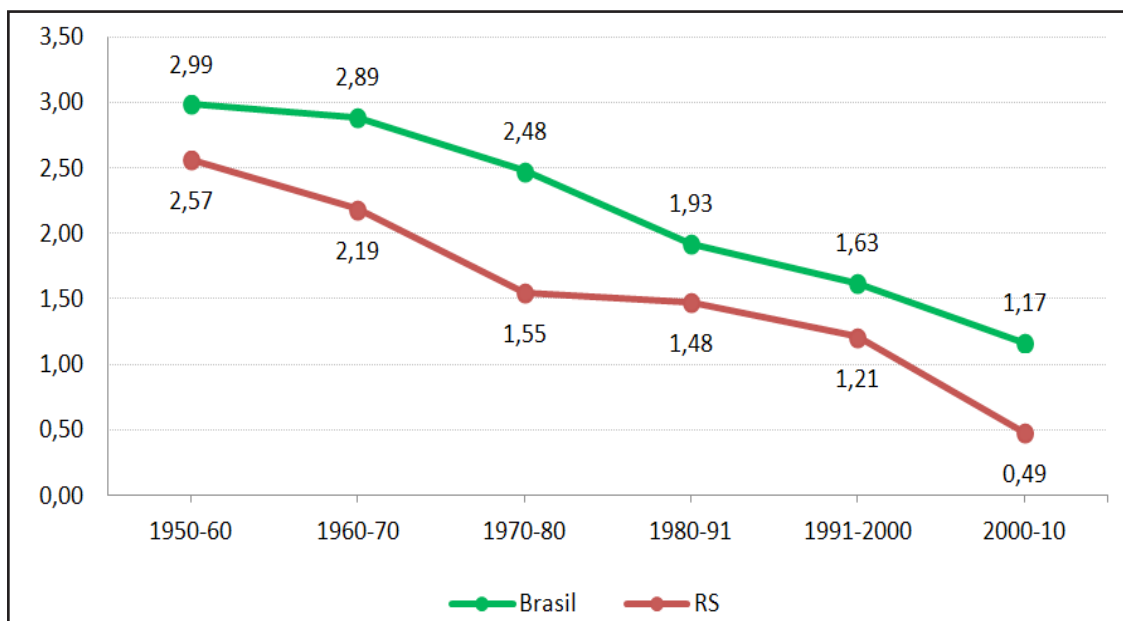
As propostas aqui delineadas devem ser aprofundadas, validadas e implementadas para que os problemas relacionados ao envelhecimento da população gaúcha possam ser antecipados e transformados em oportunidades para o desenvolvimento. O que se busca, acima de tudo, é preparar nossa estrutura e as políticas públicas para prestarmos melhores serviços à população gaúcha.

Contexto: O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas: saúde e educação

Os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo Censo 2010, revelaram algumas tendências demográficas para o Rio Grande do Sul que já haviam sido detectadas nos últimos censos e pesquisas. Essa observação, aliada às projeções recentes elaboradas pela Fundação de Economia e Estatística (FEE), confere importantes consequências para o planejamento. Entre essas tendências podemos destacar o aumento das taxas da população urbana e a redução da taxa de crescimento populacional, que tende a ocasionar uma diminuição da população jovem e um aumento da população nas faixas etárias mais avançadas.

A população do Rio Grande do Sul atingiu a marca de 10,7 milhões em 2010, representando 5,6% da população brasileira, com tendência de queda nessa participação. Após um elevado crescimento populacional na década de 50, o ritmo passou a ser cada vez menor, chegando aos anos 80 com uma taxa de crescimento médio anual em torno de 1,5% a.a. Nos anos 90, esses valores foram reduzidos para 1,4% e, no ano 2000, atingiram 1,2%. Os dados do último Censo apontaram para uma queda ainda maior no ritmo desse crescimento, chegando a uma taxa de 0,49% a.a., colocando o Rio Grande do Sul como o Estado brasileiro cuja população teve o menor crescimento na década, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Taxa geométrica de crescimento anual, Brasil e Rio Grande do Sul – 1980-2010



Fonte: IBGE

O fator preponderante nesse processo é a diminuição da taxa de fecundidade apresentada pelo Estado. A média de filhos por mulher para 2010 estava em 1,8, valor que já se encontra abaixo da taxa de reposição populacional¹, que é de 2 filhos.

O declínio da taxa de fecundidade, assim como da mortalidade, e o aumento da expectativa de vida² afetam diretamente a estrutura etária da população. No caso da expectativa de vida, o Rio Grande do Sul, desde muitos anos, se diferencia entre os estados brasileiros, com uma das maiores expectativas de vida do País. A análise do período 1970-2010 indica que houve um acréscimo de mais de oito anos na expectativa de vida do gaúcho, passando de 67,8 para 75,9 anos nas últimas três décadas, como pode ser observado na Figura 2.

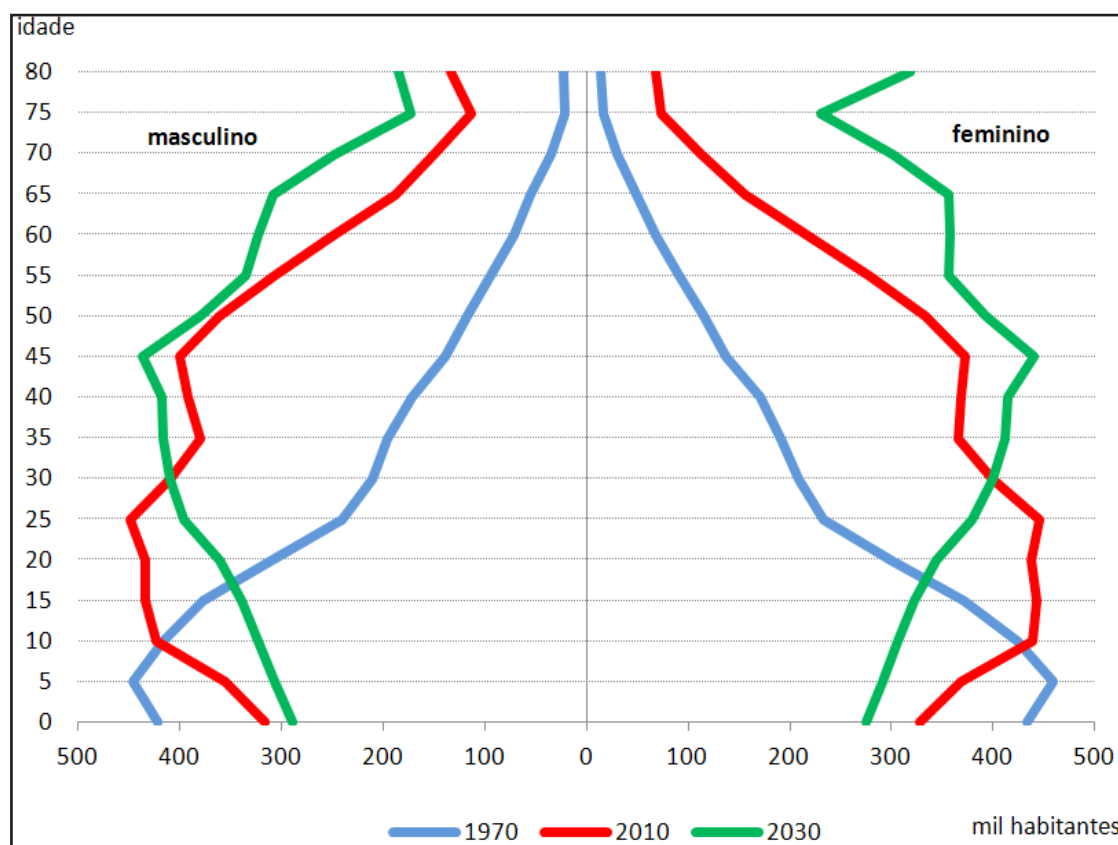
A estrutura por gênero de uma população é analisada através da razão de sexo, isto é, número de homens para cada cem mulheres. No Rio Grande do Sul esse indicador tem apresentado uma tendência de queda ao longo das últimas décadas. Em 1980, havia 98,2 homens para cada cem mulheres. Para os anos de 2010 e 2011, esse valor passou para 94,8, o que representa uma diferença de 280 mil habitantes em favor do sexo feminino. Do nascimento até

¹Taxa de reposição populacional é o número médio de filhos que as mulheres entre 15 a 49 anos de idade precisam ter para que a população permaneça constante.

²Expectativa de vida ou esperança de vida ao nascer é o número médio de anos que um grupo de indivíduos nascidos no mesmo ano pode esperar viver, se mantidas, desde o seu nascimento, as taxas de mortalidade observadas no ano de observação.

a juventude há um número maior de homens, mas, a partir dos 25 anos até as idades mais avançadas, as mulheres são maioria. Atualmente, há 64,4 homens para cada 100 mulheres na faixa etária de 70 anos ou mais.

Figura 2 – Distribuição da população por faixa etária e gênero, RS - 1970, 2010 e 2030



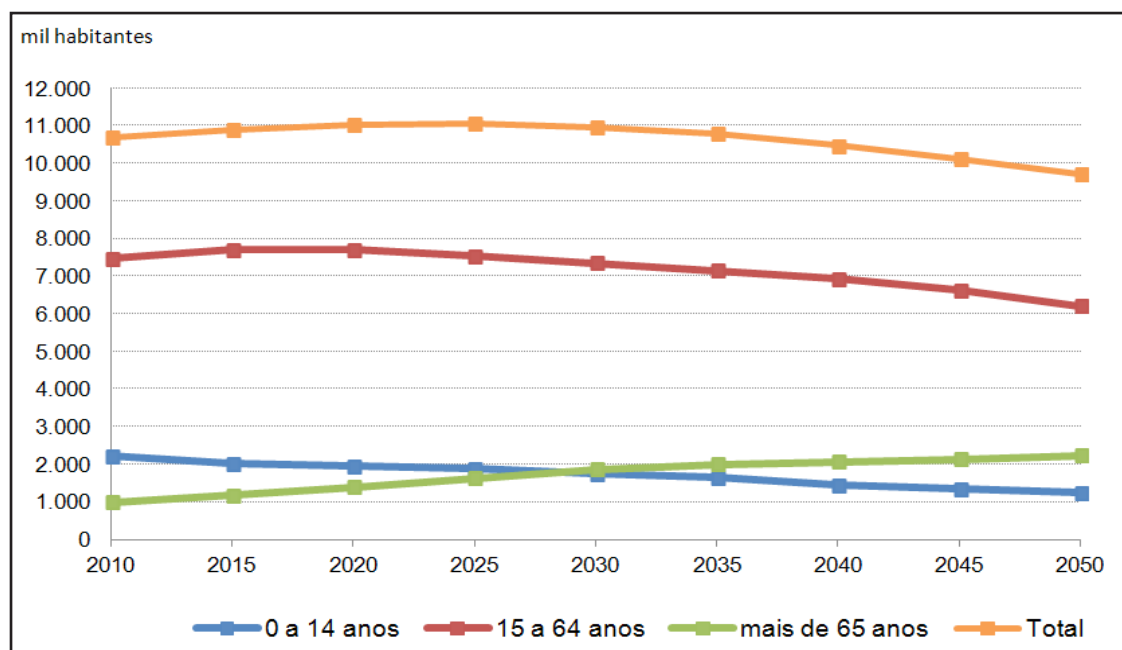
Fonte: FEE

A taxa de urbanização gaúcha, representada pela proporção da população que reside em área urbana, teve um crescimento marcante nas últimas cinco décadas. A população urbana, de 67,5% em 1980, passou para 76,6% em 1991, chegando a 81,6% em 2000 e a 85,1% em 2010. Considerando que, em 1940, menos de um terço da população vivia nas zonas urbanas do Estado, observa-se um aumento significativo em apenas 50 anos. Entre os anos de 1960 e 1970 as participações entre a população urbana e rural iniciaram um processo de inversão, para a qual contribuiu o intenso processo de modernização da agricultura que ganhou força nos anos 1960, juntamente com o processo de repartição da pequena propriedade, expulsando um significativo número de agricultores, principalmente do Norte do Estado, em direção às regiões industriais e às novas fronteiras agrícolas do país. O contingente populacional rural, entre 2000 e 2010, reduziu-se em 276 mil habitantes, sendo que a média anual de crescimento da população rural foi de -1,59%.

Além disso, as projeções demográficas indicam que o Rio Grande do Sul atingirá um contingente máximo de 11 milhões de habitantes em 2025 e, a partir de então, passará por uma redução gradual de sua população absoluta, totalizando 9,7 milhões no ano de 2050. O Rio Grande do Sul deverá ser um dos primeiros estados brasileiros a atingir taxa de crescimento negativa, iniciando um processo gradual de estabilização e redução de sua população, como indica a Figura 4.

Há uma grande disparidade quando essa projeção é analisada por faixa etária. O contingente da população entre 0 e 14 anos, que já mostrou redução entre os anos de 2000 e 2010, deverá continuar em queda. A quantidade de pessoas com idade entre 15 e 64 anos continuará aumentando e alcançará um contingente máximo entre 2015 e 2020 e, a partir de então, iniciará um processo de redução. Por fim, a população com mais de 65 anos continuará aumentando nas próximas décadas. Esse tipo de comportamento do crescimento populacional indica que estamos avançando no fenômeno de transição demográfica³. No futuro, com a redução do número de nascimentos, a tendência é que a população jovem, especialmente na faixa de 0 a 14 anos, diminua. Já a população nas idades mais avançadas, acima de 65 anos, tende a aumentar devido à crescente expectativa de vida.

Figura 4 – População do Rio Grande do Sul, por grupo de idade - 2015 a 2050 (em mil habitantes)



Fonte: IBGE, FEE

³ Transição demográfica é um fenômeno dinâmico que afeta as populações ao longo do tempo, em que, em um primeiro momento, presencia-se um aumento das taxas de crescimento populacional (uma explosão demográfica), mas, com a queda da natalidade, o ritmo de crescimento da população vai se reduzindo ao longo do tempo, tendendo para a estabilidade ou, mesmo, para a redução do crescimento.

Esse quadro nos impõe o desafio de debatermos os efeitos dessas mudanças, principalmente sobre as políticas de saúde e educação. Por isso, a oficina do Futuro RS buscou discutir as repercussões desse quadro nas políticas de saúde e educação.

Na saúde, teremos um perfil de doenças mais complexas, característica de uma população mais envelhecida. Nesse sentido, a oficina visa entender o quadro e discutir uma nova forma de inserção dessa população e a qualidade de vida que devemos lhe proporcionar. Também objetiva discutir como deve ser a preparação de nossa rede de saúde para essa nova realidade.

Na educação, teremos que repensar nossa estrutura de ensino e redirecionar os esforços para a sua qualificação. Nesse sentido, a oficina visa entender quais as principais modificações que serão necessárias no planejamento de ações em função dessas mudanças.

Propostas para uma agenda de desenvolvimento:

Propostas e desafios para as políticas públicas de saúde

- **Reforçar a Atenção Básica**

A Atenção Básica deve ser privilegiada. O funcionamento adequado da Atenção Básica tem potencial para reduzir as internações devidas a Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), que são problemas de saúde atendidos por ações do primeiro nível de atenção. Portanto, ao tratar de contenção e racionalização de gastos em saúde, deve-se valorizar ações que evitem internações por CSAP, em especial, no caso dos idosos, tidos como grandes consumidores de hospitalizações.

- **Melhorar a gestão dos Serviços de Saúde**

Outro ponto a ser apreciado quando se pensa em reduzir custos com saúde é a substituição da quantidade pela qualidade de serviços prestados, o que pode ser alcançado com investimentos na gestão dos serviços de saúde. A maior proporção de idosos leva a uma maior utilização de serviços de saúde o que demanda uma gestão mais eficiente dos serviços para atender a essas necessidades.

- **Privilegiar o enfoque preventivo**

As condições de vida do idoso não se iniciam quando se atinge os 60 anos. Portanto, se preocupar com o idoso de amanhã é investir durante toda a vida do indivíduo. Com base no entendimento de que as demandas de saúde do idoso se originam nos anos prévios de vida e na forma como eles foram vividos, para a otimização do Sistema de Saúde deve-se considerar todas as ações ao longo do curso de vida que minimizem o impacto de fatores de risco para a saúde do idoso. Políticas públicas atuais voltadas para a melhoria das condições de vida da infância, atenção às condições nutricionais, bem como prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), beneficiarão, em tese, o conjunto da população idosa futura.

- **Estimular o Envelhecimento Ativo**

Em longo prazo, o envelhecimento populacional representa uma oportunidade para repensar o modelo de saúde e o que fazer para que anos ganhos com o aumento da expectativa de vida sejam revertidos em anos de vida saudável, de acordo com o que é definido pela Organização Mundial de Saúde. Como proposta enquanto a proporção de idosos ainda é baixa, se comparada a projeções futuras, coloca-se a necessidade de políticas que valorizem o envelhecimento saudável, com a prevenção de doenças e seus agravos, pensando na manutenção ou melhoria da capacidade funcional do indivíduo.

- **Reforçar os Serviços de Saúde**

A forma de agir perante essas novas demandas está relacionada a ações que enfatizem a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia. A forma de cuidado de saúde da população idosa deve ser pautada em uma linha de cuidado integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso em todos os níveis. Será necessário, sempre, um equilíbrio de investimentos na assistência e na prevenção.

- **Implantar redes de apoio ao idoso**

No Brasil, ainda existem poucos programas formais por parte do Estado para prestar assistência aos idosos que não podem contar com auxílio da família, ou que não possuem recursos financeiros e necessitam de apoio. Ações como o acompanhamento domiciliar da rotina de idosos semidependentes e dependentes reduzem o risco de institucionalização do idoso e ampliam o apoio à família e ao idoso dependente de cuidados.

- **Adequar as Instituições de Longa Permanência para Idosos à demanda**

A institucionalização é a modalidade de serviço mais conhecida e principal alternativa dentre as não familiares para idosos que necessitam de cuidados de longa duração. O envelhecimento da população trará inevitavelmente um aumento de demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

- **Implantar serviços domiciliares de cuidados paliativos**

O cuidado paliativo domiciliar de pacientes em fase terminal desempenha um papel importante na família, reduzindo os riscos inerentes à hospitalização e, do ponto de vista da gestão, os cuidados paliativos são uma alternativa importante na redução de custos para o sistema de saúde. Embora os cuidados paliativos sejam uma obrigação do Estado, esse tipo de intervenção é, no geral, incipiente. A atual conjuntura socioeconômica, que inibe saltos de qualidade no SUS, deve privilegiar a implantação de cuidados paliativos. Por um lado, isso se justifica pelo volume da demanda haja vista o panorama demográfico de envelhecimento, que sem dúvida aumentará, independentemente de qualquer outra iniciativa. Por outro lado, porque é uma estratégia de custo menor, frente à manutenção do paciente numa estrutura hospitalar que, na maioria dos casos, terá altos custos em razão da condição terminal.

- **Apoiar o cuidador informal**

Uma estratégia complementar a priorizar é o cuidado domiciliar. Nela, o cuidador informal terá um protagonismo central, o que faz com que programas que qualifiquem os potenciais cuidadores informais devam ser considerados em políticas públicas. Deve-se incentivar o desenvolvimento das redes sociais de apoio como uma maneira de facilitar os cuidados com a saúde e de criar oportunidades para melhoria das condições de vida dos idosos. Também há a necessidade de programas direcionados a qualificar a atividade do cuidador informal, apesar de toda a legislação vigente.

- **Preparar o sistema para prover serviços complementares**

O cuidador informal/familiar, devido à transição demográfica, tenderá a desaparecer. O SUS pode, na presente conjuntura, se aproveitar da janela demográfica e se preparar para, no médio e longo prazos, implementar propriamente um sistema mais funcional de atenção e cuidado formal ao idoso, uma vez que o apoio familiar tenderá a diminuir tão rápido quanto foi a transição demográfica.

- **Apoiar sinergias comunitárias**

Embora fuja do escopo do cuidado à saúde a implantação de estratégias que contemplem moradias compartilhadas como alternativa a asilos e arranjos similares, o estilo de vida conhecido como cohousing merece ser considerado, uma vez que experiências bem-sucedidas concluem que o estado de saúde de idosos usufruindo deste modo de vida tendeu a ser melhor, reduzindo assim as demandas por cuidados com a saúde.

- **Avaliar e monitorar os programas**

Um processo avaliativo é essencial pois fornecerá informações que impliquem em ações corretivas, tendo papel fundamental na melhoria da política avaliada. Na ausência dele, é proposto avaliar o que realmente tem sido colocado em prática na Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa, visto que essa já possui um tempo de amadurecimento suficiente.

- **Rediscutir os critérios de definição de idoso**

Existem muitos estudos considerando como critério para definição de idoso a necessidade e não mais a idade. Além disso, algumas pesquisas propõem inclusive definir o idoso de uma forma reversa, ou seja, quantos anos a pessoa vai viver. É necessário ampliar a discussão sobre essa questão. É preciso discutir se a política de proteção não está desestimulando e criando um conflito intergeracional, em lugar de gerar solidariedade intergeracional, visto que o custo das políticas recai sobre os demais usuários.

Propostas e desafios para as políticas públicas de educação

- **Aumentar a produtividade da mão de obra**

A experiência internacional mostra que a alternativa para enfrentar os efeitos do envelhecimento populacional e compensar a diminuição da proporção da população em idade ativa seria investir no aumento da produtividade da mão de obra. Para se obter isso é preciso um salto de qualidade na educação. O investimento qualificado nas crianças, pelos pais e contribuintes, pode elevar os padrões de vida das sociedades. A qualificação da população ativa torna-se uma condição necessária, ainda que não suficiente, para o aumento da produtividade dos trabalhadores.

- **Aumentar o atendimento no ensino infantil e médio**

O envelhecimento populacional em curso demanda planos e ações eficazes, no sentido de garantir a contínua melhoria do atendimento escolar nos níveis infantil e médio, bem como a garantia de uma educação de qualidade. Considerando a educação básica composta pelos níveis de ensino infantil, fundamental e médio, ainda há investimentos necessários. O atendimento escolar para a população infantil ainda é insuficiente e precário. Por outro lado, o ensino médio tem percorrido uma trajetória de avanços e recuos, e no geral a taxa de escolarização neste nível ainda precisa aumentar. Esses dois níveis de ensino merecem, portanto, atenção especial, no que tange ao atendimento escolar. O ensino médio é o nível que requer mais atenção, pois houve queda generalizada no desempenho dos alunos brasileiros.

- **Escolher onde investir**

O Brasil não gasta pouco em termos de percentual do PIB em educação e educação básica, em comparação a países da OCDE. O gasto por aluno não é muito elevado, mas a redução do número de crianças pode beneficiar esta relação. Talvez o percentual do PIB seja suficiente, mas é preciso saber gastar. O país ainda tem déficits na escolaridade infantil e média, e em relação à qualidade em todos os níveis. No entanto, o município não tem muitos recursos para investir. Os estados estão numa situação difícil, com poucos recursos para investir no ensino médio, que já está em uma situação pouco atrativa. Mais do que nunca, hoje é necessário tomar decisões corajosas e acertadas de onde investir. É uma questão de sustentação da própria sociedade.

- **Melhorar as condições do professor e da escola**

Evidências empíricas mostram que o simples fato de investir mais não garante o melhor retorno educacional. A relação não é linear. Ao melhorar as condições do professor e da escola básica, vai haver um *gap* temporal para os resultados.

O reflexo do aumento de salário de professor no resultado da proficiência dos alunos deve ser olhado em um processo de longo prazo. Aumentar o salário do professor não significa que a proficiência vai aumentar no outro ano, no próximo SAEB, na próxima Prova Brasil. Proporcionar melhores salários também se reflete em atração de gente nova e mais qualificada para o magistério. Em um contexto de dificuldades financeiras, esse processo deve ser tratado em uma perspectiva de futuro, considerando metas e objetivos definidos.

- **Realizar *Benchmarking***

Uma boa alternativa para melhorar o desempenho escolar é observar os estados ou municípios onde as experiências estão dando certo e apreender com essas experiências. A educação dos países que hoje são referência foi qualificada por estágios: o fundamental, depois o médio, depois o superior. Considerando nossas características, a educação infantil talvez seja a mais importante, onde os salários dos professores têm que aumentar e onde deve haver investimento maciço.

- **Reestruturar a rede**

A mudança da estrutura etária, com a diminuição da população em idade escolar traz a questão da estrutura da rede de atendimento. Também é necessário entender a dinâmica da mobilidade populacional, pois, no limite, pode-se ter bancos escolares para todos e não atender ninguém se não estiverem no lugar certo. O fechamento de escolas é uma discussão que precisa ser feita. É uma questão sensível, que envolve pais e alunos e uma série de fatores precisam ser levados em conta. A discussão deve se dar no nível da comunidade que é atendida e junto com os gestores. Quanto aos prédios das escolas, pode haver uma realocação para atender educação infantil, creches e pré-escolas para a população de 0 a 5 anos, visando à universalização para a faixa etária de 4 e 5 anos.

Uma análise sobre as componentes demográficas do RS: por que somos o Estado mais envelhecido do País?

Pedro Tonon Zuanazzi⁴

1 Apresentação

O Brasil vem passando por uma forte mudança em sua pirâmide etária, impulsionada pela diminuição acentuada das Taxas de Fecundidade desde a década de 1960, redução que aconteceu de forma muito mais rápida do que havia ocorrido nos países desenvolvidos (Wong e Carvalho, 2006). Esse fenômeno, aliado às quedas das taxas de mortalidade, contribuiu para acelerar a transição demográfica, implicando um aumento da participação de idosos e uma desaceleração do crescimento populacional.

Contudo, ainda que esses fenômenos tenham ocorrido no País inteiro, os níveis são diferentes dependendo da região. Ao passo que muitos estados do Norte e do Nordeste, no Censo 2010, ainda apresentavam Taxas de Fecundidade Total (TFT⁵)

⁴ Pesquisador da Fundação de Economia e Estatística - FEE/RS

⁵ Número médio de filhos que uma mulher teria até o fim de seu período reprodutivo, mantidas constantes as taxas observadas na referida data.

acima do nível de reposição, os estados do Sul e do Sudeste encontravam-se todos bem abaixo desse patamar (IBGE, 2012). De fato, essa constatação apenas confirma um paradoxo amplamente conhecido na literatura⁶: famílias de maior renda possuem, em média, menos filhos do que aquelas de menor renda. O mesmo vale para a expectativa de vida, que geralmente apresenta níveis mais altos em regiões de maiores renda e desenvolvimento.

No caso específico do RS, conforme o último Censo, o Estado possuía a 5ª menor TFT do Brasil, com 1,76 filho por mulher, atrás de SP, RJ, SC e DF, e a 5ª maior expectativa de vida, atrás de SC, DF, SP e ES (IBGE, 2012). Ainda assim, o percentual de idosos no RS era, e continua sendo, o maior do Brasil, o que pode ser parcialmente explicado pela migração.

Ao passo que os demais estados acima citados acabam, parcialmente, compensando o envelhecimento populacional através de saldos migratórios positivos, realizados predominantemente por jovens, o RS não possui essa compensação. Ao contrário, o Estado até mesmo perde população nas trocas migratórias com as demais Unidades Federativas. Ainda que essa perda seja relativamente pequena, não deixa de ser surpreendente, tendo em vista que a renda média do RS está acima da maioria dos estados brasileiros.

As últimas projeções populacionais realizadas pelo IBGE (2013) mantêm o RS na primeira posição em percentual de idosos nos próximos anos, o que implica a necessidade de formulações de políticas públicas que atendam a essa nova estrutura demográfica. Com o envelhecimento populacional, diversos setores são atingidos, como saúde, previdência, educação, segurança, entre outros.

Entretanto, alguns fatos novos podem vir a reduzir o ritmo de envelhecimento das projeções populacionais, como por exemplo uma reversão nas taxas migratórias ou no número de filhos por mulher. Ao passo que não existem indícios de mudanças no padrão migratório, o número de nascimentos no Estado vem crescendo desde 2010, contrariando a tendência de redução de longo prazo, o que tem causado certa surpresa e pode vir a atenuar o ritmo de envelhecimento no RS.

Dentro desse contexto, o presente trabalho busca analisar a dinâmica das componentes demográficas fecundidade, mortalidade e migração da população gaúcha, procurando assim compreender por que o RS é o Estado mais envelhecido do Brasil. Além disso, são apresentadas as projeções existentes para o Estado e busca-se levantar hipóteses para a sua evolução nos próximos anos.

⁶ Para uma abordagem microeconômica dessa relação, ver Becker (1960) e Becker e Lewis (1973). Nesse último, introduziu-se a teoria do *trade-off* entre quantidade e qualidade, pois com o aumento da renda os pais prefeririam ter menos filhos com melhor qualidade do que ter mais filhos com menor qualidade. Por fim, outras teorias têm também se destacado, como o custo de oportunidade das mães com maior renda e o *trade-off* entre emprego e maternidade (DOEPKE, 2014; JONES et al., 2008).

2 Taxas de Fecundidade e Natalidade

A fecundidade, devido aos seus baixos níveis, é a componente que mais impacta o envelhecimento populacional no Brasil e nos estados (Dias Júnior e Costa, 2006). No passado, no entanto, já foi fruto de outras preocupações, embasadas em receios de uma explosão populacional.

Por volta de 1800, o britânico Thomas Malthus argumentava que haveria uma incompatibilidade entre o elevado crescimento populacional, que aumentava a taxas geométricas, e o fornecimento dos meios de subsistência, que aumentava a taxas aritméticas. Sua visão era compatível com sua época, pois as mulheres europeias tinham, em média, mais do que cinco filhos ao longo de sua vida. Entretanto, a teoria malthusiana não se confirmou no século XX, pois as taxas de fecundidade decresceram drasticamente no continente, e o progresso tecnológico permitiu o aumento da produtividade na produção de alimentos.

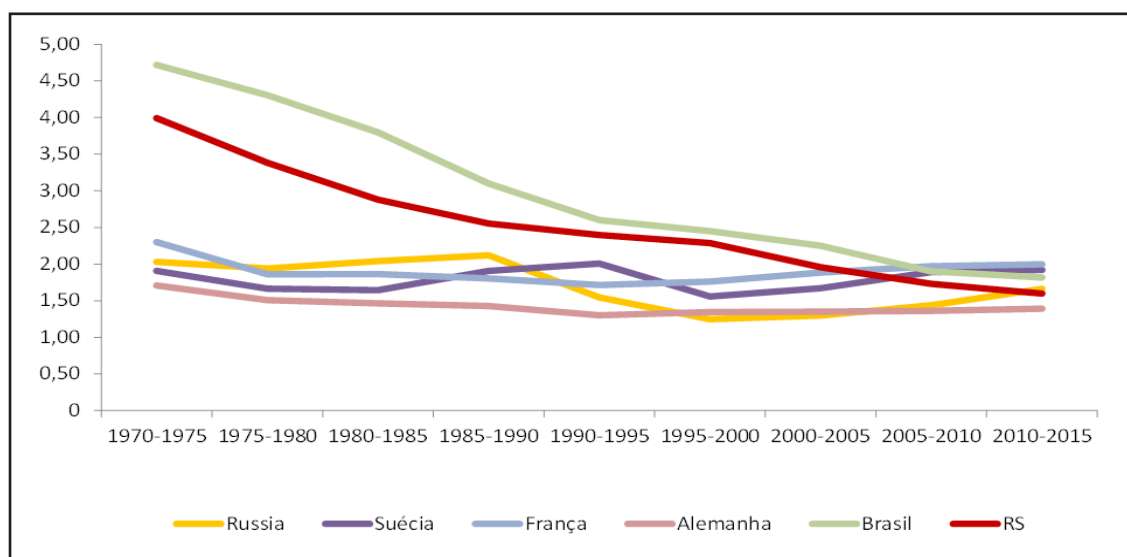
De fato, no início da década de 1970, diversos países europeus já apresentavam Taxas de Fecundidade Total (TFT) abaixo da taxa de reposição da população, de 2,1 filhos por mulher⁷. A partir desse momento, projeções de redução e envelhecimento populacional se tornaram comuns. Entre 1980 e 2000 a tendência permaneceu: a TFT da Espanha, no final da década de 1990, estava em 1,19 filho por mulher; a da Rússia estava em 1,25; a da Alemanha, alguns anos antes, já havia atingido 1,30 (ONU, 2016).

Diferentemente da Europa, o Brasil na década de 1970 ainda estava em um patamar de mais de quatro filhos por mulher, e a pirâmide etária era predominantemente jovem. Porém, com a entrada em massa das mulheres no mercado de trabalho, a redução da fecundidade brasileira foi mais rápida que a europeia, tendo o País atingido níveis abaixo da taxa de reposição da população em meados da década de 2000. Em 2010, a taxa de fecundidade era de 1,89. Para 2020, espera-se aproximadamente 1,61 (IBGE, 2013).

Tendência semelhante ocorreu no RS, cuja TFT historicamente é um pouco menor do que no Brasil. O Estado atingiu, em 2010, uma média de 1,76 filho por mulher (IBGE, 2012), estando abaixo de muitos países europeus, como França, Reino Unido e Suécia. Na Figura 1 é possível visualizar a rápida redução da Fecundidade no Brasil e no RS a partir da década de 1970, ao passo que a Tabela 1 apresenta as Taxas de Fecundidade por Unidade da Federação em 2010, com o RS obtendo o 5º menor valor.

⁷ Na verdade, esse valor pode variar dependendo das taxas de mortalidade da região. Para mais detalhes, ver Espenshade et. al., 2003.

Figura 1 - Taxa de Fecundidade Total (TFT), 1970-1975 a 2010-2015, Brasil, RS e Países Seleccionados



Fonte: ONU, IBGE

Com a redução das Taxas de Fecundidade até o Censo 2010, conforme acima destacado, observou-se um impacto direto no número de nascimentos. No período de 1994 a 2007, conforme o DataSus (2016), o número de nascidos vivos no RS caiu de 188.666 para 133.401: uma queda de 29,3% em 13 anos. De 2007 a 2010 houve certa estabilização, com 133.243 nesse último ano.

Dentro desse contexto, todas as projeções realizadas à luz dos resultados do Censo 2010, incluindo as últimas realizadas pelo IBGE, em 2013, eram de continuação da tendência de redução nos nascimentos. A estabilização entre 2007 e 2010 era prevista como temporária.

De forma inesperada, desde 2010 o número de nascimentos vem crescendo no Estado (Figura 2). Em 2014 foram contabilizados 143.315 nascidos vivos e, para 2015, números preliminares apontam 148.360: patamar em que estávamos entre 2004 e 2005. Um efeito semelhante ocorre no Brasil, principalmente nos Estados de SC e RJ.

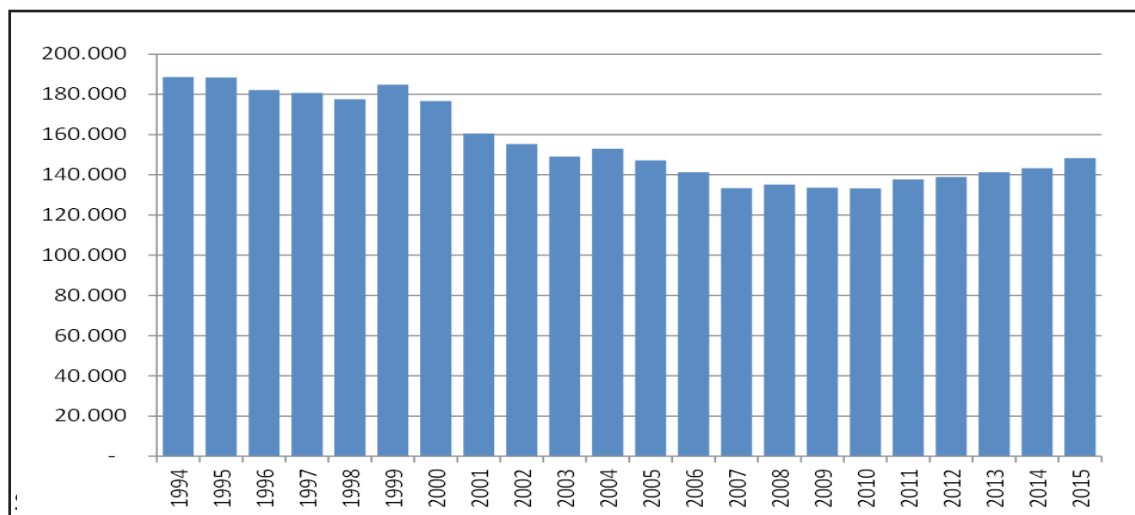
De forma inesperada, desde 2010 o número de nascimentos vem crescendo no Estado (Figura 2). Em 2014 foram contabilizados 143.315 nascidos vivos e, para 2015, números preliminares apontam 148.360: patamar em que estávamos entre 2004 e 2005. Um efeito semelhante ocorre no Brasil, principalmente nos Estados de SC e RJ.

Tabela 1 - Taxa de Fecundidade Total (TFT), Brasil e Unidades da Federação, 1991, 2000 e 2010

UF	Taxa de fecundidade total (1991)	#	Taxa de fecundidade total (2000)	#	Taxa de fecundidade total (2010)	#
São Paulo	2,28	2	2,05	2	1,66	1
Rio de Janeiro	2,10	1	2,06	3	1,68	2
Santa Catarina	2,58	5	2,23	6	1,71	3
Distrito Federal	2,33	3	1,96	1	1,75	4
Rio Grande do Sul	2,38	4	2,16	4	1,76	5
Minas Gerais	2,69	8	2,23	6	1,79	6
Espírito Santo	2,78	9	2,16	4	1,80	7
Paraná	2,62	7	2,30	9	1,86	8
Goiás	2,58	5	2,23	6	1,87	9
Pernambuco	3,31	12	2,48	11	1,92	10
Paraíba	3,78	18	2,54	14	1,95	11
Sergipe	3,64	15	2,74	17	1,95	11
Rio Grande do Norte	3,41	13	2,54	14	1,98	13
Ceará	3,72	17	2,84	19	1,99	14
Piauí	3,83	19	2,67	16	1,99	14
Mato Grosso do Sul	2,95	10	2,42	10	2,04	16
Bahia	3,66	16	2,50	12	2,05	17
Mato Grosso	3,14	11	2,50	12	2,08	18
Rondônia	3,55	14	2,75	18	2,16	19
Alagoas	4,12	22	3,14	21	2,22	20
Roraima	4,04	21	3,22	24	2,41	21
Tocantins	3,96	20	2,95	20	2,41	21
Amapá	4,72	25	3,63	27	2,48	23
Pará	4,24	23	3,15	22	2,50	24
Maranhão	4,74	26	3,20	23	2,56	25
Amazonas	4,50	24	3,45	26	2,59	26
Acre	4,86	27	3,42	25	2,95	27
Brasil	2,88	-	2,37	-	1,89	-

Fonte: IBGE (2012)

Figura 2 - Número de Nascidos Vivos, RS, 1994 a 2015



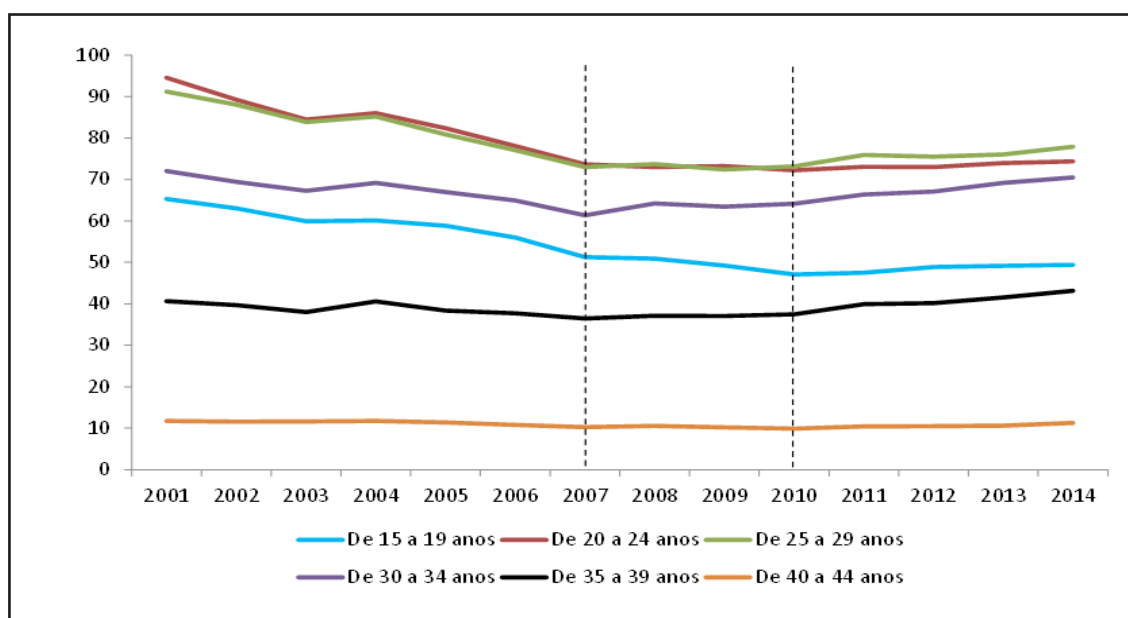
Fonte: DATASUS

Para compreendermos esse aumento no número de nascimentos, podemos calcular, de forma direta⁸, as Taxas de Fecundidade por Idade (TFIs), que são a divisão do número de nascimentos de mães em uma determinada faixa etária pelo número de mulheres nessa mesma faixa etária (apresentada para cada mil mulheres). Através da soma das TFIs podemos obter, também, a TFT de forma direta.

A Figura 3 apresenta as evoluções das TFIs, sendo possível verificar que o aumento do número de nascidos vivos no Estado a partir de 2010 está atrelado ao aumento das TFIs, principalmente, nas faixas etárias de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos. Nas faixas mais jovens não houve uma reversão, mas sim uma estabilização, deixando de diminuir como em períodos anteriores. A consequência disso é que a estimativa da TFT, de forma direta, também vem aumentando, passando de 1,534 em 2010 para 1,648 em 2014.

Na verdade, as projeções do IBGE (2013), já previam reversões das TFIs para as faixas etárias acima dos 30 anos, que ocorreriam, no entanto, somente a partir de 2014. Além disso, esperava-se que as faixas etárias abaixo dos 30 anos ainda continuariam decaindo por muitos anos, o que não se confirmou. Algumas conjecturas podem ser levantadas para explicar essa reversão na taxa de fecundidade do RS.

Figura 3 - Taxas de Fecundidade por Idade, estimativa direta, RS, 2001 a 2014



Fonte: DATASUS (2016) e FEE (2016)

⁸ Devido a problemas de sub-registro de nascimentos ou de distorções nas estimativas populacionais por grupo etário, o IBGE estima as Taxas de Fecundidade empregando métodos indiretos através das amostras dos Censos e das PNADs. No entanto, tendo em vista que o principal intuito dessa análise é comparar a tendência ao longo dos anos, a estimativa direta se mostra adequada.

A principal hipótese está na decisão por postergar a maternidade. O forte declínio das taxas de fecundidade nas idades mais jovens (até 29 anos) nos anos 1990 e 2000 impactou em um elevado percentual de mulheres nas faixas etárias seguintes que ainda não haviam tido filhos. A consequência foi o recente aumento da fecundidade nas faixas etárias acima dos 30 anos.

Para isso, também contribuiu o acesso facilitado para a realização de fertilizações *in vitro*, que atinge predominantemente as faixas etárias acima de 30 anos. Conforme os relatórios do Sistema Nacional de Produção de Embriões⁹, em 2015 foram realizados 2.953 ciclos de reprodução assistida no Estado, frente a 709 em 2011¹⁰, uma diferença de 2.244.

Dentro do contexto exposto nessa seção, surge a indagação sobre qual é o rumo da TFT do RS, e por consequência do número de nascimentos nos próximos anos. Tendo em vista o histórico de países desenvolvidos, um cenário provável seria de estabilização da taxa de fecundidade. No entanto, como a TFT permanece abaixo do nível de reposição, as projeções de decréscimo populacional e envelhecimento da população continuam válidas, embora devam ser, provavelmente, postergadas em alguns anos na próxima atualização das projeções.

3 Expectativa de vida e taxas de mortalidade

Conjuntamente ao avanço do sistema de saúde, além da escolaridade e do saneamento básico, vem ocorrendo o crescimento da expectativa de vida em quase todos os países do mundo, e o Brasil não é exceção. De 1980 a 2015 a expectativa de vida dos Brasileiros subiu de 62,5 para 75,4 anos, representando um incremento de 12,9 anos.

Na comparação entre os estados, o RS possuía a maior expectativa de vida do Brasil em 1980, tanto entre os homens quanto entre as mulheres. Todavia, entre 1980 e 2015 o Estado decaiu para a 5ª colocação nos dois grupos, sendo ultrapassado por SC, ES, DF e SP (Tabela 2), revelando que as taxas de mortalidade do RS reduziram-se menos que a desses demais estados.

⁹ Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/219401/9%25C2%25BA%2BRelat%25C3%25B3rio%2BSisEmbrio.pdf/515e20de-054d-40cf-ae71-5fa49d0c5073>

¹⁰ Disponível em:

[http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/5%25C2%BA+Relat%25C3%B3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%25C3%A7%25C3%A3o+de+Embri%25C3%B5es+\(SisEmbrio\)/71f74ad9-c007-417b-a834-0785013acfed?version=1.1](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33840/2817584/5%25C2%BA+Relat%25C3%B3rio+do+Sistema+Nacional+de+Produ%25C3%A7%25C3%A3o+de+Embri%25C3%B5es+(SisEmbrio)/71f74ad9-c007-417b-a834-0785013acfed?version=1.1)

Tabela 2 - Esperança de Vida ao Nascer, Brasil e Unidades da Federação, 1980 e 2015

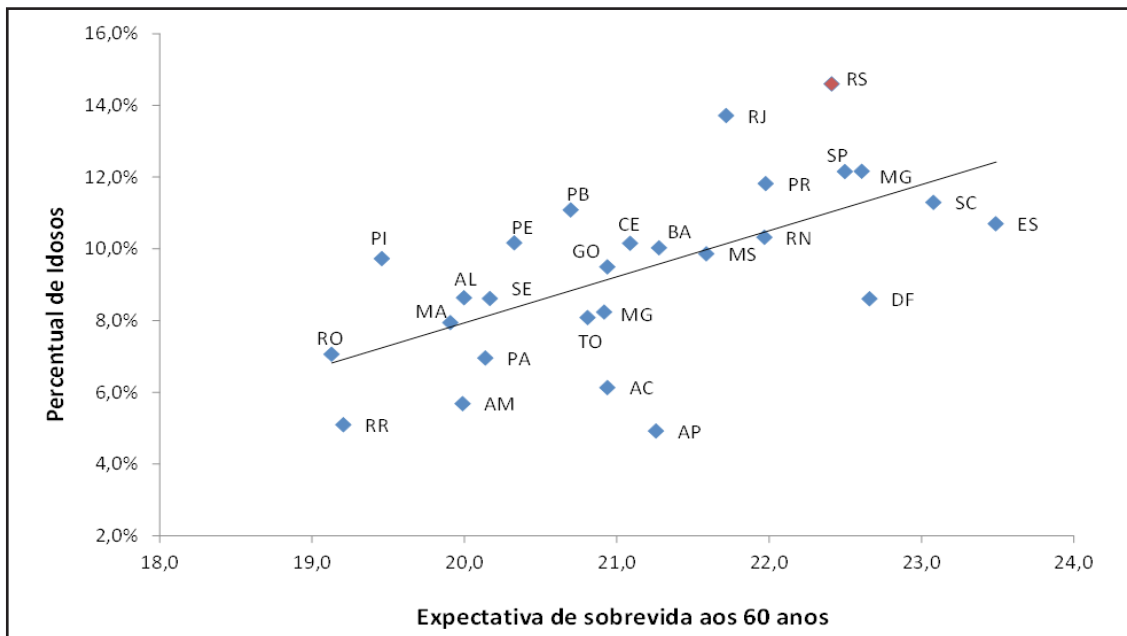
UF	Esperança de Vida ao nascer											
	1980						2015					
	Homens	#	Mulheres	#	Total	#	Homens	#	Mulheres	#	Total	#
Brasil	59,6		65,7		62,5		71,9		79,1		75,4	
SC	63,8	2	69,6	3	66,6	3	75,4	1	82,1	1	78,7	1
ES	61,9	5	68,5	5	64,9	5	74,0	6	81,9	2	77,9	2
DF	63,3	3	70,5	2	66,8	2	74,1	3	81,3	3	77,8	3
SP	62,7	4	69,4	4	65,9	4	74,6	2	80,9	4	77,8	4
RS	64,8	1	71,0	1	67,8	1	74,0	5	80,9	5	77,5	5
MG	61,1	8	66,1	9	63,5	9	74,1	4	79,9	7	77,0	6
PR	61,6	7	66,8	7	64,0	7	73,4	7	80,2	6	76,8	7
RJ	60,3	9	68,2	6	64,2	6	72,3	8	79,3	9	75,9	8
RN	55,5	22	61,0	23	58,2	22	71,5	10	79,5	8	75,5	9
MS	61,8	6	66,2	8	63,8	8	71,9	9	79,0	10	75,3	10
GO	60,0	10	64,9	10	62,3	10	70,9	12	77,3	15	74,0	11
MT	58,1	14	63,2	13	60,3	14	70,9	13	77,6	13	74,0	12
AP	57,7	17	62,8	15	60,1	16	71,0	11	76,5	19	73,7	13
CE	56,0	20	62,0	20	59,0	20	69,7	16	77,6	12	73,6	14
AC	58,3	12	62,9	14	60,3	13	70,4	14	77,2	16	73,6	15
PE	53,5	25	59,9	25	56,7	25	69,5	17	77,4	14	73,5	16
BA	57,3	18	62,3	18	59,7	18	68,8	19	77,9	11	73,2	17
TO	-	-	-	-	-	-	70,2	15,0	76,4	20,0	73,1	18
PB	54,1	24	59,9	24	57,0	24	69,0	18	76,8	17	72,9	19
SE	57,8	16	62,5	16	60,2	15	68,2	23	76,7	18	72,4	20
PA	58,1	14	64,1	11	60,9	11	68,2	22	76,0	22	71,9	21
AM	58,4	11	63,3	12	60,7	12	68,4	21	75,2	23	71,7	22
AL	52,7	26	58,8	26	55,7	26	66,5	27	76,1	21	71,2	23
RR	56,3	19	62,1	19	59,0	19	68,8	20	74,0	27	71,2	24
RO	58,1	13	62,4	17	60,0	17	68,1	24	74,8	25	71,1	25
PI	55,6	21	61,8	21	58,6	21	66,8	25	75,1	24	70,9	26
MA	54,5	23	61,2	22	57,5	23	66,6	26	74,2	26	70,3	27

Fonte: IBGE

A fim de mensurar os efeitos da mortalidade no envelhecimento da população, ainda mais adequada é a comparação da expectativa de sobrevivência aos 60 anos de idade, pois quanto mais longevos forem os idosos de uma região, maior a quantidade de pessoas que permanecem na terceira idade. Essa associação pode ser averiguada na Figura 4. O RS, em 2013, ocupava a 6ª colocação em expectativa de sobrevivência aos

60 anos (com 22,4 anos), embora o Estado possuísse o maior percentual de idosos.

Figura 4 - Percentual de Idosos e Expectativa de Sobrevida aos 60 anos, por Unidade da Federação, 2013



Fonte: IBGE

De forma geral, as baixas taxas de mortalidade do RS ajudam a explicar seu elevado percentual de idosos. No entanto, há outros estados com maior expectativa de vida, além de maior expectativa de sobrevida aos 60 anos, que o RS e, ainda assim, possuem menor percentual de idosos. Ou seja, aparentemente há a contribuição de outros fatores para que o RS seja o Estado mais envelhecido.

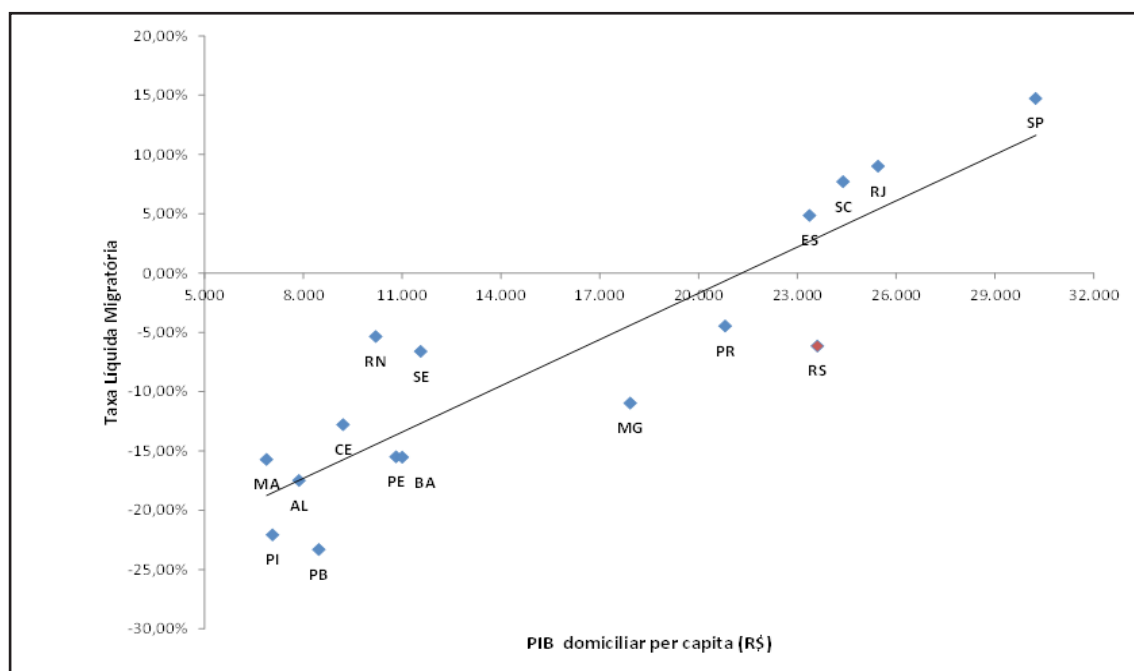
4 Migrações Interestaduais

De forma geral, quanto mais rica uma região, mais imigrantes ela atrai (Golgher, 2004). Se analisarmos os 16 estados brasileiros das regiões Sul, Sudeste e Nordeste¹¹, podemos verificar essa relação, com saldos migratórios maiores em estados de maior PIB per capita (Figura 5).

¹¹ Não se plotou os estados das regiões Centro-Oeste e Norte devido ao fato de suas ocupações territoriais terem ocorrido recentemente. Assim, devido à abundância de terras, por exemplo, essas regiões puderam atrair migrantes mesmo possuindo, em alguns casos, renda baixa se comparadas ao Brasil. As Regiões Nordeste, Sudeste e Sul, por sua vez, têm sua área territorial plenamente ocupada há muito mais tempo.

Contudo, o RS é uma exceção: embora possuísse o quinto maior PIB *per capita* em 2005, apresentou taxa Líquida migratória negativa no período 2005 a 2010. Em outras palavras, poderíamos esperar um saldo migratório positivo no RS devido à sua renda relativamente elevada, mas isso de fato não ocorreu.

Figura 5 - Taxa Líquida Migratório no período 2005-2010 e PIB per capita em 2010, por Unidade da Federação



Fonte: IBGE

Mais precisamente, entre 2005 e 2010 o RS obteve 102,6 mil imigrantes e 177,3 mil emigrantes, representando um saldo migratório de -74,7 mil pessoas no período. Essencialmente, Santa Catarina é o principal destino dos gaúchos. O saldo migratório com esse Estado foi de -60,0 mil, o que representou 80,7% de toda a perda populacional por migração do RS.

Na verdade, o saldo migratório negativo do Estado não se limita ao intervalo entre 2005 e 2010, pois o mesmo ocorreu em períodos anteriores, embora com menor intensidade. Conforme mostra a Tabela 3, a Taxa Líquida Migratória entre 1986 e 1991 foi de -0,3%, passando para -0,42% entre 1995 e 2000 e, finalmente, atingindo -0,74% entre 2005 e 2010.

Há algumas hipóteses a fim de explicar o saldo migratório do RS, que surpreende por ser negativo, mesmo que não represente uma perda populacional significativa. Primeiramente, a migração é inversamente proporcional à distância entre duas regiões, ou seja, é natural que os fluxos migratórios do RS sejam mais elevados com SC, estado mais próximo. Nesse sentido, SC tem apresentado maior crescimento

econômico nas últimas décadas, o que ajuda a justificar o deslocamento para esse Estado. Além disso, SC é um Estado de elevada atração turística, principalmente em seu litoral, o que contribui para atrair os migrantes gaúchos.

Tabela 3 - Imigrantes, emigrantes, saldo migratório e Taxa Líquida Migratória, no Rio Grande do Sul – 1986-1991, 1995-2000 e 2005-2010

Imigrantes, emigrantes, saldo migratório e taxa líquida migratória, no Rio Grande do Sul – 1986-1991, 1995-2000 e 2005-2010				
PERÍODOS	IMIGRANTES*	EMIGRANTES	SALDO MIGRATÓRIO	TAXA MIGRATÓRIA LÍQUIDA (%)
2005-2010	102.613	177.263	-74.650	-0,74
1995-2000	113.395	152.890	-39.495	-0,42
1986-1991	114.295	138.854	-24.559	-0,30

* Não foram contabilizados os imigrantes com UF de origem não especificada e os estrangeiros

Fonte: Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010

Em segundo lugar, a partir da década de 1970 houve uma migração de gaúchos para o Centro-Oeste, em busca da nova fronteira agrícola, cujo preço do hectare era muito menor do que no RS. Ainda que esse fluxo já não tenha as mesmas proporções, ele ainda ocorre.

Pode contribuir, também, a crítica situação fiscal do RS, que embora seja um Estado de renda *per capita* relativamente alta, para padrões nacionais, possui a pior relação déficit/receita, tornando precários diversos serviços públicos de educação, saúde e segurança, entre outros.

5 Prospecções para a população gaúcha

Realizando uma análise conjunta das seções anteriores, é possível constatar que uma combinação de fatores tem contribuído para tornar o RS o Estado com maior percentual de idosos do País: está entre aqueles com elevada expectativa de vida e baixa taxa de fecundidade, porém sem a compensação de um saldo migratório positivo, como outros estados possuem.

As últimas projeções populacionais realizadas pelo IBGE (2013) mantêm o RS na primeira colocação até 2030, conforme mostra a Tabela 4. Para fins de comparação, em 2015 o percentual de idosos no Estado era de 15,7% (em torno de três vezes mais do que no Amapá), sendo que até 2030 o RS atingiria 24,3% de idosos.

Tabela 4 - Percentual da População por Grupo de Idade, por UF, 2015 e 2030, ordenada por maior percentual de idosos em 2015

Percentual da População por Grupo de Idade, por UF, 2015 e 2030, ordenado por maior percentual de idosos em 2015						
UF	2015			2030		
	0 a 14 anos	15 a 59 anos	60 anos ou mais	0 a 14 anos	15 a 59 anos	60 anos ou mais
RS	19,7%	64,6%	15,7%	15,5%	60,2%	24,3%
RJ	20,1%	65,3%	14,6%	16,0%	61,7%	22,3%
SP	20,8%	66,2%	13,1%	16,0%	63,0%	21,0%
MG	21,4%	65,6%	13,0%	16,3%	62,9%	20,8%
PR	21,7%	65,6%	12,7%	16,6%	62,5%	20,9%
SC	20,6%	67,2%	12,2%	16,6%	63,3%	20,1%
ES	22,0%	66,4%	11,6%	16,9%	63,9%	19,2%
PB	25,2%	63,3%	11,5%	18,9%	64,3%	16,8%
RN	24,4%	64,8%	10,8%	18,4%	64,6%	17,0%
PE	25,1%	64,2%	10,7%	18,8%	64,5%	16,7%
BA	24,5%	64,9%	10,6%	18,5%	64,5%	17,0%
CE	25,3%	64,1%	10,6%	19,0%	64,7%	16,2%
MS	24,5%	64,9%	10,5%	18,5%	64,1%	17,4%
PI	26,4%	63,3%	10,3%	19,0%	65,1%	15,9%
GO	22,8%	67,0%	10,1%	17,4%	66,0%	16,5%
DF	21,3%	69,3%	9,4%	17,2%	66,5%	16,4%
AL	28,2%	62,7%	9,2%	20,3%	64,8%	14,9%
SE	25,9%	65,0%	9,1%	19,4%	65,8%	14,8%
MT	24,9%	66,2%	8,9%	18,7%	65,3%	16,0%
TO	27,7%	63,7%	8,6%	20,1%	66,0%	13,9%
MA	30,9%	60,8%	8,3%	21,9%	65,7%	12,4%
RO	25,8%	66,6%	7,6%	18,9%	67,4%	13,8%
PA	29,7%	62,9%	7,4%	21,4%	66,5%	12,1%
AC	32,8%	60,7%	6,5%	23,6%	65,9%	10,6%
AM	31,4%	62,5%	6,1%	22,5%	67,0%	10,6%
RR	31,8%	62,6%	5,6%	22,4%	67,3%	10,3%
AP	32,6%	62,1%	5,3%	22,6%	67,3%	10,1%

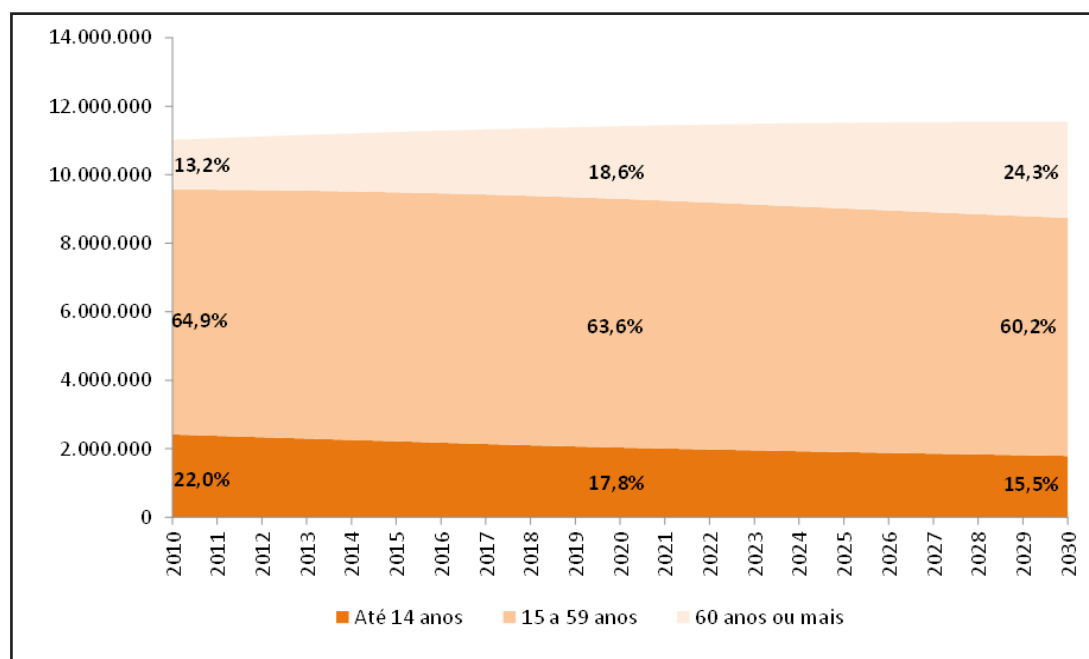
Fonte: IBGE (2015)

Além disso, podemos destacar o percentual de jovens com até 14 anos. O RS ocupava a última posição em 2015, com 19,7%, e as projeções apontavam para 15,5% em 2030, mantendo-o nessa colocação. Entretanto, essas projeções não levaram em consideração o aumento do número de nascimentos no Estado ocorrido nos últimos anos. Ao contrário, previam a continuação da redução do número de nascimentos.

Todavia, conforme abordado na seção 2, ao que tudo indica o aumento recen-

te do número de nascimentos deve ser por um período limitado, tendo em vista que a TFT permanece abaixo do nível de reposição. Assim, as projeções populacionais do RS (IBGE, 2013), apresentadas na Figura 6, devem sofrer pequenas modificações nas próximas projeções do Instituto, agendadas para 2018: a redução do percentual de jovens deve ser menos acentuada, enquanto que o percentual de idosos deve apresentar um crescimento menor. Contudo, essas alterações devem ser pequenas, não desfazendo a tendência de envelhecimento da população.

Figura 6 - Projeções Populacionais do RS para o período 2010-2030



Fonte: IBGE (2013)

Ao contrário das últimas décadas, a partir de agora a evolução do percentual da população entre 15 e 59 anos deverá impactar negativamente no crescimento econômico, pois com a redução de oferta de mão de obra, o aumento da riqueza deverá ocorrer somente através do aumento da produtividade do trabalho.

Concomitantemente, deverá ocorrer uma pressão fiscal por gastos em saúde e, principalmente, previdência, pois ainda que a responsabilidade do governo do RS sobre as aposentadorias e pensões se limite ao setor público, os funcionários públicos estão envelhecendo conjuntamente à população, e a cada ano os aportes do tesouro para cobrir o déficit se tornam maiores. Ou seja, a dinâmica demográfica projeta aumento de custos nessas áreas, mas ao mesmo tempo deixará de contribuir para o crescimento econômico, não auxiliando no aumento das receitas estatais.

Assim, tornam-se essenciais os investimentos em capitais físico e humano. Com a redução do número de crianças e mantendo constante o orçamento da educação, com eficiência é possível melhorar a qualidade do ensino. Ao mesmo tempo, é extremamente relevante a ampliação da infraestrutura estadual. Nesse último caso, tendo em vista a frágil situação fiscal do Estado, uma alternativa seria as parcerias público-privadas. De qualquer forma, são desafios a serem enfrentados nos próximos anos.

6 Considerações Finais

O rápido processo de envelhecimento da população gaúcha é uma realidade. Uma combinação de fatores faz do RS o Estado com maior percentual de idosos do Brasil, tendo em vista que o RS possui baixas taxas de fecundidade e mortalidade e, ao mesmo tempo, não possui a compensação da imigração de jovens, como possuem outros estados com níveis de fecundidade e mortalidade semelhantes.

Embora o número de nascimentos no Estado tenha aumentado desde 2010, revertendo a tendência de longo prazo, ao que tudo indica isso se deve a uma janela criada pela postergação da idade com que as mulheres optaram por ter filhos. Provavelmente, o número de nascimentos voltará a se reduzir em alguns anos. Ainda assim, o aumento ocorrido recentemente adia um pouco o ritmo de envelhecimento projetado pelo IBGE (2013).

Assim, conjuntamente ao envelhecimento populacional, algumas transformações devem ocorrer na relação entre governo e sociedade. Por exemplo, os gastos com previdência e saúde deverão aumentar, e ao mesmo tempo a parcela da população em idade potencialmente ativa irá diminuir, o que significa que a demografia não irá mais contribuir para o crescimento econômico. Com isso, é essencial o aumento da produtividade por trabalhador, o que exige investimentos em capital físico e humano. Nesse último caso, a diminuição do número de jovens pode ser uma oportunidade para elevar os níveis educacionais.

7 Referências

BECKER, G. S. (1960). An economic analysis of fertility. In: **Demographic and economic change in developed countries**. Disponível em: <<http://www.nber.org/chapters/c2387>>. Acesso em: 21 out. 2016.

BECKER, G. S., and Lewis, H. G. (1973). On the Interaction between the quantity and quality of children. **Journal of Political Economy**, v. 81, n. 2, mar./apr. 1973, p. 279-288. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/1840425?seq=1#page_scan_tab_contents>. Acesso em: 21 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde (Tabnet)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 21 out. 2016.

DIAS JÚNIOR, C. S.; COSTA, S. C. (2006). O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, XV, 2006, Caxambu, MG. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_81.pdf>. Acesso em: 21 out. 2016.

DOEPKE, M. **Gary Becker on the quantity and quality of children**. 2014. Disponível em: <<http://ftp.iza.org/dp8610.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2016.

ESPENSHADE, Thomas J.; GUZMAN, Juan Carlos; WESTOFF, Charles F. (2003). The surprising global variation in replacement fertility. **Population Research and Policy Review**, v. 22, n. 5-6, p. 575-583. Disponível em: <<https://www.princeton.edu/~tje/files/webThe%20Surprising%20Global%20Variation%20Espenshade%20Guzman%20Westoff%20Dec%202003.pdf>>. Acesso em 21 out. 2016.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (FEE). **Estimativas Populacionais**: revisão 2015. [2016]. Disponível em <<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

GOLGHER, A. B. (2004). **Fundamentos da migração**. Texto para discussão N. 268. Belo Horizonte: UFMG/ CEDEPLAR, 2004. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: resultados gerais da amostra. [2012]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060 - Projeção da população das unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000/2030**. [2013]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em: 18 out. 2016.

JONES, L. E.; SCHOONBROODT, A.; TERTILT, M. (2008). **Fertility theories**: can they explain the negative fertility-income relationship? Disponível em: <<http://www.nber.org/chapters/c8406.pdf>>. Acesso em 20 out. 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **World population prospects the 2015 revision**. [2016]. Disponível em: <<https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>>. Acesso em: 16 out. 2016.

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, José Alberto. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, 2006, v. 23, n. 1, p. 5-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002>. Acesso em 20 out. 2016.

O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas de saúde¹³

Laura L. Rodríguez Wong¹⁴

Mirela C.S. Camargos¹⁵

1 Introdução

O presente estudo¹⁶ discute o papel do sistema de saúde face ao processo de mudanças da estrutura etária que o Brasil vem experimentando e, no qual, o Rio Grande do Sul (RS) foi um dos pioneiros. Entende-se que uma das principais consequências desse processo é um perfil etário envelhecido da população, num espaço de tempo relativamente curto.

O texto divide-se em três seções. Na primeira, antes de considerar propriamente o papel do sistema de saúde, apresenta-se uma síntese de como se dá a transição da estrutura etária (TEE) no RS, identificando mudanças, não apenas

¹³ Documento elaborado a pedido da Secretaria de Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional do Estado do Rio Grande do Sul - Departamento de Planejamento Governamental.

¹⁴ Cedeplar/ Departamento de Demografia /UFMG

¹⁵ Escola de Enfermagem/ Departamento de Enfermagem Aplicada /UFMG

¹⁶ As autoras agradecem a colaboração de Michelle Nepomuceno na assistência com os dados preliminares da Pesquisa Nacional de Saúde.

na chamada população idosa, mas em todos os grupos etários. Embora possa se entender essa primeira seção como preâmbulo, ela é importante para o melhor entendimento da relação envelhecimento/sistema de saúde.

O reconhecimento de que a TEE afeta todos os grupos etários justifica a preocupação do Sistema de Saúde em tentar aproveitar esse processo, enfocando tanto a população idosa, como os outros segmentos da população. A afirmação anterior descansa numa das linhas programáticas que aponta como deve ser aproveitada a TEE para maximizar as condições de vida do idoso, a denominada “Saúde para todas as idades” (CEPAL/CELADE, 1997), cujo desenho conduz a um objetivo integrador denominado “Envelhecimento ativo”. Trata-se de um processo que se desenvolve ao longo dos diversos ciclos de vida, no qual se deve otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança. O objetivo final é a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (WHO, 2002, pág. 13).

Na segunda seção, são discutidos alguns aspectos de saúde relacionados à população idosa. Além disso, o leitor é convidado a refletir sobre a importância de pensar saúde como algo que se constrói ao longo do ciclo de vida e daí a necessidade de se estar atento à saúde dos outros segmentos populacionais.

Finalmente, na terceira seção, discutem-se oportunidades e desafios advindos do processo de envelhecimento da população para as políticas públicas de saúde do RS. Tendo como pano de fundo a existência de uma política estadual de saúde, são discutidos os benefícios e as oportunidades que devem ser aproveitados; a necessidade de avaliar o planejamento das ações implantadas em função do envelhecimento populacional; a importância de abandonar um modelo assistencial focado em hospitais e ambulatórios; as possíveis alternativas para superar o aumento nos gastos em saúde; e o papel das redes sociais de apoio.

Neste estudo, o corte etário utilizado para definir quando um indivíduo é considerado idoso, é usado indistintamente, ora a idade de 60 anos, ora 65. Em parte, porque o marco legal brasileiro utiliza a idade de 60 anos como marcador exclusivo, ignorando atributos de outra natureza e se apoiando no fato de ser o Brasil, um país em desenvolvimento, um dos critérios utilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a definição de idoso. Em parte, também, porque a literatura, principalmente demográfica e econômica, utiliza 65 anos como marcador da velhice. Esse segundo limite é utilizado com mais frequência neste trabalho, pelo fato de ser o RS um estado em que se vive mais que a média nacional e que possui um perfil socioeconômico mais parecido ao de populações desenvolvidas, onde a população idosa, por definição, é aquela com 65 anos e mais.

2 A transição da estrutura etária no Rio Grande do Sul: o processo de envelhecimento e a população idosa

Neste item considera-se, brevemente, o processo de transição da estrutura etária (TEE) e o papel que tem na evolução e formação da população idosa, como forma de contextualizar as prioridades do Sistema de Saúde face à atual dinâmica demográfica. O processo aqui focado procura ultrapassar o âmbito acadêmico e subsidiar os tomadores de decisão das políticas públicas de saúde.

No Brasil, das variáveis que intervêm na TEE, pode-se mencionar, inicialmente, a mortalidade. Entre os anos 1940 e 1960, sabe-se, o País experimentou um declínio significativo da mortalidade, particularmente na primeira infância. Nos últimos 50 anos, a esperança de vida ao nascer (Eo) aumentou 17,5 anos e, no quinquênio atual, é de 75,4 anos para ambos os sexos, o que equivale a um incremento médio decenal próximo de 3,5 anos. Já para a população adulta, os progressos foram menos acentuados e a esperança de vida aos 60 anos (E60) aumentou menos de 6 anos no mesmo período¹⁷. Com relação à fecundidade, essa se manteve durante certo período em níveis bastante altos, produzindo, assim, uma população quase estável jovem e com rápido crescimento (CARVALHO e GARCIA, 2003). A queda dessa variável se iniciou nos anos sessenta e se manifestou, primeiramente, nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, o que inclui a Região Sul, na qual o RS teve papel preponderante (Gráfico A1 no Anexo).

A transformação advinda do processo de TEE implica na diminuição proporcional da população jovem. No caso do Brasil, em que a diminuição se dá também em termos absolutos, a presença de crianças com menos de 10 anos passou de 30% nos anos 1970 para menos de 15% em 2015 e, dependendo do comportamento reprodutivo dos casais, talvez chegue a algo em torno de 10% nas próximas décadas. Em relação ao RS, espera-se uma tendência similar cuja tradução em números absolutos corresponde a um universo atual de crianças menores de 10 anos, oscilando em torno de 1,4 milhão em 2015 e que, provavelmente, encolherá para pouco mais de um milhão em um período de três quinquênios¹⁸. Ou seja, o RS poderá ter no futuro próximo, grosso modo, dois terços do volume de crianças registradas no início deste século.

¹⁷ Segundo UN/DESA (2014), no quinquênio 1965-1970, E(o) e E(60) para ambos sexos foi de 57,97 anos e 16,11 anos, respectivamente; para o quinquênio 2015-2020, os valores correspondentes foram 75,42 anos e 22,00 anos, respectivamente.

¹⁸ A população menor de 10 anos no Rio Grande do Sul foi estimada em 1,55 milhão para 2010 e esse número seria de 1,08 milhão em 2040 (CEDEPLAR, 2014).

2.1 O crescimento diversificado da população

O panorama demográfico é mais complexo quando se considera o conjunto das faixas etárias, como bem expressado nas publicações da SEPLAG (2014). Um exercício prospectivo realizado pelo Cedeplar (2014), coincidindo com os achados de Cargnin et al (2014), mostra que, se por um lado se espera taxas negativas de crescimento da população mais jovem por um longo período (Tabela 1); por outro, deve-se ter claro também que, devido ao efeito inercial da dinâmica demográfica, isso ocorre e continuará ocorrendo de diversas formas nos outros grupos etários da população do RS. Com efeito, a população que entra no mercado de trabalho recebe atualmente esse efeito inercial e já apresenta também um crescimento negativo com tendência prospectiva que deve se acentuar pelo menos até 2030 (ver as taxas negativas para o grupo etário 15 a 24 anos). Esse efeito, já considerado por Wong e Carvalho (2006), deverá estar presente no que se pode denominar força de trabalho sênior (25 a 64 anos) já a partir de 2025, quando farão parte desse contingente as crianças nascidas em regimes de crescimento populacional negativo.

Com relação à população denominada idosa, o Rio Grande do Sul também está na vanguarda do processo de envelhecimento populacional brasileiro, uma vez que a população acima de 60 anos já tem uma representatividade relativa significativa, em consequência da redução do número de crianças (MARQUETTI; RUTKOSKI; BREYER, 2014). Em termos de volume e, devido às melhorias ocorridas nas condições de vida e de saúde, a população acima de 60 anos, passaria dos 1,04 milhão registrados em 2000 a quase 3 milhões em 2040. A magnitude do processo de envelhecimento é evidente se considerado que, no período 2015-2020, o Rio Grande do Sul vivenciará a entrada anual de 65,7 mil novos idosos no universo da população de 60 anos e mais. Em termos relativos, ressalta-se que a partir do próximo quinquênio, esse segmento representará 20% do total populacional, com contínua tendência de aumento.

Ainda em relação ao grupo de idosos, há de se considerar algumas especificidades. A Tabela 1 mostra o alto crescimento dos idosos (65 a 74 anos) relativamente mais jovens com valores médios anuais em torno 4,0% nos quinquênios 2020-2025 e 2025-2030. Destaca-se que, novamente pelo efeito inercial, taxas dessa magnitude estarão presentes entre os mais idosos (75 anos e mais) no médio e longo prazo. Enquanto a população do RS manterá, provavelmente, crescimento negativo ao chegar a 2050, a população idosa de 75 e mais anos, ainda apresentará um crescimento médio anual próximo a 3%. Taxas de crescimento detalhadas para cada grupo etário quinquenal, incluídas na Tabela 2A em anexo, mostram a paulatina progressão das taxas negativas presentes nos grupos de idades iniciais para as idades centrais do período produtivo e reprodutivo.

Em suma, a complexidade do processo de envelhecimento no RS é um trinômio no qual, em primeiro lugar, as novas gerações surgem com dimensões cada vez menores, ocasionando uma diminuição na demanda quantitativa de serviços sociais próprios a esses grupos. Em segundo lugar, o segmento mais produtivo, com idades entre 15 a 64 anos, apresentará um redimensionamento negativo se juntando, nesse sentido, à população mais jovem, o que ocorrerá muito provavelmente já a partir do quinquênio 2025-2030, quando somente a população de 65 anos e mais apresentará um crescimento positivo. Esse último grupo compõe o terceiro elemento da equação, na qual, como já notado, o crescimento, além de alto, apresenta importantes diferenciações. Estas se relacionam tanto com o próprio efeito inercial da população, como com as melhorias nas condições de vida que beneficiaram e beneficiam o idoso em diferentes épocas.

Tabela 1 - Taxa média anual de crescimento (%) da população do Rio Grande do Sul, por grupos etários selecionados, 2010-2040

Período	Total	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65-74 anos	75 anos e mais	60 anos e mais
2010-2015	0,10	-2,11	-1,06	0,65	4,02	3,04	3,67
2015-2020	0,11	-1,59	-1,31	0,31	4,12	3,10	3,45
2020-2025	0,12	-0,94	-1,66	0,06	3,22	3,89	2,92
2025-2030	0,04	-0,69	-1,74	-0,17	2,19	3,96	1,79
2030-2035	-0,11	-1,11	-0,66	-0,27	0,24	3,53	1,10
2035-2040	-0,26	-1,11	-0,47	-0,37	-0,72	2,69	1,05

Fonte: Cedeplar, 2014

Por último, pode-se afirmar que a população abaixo de 65 anos, com crescimento médio negativo a partir do período 2025-2030, estaria se tornando uma commodity escassa no RS¹⁹. O fenômeno agudiza-se em razão da emigração muito mais acentuada nas idades produtivas centrais²⁰. No país como um todo, a generalização de crescimento negativo para a população abaixo de 65 anos ocorrerá, talvez, a partir de 2030²¹.

¹⁹ Fenômeno similar estaria presente, já em algumas outras UF's de transição demográfica semelhante, como é o caso de São Paulo.

²⁰ Ver no Gráfico A2 em anexo, o perfil etário da emigração de Rio Grande do Sul.

²¹ Em níveis internacionais, a peculiaridade demográfica – taxa de crescimento médio negativo para a população menor de 65 anos –, devido à rápida transição da fecundidade e ao aumento da longevidade, está presente, no quinquênio 2015-2020, na China, Coreia do Sul, Singapura e Tailândia (ver DESA/UN, 2014).

2.2 As relações intergeracionais

As mudanças na composição etária da população certamente provocam mudanças estruturais na forma como interagem os diversos grupos etários. Dado que a população denominada idosa é o sujeito do presente trabalho, é importante observar como esse grupo interage na sociedade nos níveis macro e micro. Essa interação apresenta-se indiretamente na Tabela 2, que inclui uma série de indicadores da composição etária da população para o RS, entre 2010 e 2040. Nesse caso, o total do Brasil é incluído como referência. Os grupos etários foram selecionados como proxies sugeridos na literatura de determinadas funções ou papéis da população.

Tabela 2 - Razões de Dependência Jovem (RDJ), Idosa (RDI) e Total (RDT); Razão Idoso-criança e Razões de Suporte I e II, Brasil (2010) e Rio Grande do Sul (2010 a 2040)

Indicadores da composição etária	Brasil 2010	Rio Grande do Sul							
		2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	
a) Proporção dos grandes grupos etários	0 a 15	25,5	22,0	19,7	18,1	17,1	16,5	15,7	15,0
	15 a 64	67,7	69,1	69,7	69,1	67,7	66,1	65,3	64,9
	65 +	6,8	9,0	10,7	12,8	15,1	17,4	19,0	20,1
b) Razões de dependência	RDT	32,3	30,9	30,4	30,9	32,2	33,9	34,7	35,1
	RDJ	25,5	22,0	19,7	18,1	17,1	16,5	15,7	15,0
	RDI	6,8	9,0	10,7	12,8	15,1	17,4	19,0	20,1
c) Razão idoso/criança		40,5	63,4	85,6	108,9	133,4	162,9	186,8	205,7
d) Razão de suporte I		3,6	3,3	3,2	2,8	2,2	1,8	1,7	1,5
e) Razão de suporte II		2,9	2,7	2,8	2,6	2,2	1,7	1,5	1,4

a) Por cem.

b) Razão de Dependência (RDT) = RDJ + RDI - Por cem.

Onde: RDJ = População menor de 15 anos/ População de 15-64 - Por cem.

RDI = População de 65 anos ou mais/População de 15-64 - Por cem.

c) População de 65 ou mais anos/ População com menos de 10 anos - Por cem.

d) População de 50-59 anos/ População de 75 e mais anos.

e) População de 55-64 anos/ População de 75 e mais anos.

Fonte: Para o Brasil: IBGE/Censo Demográfico, 2010; para Rio Grande do Sul: Cedeplar, 2014

Em primeiro lugar, é sabido que a razão de dependência total (RDT) mede a relação entre a população em idade produtiva e os demais grupos etários. Sabe-se, também, que o Brasil possui, atualmente, uma janela demográfica de oportunidades definida pelos valores relativamente baixos da RDT e onde a razão de dependência idosa (RDI) – apesar de mostrar tendência de aumento – ainda não apresenta valores majoritários. O peso da RDI é ainda menor que o da razão de dependência jovem (RDJ) (ver a segunda coluna da Tabela 2). O RS teria o chamado bônus demográfico vigente, visto que haveria melhores condições de produção, poupança e investimento, tal como afirma Cargnin (2014), endossando, assim, o ponto de vista de estudiosos como, por exemplo, Bloom (2004; 2016).

A RDT do RS teria atingido, diferentemente do que acontece com o País, sua menor intensidade já na presente década, devendo inaugurar uma tendência de aumento que não se deterá em breve. Essa RDT aumenta, unicamente, em função do aumento da RDI de acordo com a Tabela 2. Todavia, antes de 2030, a RDI já será o maior componente da RDT. Assim, a contínua e acentuada queda da fecundidade no início dos anos sessenta, repercute cinco ou seis décadas depois. Adicionalmente, a RDT continuará aumentando, uma vez que a população em idade produtiva, em breve, deixará de crescer e começará a diminuir, como visto na Tabela 1. As estimativas apresentadas indicam que dos três grandes grupos etários ora considerados, somente o grupo de 65 anos e mais terá crescimento positivo. Os outros dois grupos, menores de 15 e aqueles em idade ativa (15 a 64 anos), apresentarão crescimento negativo.

Em segundo lugar, em relação ao grupo de idosos propriamente ditos, a razão idoso-criança, conhecida também como índice de envelhecimento, mostra que no RS o número de pessoas com 65 anos ou mais deve superar o volume de crianças já no atual quinquênio, diferentemente do que ocorre na média do Brasil. Vale frisar que dois fatores contributivos são a atual e sustentada diminuição numérica das crianças de 0 a 10 anos e a carga etária inercial dos idosos que, como visto, cresce a uma taxa média anual próxima de 3%.

A Tabela 2 traz, também, a razão de suporte, que revela de uma forma simples e rápida, o número de potenciais cuidadores que um idoso poderia ter²². É importante destacar que o numerador (os cuidadores) inclui população feminina e masculina e que, particularmente no caso das idades 50 a 59 anos, ainda existe uma alta possibilidade de dedicação à criação dos filhos e inserção no mercado de trabalho. De qualquer maneira, se do valor obtido neste indicador, apenas uma pequena fração seria realmente um potencial cuidador, qualquer que seja o grupo etário para defini-lo, ele é muito baixo e revela a tendência de escassez desses cuidadores.

²² A razão de suporte pressupõe, neste caso, que um indivíduo de 75 anos ou mais, requereria algum tipo de suporte dado por um uma pessoa 15 ou 20 anos mais nova. O indicador está mais associado ao cuidador informal e, indiretamente, mede o estoque de filhos/noras/genros que pode, potencialmente, exercer a função de cuidador(a), uma vez que, nos países mais tradicionais, a família é a provedora, por excelência, desse serviço. Alguns exemplos desse indicador podem ser vistos em: Kinsella e Velkoff (2001).

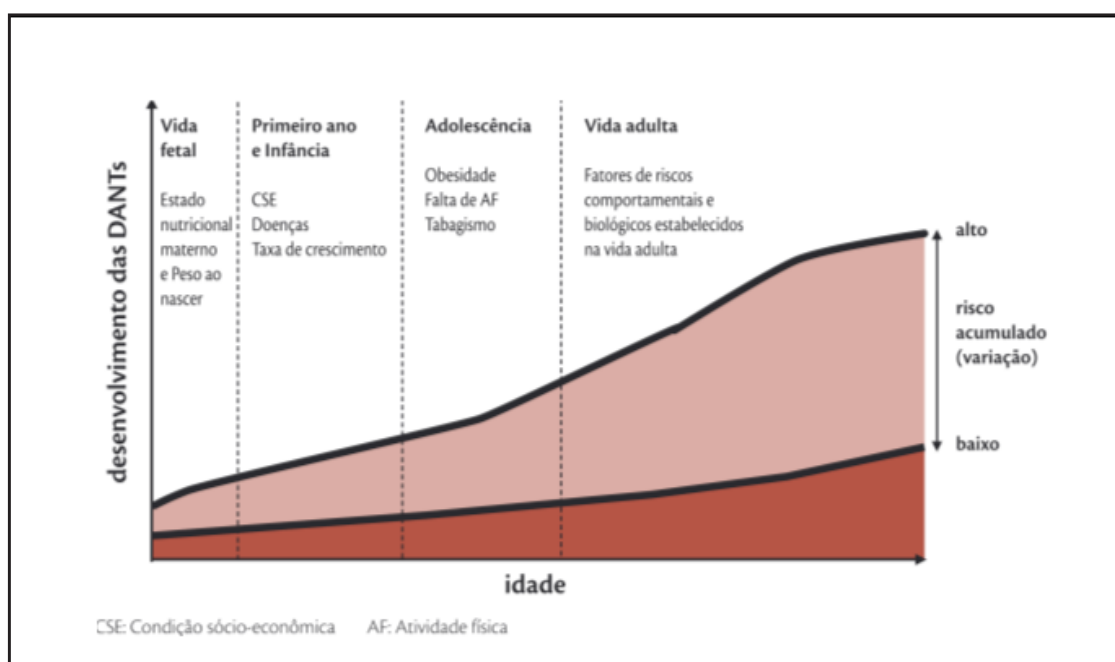
Em síntese, a composição etária da população do Rio Grande do Sul vem se tornando envelhecida, assim como a maioria das populações no mundo em desenvolvimento que iniciaram uma rápida e sustentada diminuição da fecundidade. Graças à trajetória socioeconômica melhor sucedida, em relação aos demais estados brasileiros – aspecto não tratado neste documento, mas que se reflete, nos indicadores demográficos, principalmente nos níveis de mortalidade –, o processo de envelhecimento é ainda mais acentuado que aquele vivenciado nas outras unidades federativas do País. A relativa e reconhecida diferença socioeconômica – devida, nos termos de Scherer e Magalhães (2014), a um processo de modernização e urbanização específico ocorrido no século XX e à relação com uma situação geopolítica especial no processo de formação do Brasil meridional – deve ser levada em consideração para enfrentar todos os desafios que o processo de envelhecimento já está trazendo ao Estado.

3 A saúde do idoso face à trajetória da mudança na estrutura etária

A reorganização da atenção à saúde é uma urgência nacional diante das acentuadas mudanças do padrão etário. As oportunidades e desafios criados pela TEE são diferentes entre as diversas unidades federativas do País e os diversos grupos etários, afinal a demanda por atenção à saúde, como se sabe, é diferenciada por sexo e idade (primeira e segunda infância, jovens e adolescentes, idades reprodutivas, etc.). Esta seção considera além da população idosa propriamente, alguns aspectos da epidemiologia da população jovem, como indicativo da importância diferenciada que cada grupo populacional carece neste momento mutante da dinâmica demográfica.

Apesar de o presente estudo focar na população idosa, entende-se que há uma interação coletiva e individual entre todos os grupos etários e que o segmento mais jovem (menores de 65 anos) deve ser considerado, seguindo duas linhas de raciocínio. A primeira delas tem a ver com a tendência populacional acima descrita: a população mais jovem está diminuindo e é ela quem custeia as demandas da população idosa, portanto, é imprescindível mantê-la saudável e produtiva. Em segundo lugar, baseia-se no entendimento de que as demandas de saúde do idoso se originam nos anos prévios de vida e inclusive antes de nascer – tal como se ilustra na Figura 1 – e na forma como eles foram vividos em relação aos hábitos de vida saudáveis (ABODERIN et al., 2002). Nesse sentido, entende-se que se a preocupação é uma otimização do gerenciamento do sistema de saúde dado o envelhecimento populacional, deve-se considerar todas as ações ao longo do curso de vida que minimizem o impacto de fatores de risco para a saúde do idoso.

Figura 1 - Escopo para a prevenção de doenças não transmissíveis - uma abordagem do curso de vida



Fonte: Reproduzido de OPAS (2002, p. 18). (Autor: Aboderin et al., 2002)

3.1 A população infanto-juvenil

A população infanto-juvenil, representada aqui pelo grupo etário com menos de 25 anos, apresenta, como visto, taxa de crescimento abaixo de zero ou diminuição do volume em termos absolutos. Além do já mencionado crescimento negativo das coortes mais jovens no Rio Grande do Sul²³, vale a pena documentar também a diminuição no número de nascidos vivos registrados nos sistemas gaúchos, com redução em torno de 20% desde o ano 2000. Trata-se de uma queda mais acentuada que a média do País e a da Região Sul (Gráfico A3 em Anexo). Assim, a atual população jovem tem maiores chances de receber uma melhor assistência tendo em vista sua menor participação vis-à-vis a população adulta que a mantém. Portanto, seguindo o raciocínio de Wong, Carvalho e Perpétuo (2009), políticas públicas atuais voltadas para a melhoria das condições de vida da infância beneficiarão, em tese, o conjunto da população futura.

a) Primeira e segunda infância

No que se refere a este segmento populacional, dois aspectos merecem consideração - a promoção da saúde e o desenvolvimento físico nutricional. Em relação à

²³ A Tabela A2 em Anexo mostra que, especificamente, os menores de 10 anos continuarão com taxas de crescimento negativo até, provavelmente, depois de 2040 a depender dos cenários implícitos na produção das estimativas.

primeira infância (menores de 5 anos), a atenção materno infantil e a prevenção servem como exemplo para ilustrar as consequências da menor pressão na oferta de políticas sociais com relação aos serviços de saúde.

No RS, os níveis de mortalidade infantil (MI) e infanto-juvenil estão em patamares menores do que a média do país. A MI já teria atravessado a barreira dos dois dígitos no RS de acordo com as estimativas do IBGE (2013) que a definiu para 2016 em 9,6 por mil, para ambos os sexos. Já o risco de morrer antes dos cinco anos que, atualmente, mede de forma mais adequada, as condições de vida da infância, ficou em torno de 30% menor no Estado, comparativamente ao Brasil, sinalizando uma acentuada vantagem para a população gaúcha²⁴.

A cobertura vacinal obrigatória no RS está em níveis satisfatórios. Em que pese a dificuldade em determinar o denominador, no geral, a cobertura está acima de 90% embora ligeiramente menor que a correspondente à média do Brasil (Gráfico A4 em Anexo).

Em um cenário caracterizado por uma população jovem em diminuição que, no médio prazo, enfrentará um crescimento da dependência demográfica, a atenção a esses indicadores é fundamental. Além disso, é necessário manter a vigilância à medida que se avança na idade da criança, em um dos problemas ainda não equacionados: o status nutricional, associado à transição demográfica típica da população gaúcha.

O declínio da fecundidade no Brasil teve como uma das suas consequências o surgimento de famílias menores, o que fez com que aumentassem as chances de melhorar os níveis de nutrição infantil. Peliano (1990) constata que houve melhoras nutricionais durante os anos de 1980, quando o declínio da fecundidade já estava consolidado. Mais recentemente, com os esforços em razão do cumprimento das metas do milênio, as melhorias continuaram e na segunda década do presente século, o nível de desnutrição entre crianças com até 5 anos no Brasil está em torno de 2% com tendência de declínio, de acordo com os dados da FAO²⁵.

Não é exagero afirmar que, em um contexto no qual a população em risco diminui seu tamanho, o planejamento adequado no momento e no tempo certos otimizam seus resultados, o que deve ser o caso do RS. Silva et al. (2001), por exemplo, encontraram, no final dos anos 90, alta prevalência de anemia entre crianças com idade inferior a 36 meses em creches públicas de Porto Alegre. Estudos mais recentes, embora não generalizáveis, apontam as prevalências de baixo peso inferiores a 5% (SCORTEGAGNA, 2013; MONTEIRO, AERTS, ZART, 2010). Certamente, no contexto mencionado, as intervenções realizadas se viram mais facilmente implementadas.

²⁴ A probabilidade de morrer antes dos cinco anos em 2016 foi estimada em 15,5 e 11,2 para Brasil e Rio Grande do Sul, respectivamente (IBGE, 2013) Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm>.

²⁵ Food and Agriculture Organization of United Nations. Notar que nesta fonte, a média de crianças desnutridas, menores de cinco anos na América Latina, oscilou em torno de 5% no presente século. Disponível em: <http://www.fao.org/economic/ess/ess-fs/indicadores-de-la-seguridad-alimentaria/es/#.V_bXP-ArJaU>

Juntamente com a transição demográfica, têm surgido outros fatores que reduzem os benefícios deste momento demográfico particular. A modernização, um dos determinantes da TEE, costuma estar associada, por exemplo, à mudança de hábitos nutricionais o que faz com que o Brasil tenha entrado num estágio da transição nutricional no qual começa a aparecer a obesidade. A prevalência de sobrepeso entre a população adulta, em 2002-2003, já era relativamente alta nas cinco regiões, tanto nas áreas urbana, quanto nas rurais e em todos os estratos socioeconômicos (IBGE, 2004), havendo evidências da persistência dessa tendência.

Se por um lado o baixo peso e a subnutrição não têm sido negligenciados, o mesmo não é claro no que se refere ao sobrepeso e à obesidade, que já se tornaram problemas de saúde pública em contextos similares ao do Rio Grande do Sul e em níveis internacionais²⁶. Todavia, assinala-se que nos países em desenvolvimento, a transição nutricional passa pelo padrão de dupla carga de subnutrição e sobrepeso simultaneamente, situação que teria atingido o Brasil (CONDE; MONTEIRO, 2014). Eles constatarem, para a primeira década do século, uma alta prevalência de sobrepeso na população adulta e significativo aumento do sobrepeso nas idades 6 a 11 anos. É importante mencionar que já existe um conjunto de evidências acumuladas sobre a identificação da obesidade na infância e na adolescência como graves fatores de risco predisponentes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na vida adulta²⁷.

O *status* nutricional, no qual o sobrepeso e a obesidade constituem um dos vários fatores de risco à saúde, deve, conseqüentemente, ser monitorado. Isso porque, em primeiro lugar, essas condições já são indicadores de uma saúde deficiente e, principalmente, pela condição de fatores altamente associados ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na idade adulta e na velhice.

O governo brasileiro tem um plano de ação estratégica para o combate de DCNT. Nesse, entre as primeiras metas listadas, aparece a redução da prevalência da obesidade entre crianças, jovens e adultos como prevenção das DCNT na população idosa (Quadro A1 no Anexo). No desenvolvimento de uma estratégia para um melhor funcionamento do sistema de atenção à saúde do idoso, esse enfoque à população mais jovem não pode ser descuidado no contexto gaúcho.

²⁶ Revisão sobre a dimensão deste problema pode ser vista em Willians et al., 2015.

²⁷ Veja, por exemplo, compilação feita por:

- SANTOS, S. P.; OLIVEIRA, L.M. B. (2011): Baixo peso ao nascer e sua relação com obesidade e síndrome metabólica na infância e adolescência. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, 2011, set./dez., v.10, n.3, p.329-336.
- GUIMARÃES, I. C. B.; GUIMARÃES, A. C. Síndrome Metabólica na infância e adolescência. Um fator maior de risco cardiovascular. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2006; 30(2): 349-362.
- PINTO, K. A. C.; PRIORE, S. E.; CARVALHO, K. M. B. Parâmetros metabólicos e fatores de risco associados à obesidade abdominal em adolescentes do sexo feminino de escolas públicas do Distrito Federal (Brasil). ALAN, Caracas, 2011, v.61, p. 55-65. Disponível em: <http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222011000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 07 out. 2016.

b) As causas externas de morte e morbidade e os jovens

Outro fator que não pode ser ignorado ao considerar a população jovem adulta relaciona-se ao principal grupo de causas de mortalidade que a atinge: as causas externas (violência) e que atingem proporcional e significativamente mais a população masculina. O gráfico A5 em anexo documenta o fato, mais acentuado entre os jovens de 20 a 24 anos. As taxas no RS não estão longe da média brasileira, que é alta se considerarmos que estão acima de 100 óbitos por mil habitantes, algo registrado apenas em contextos de graves conflitos bélicos. Na maioria das UFs, dois terços das mortes desses jovens se devem a causas violentas, e o RS não é exceção. No estado, registram-se anualmente mais de 6.000 mortes nas idades 15 a 39 anos; destas, aproximadamente 4.000 se devem a causas externas. Esse aspecto deve ser também motivo de especial atenção tanto da saúde pública como dos outros setores de planejamento do bem-estar da população. Uma vez que o controle dessas causas de morte passa por esferas além do aspecto sanitário (mais educação, menor desemprego, etc.).

Por que é importante mencionar esse aspecto da saúde? Porque, se por um lado as mortes por causas externas dizimam a população jovem e acentuam a diminuição dessas coortes, que já são menores em razão da fecundidade e da emigração, por outro lado há de se considerar o enorme impacto econômico e sanitário da seqüela mórbida nos sobreviventes desses incidentes violentos. Junto à ponta do iceberg que são as mortes violentas, há os sobreviventes primários: “uma legião de centenas de milhares seqüelados definitivos entre os quais se situam paraplégicos, amputados, cegos e pessoas socialmente marginalizadas” (LATEME, 2010, p. 2). Há, também, os sobreviventes secundários sem distinção de idade (familiares próximos das vítimas); as vítimas de terceiro grau (profissionais que atuam na emergência e no socorro às vítimas); e as vítimas de quarto e quinto grau (pessoas da comunidade envolvidas com o acidente de uma ou outra forma). (CAVALCANTE, MORITA e HADDAD, 2009). O gerenciamento dessa problemática (mortes por causas externas e suas conseqüências diretas e indiretas) no sistema de saúde é crucial num contexto de grandes mudanças demográficas como é nosso caso.

3.2 A população idosa: alguns indicadores de saúde no Rio Grande do Sul

Como mencionado, o tamanho e a participação da população de 65 anos e mais aumentarão continuamente durante a TEE, atingindo 20% em 2040, aproximando-se de perfis encontrados, atualmente, na Europa²⁸. Tanto RS como o Brasil se colocarão diante da difícil demanda de atender uma sociedade tão envelhecida como a Europeia, na qual a TEE foi muito mais lenta. No caso brasileiro, a TEE ocorre concomitantemente com desenvolvimento social e econômico incapaz, ainda, de se converter numa sociedade para todas as idades. Na reformulação das políticas de saúde para atender os desafios

²⁸ A proporção acima de 20% de pessoas com 65 anos e mais teria-se atingido em 2015, em Japão, Itália, Grécia, Alemanha, Portugal, Finlândia e Bulgária (UN/DESA, 2013).

da nova conjuntura demográfica, a TEE deveria não apenas ser levada em conta, mas deveria, acima de tudo, ter um papel fundamental.

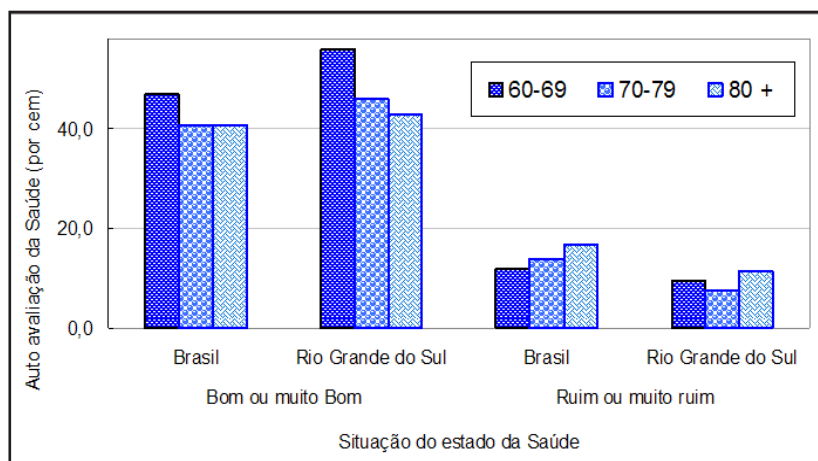
O desafio colocado pela TEE para a população idosa é o fornecimento de recursos e infraestrutura que lhe permita um envelhecimento ativo. Essa condição, que é um anseio altruísta e um direito inquestionável, imprescindível e necessário, ademais, por razões fiscais. Sem mudanças estruturais haverá um sério risco de quebra do sistema e o envelhecimento ativo é uma forma de amenizar esse risco. Como aponta a OMS, idosos ativos e saudáveis consomem consideravelmente menos recursos (WHO, 2002). Nesse caso, o envelhecimento ativo depende de três pilares: saúde, participação e seguridade social. Embora, evidentemente, interligados, neste estudo considera-se o pilar da saúde.

O atual sistema de saúde brasileiro, embora desenhado a partir de um marco conceitual ambicioso e perseguindo a excelência, está longe de ser ideal. Na prática, está associado a uma escassez crônica de recursos e é essencialmente curativo. As evidências a seguir indicam que as condições de saúde do idoso gaúcho muito se beneficiariam de um enfoque direcionado à prevenção. Com essa finalidade, a partir de dados preliminares da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, traçou-se um retrato sucinto da saúde do idoso gaúcho, considerando algumas condições como autopercepção da saúde, prevalência de DCNT, sedentarismo e mortalidade por suicídio. Como ponto de referência, para avaliar o quadro da saúde do idoso gaúcho, os equivalentes nacionais são considerados.

a) A autopercepção da saúde

Embora este indicador meça apenas indiretamente o Estado de saúde da população, a facilidade e alta cobertura da resposta permitem aferir como as pessoas percebem seu estado de saúde. O Gráfico 1 apresenta o percentual de idosos, em diferentes grupos etários, que auto avaliam seu estado de saúde em duas categorias (Bom ou muito bom e Ruim ou muito ruim).

Gráfico 1 - Autopercepção da saúde na população de 60 anos e mais, Brasil e Rio Grande do Sul, 2013 (por cem)



Fonte: IBGE - Microdados da PNS/2013 - Tabulações preliminares

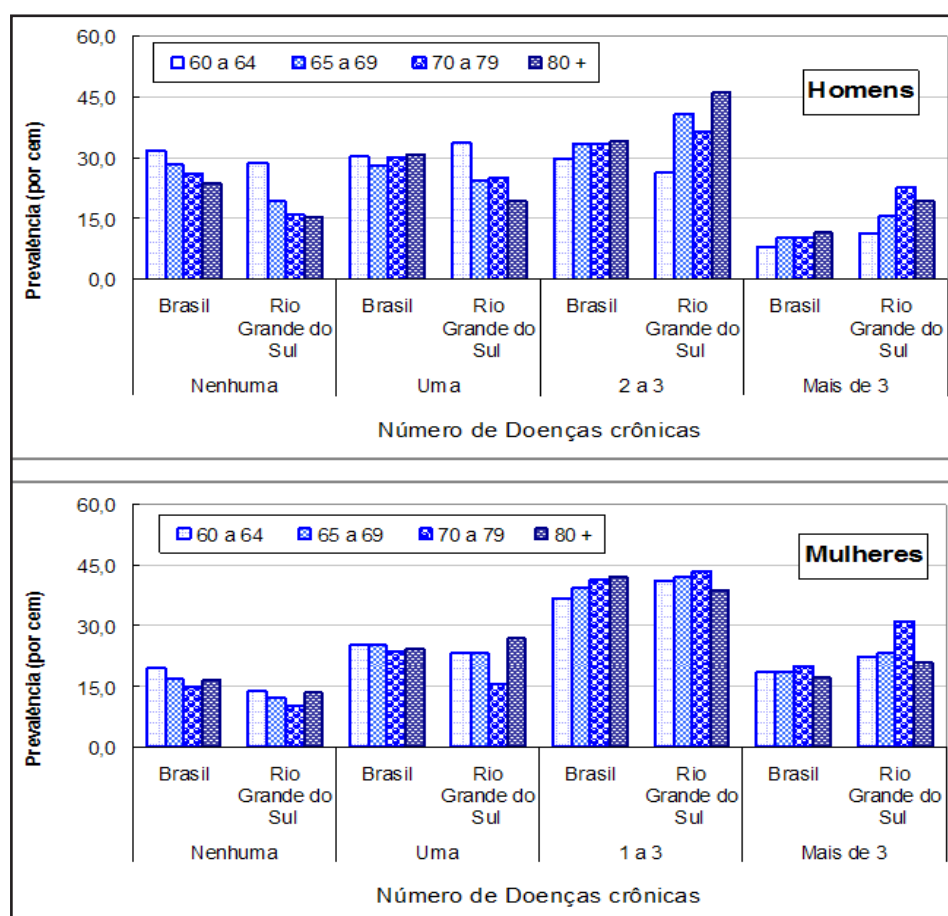
Na comparação com o Brasil, apenas entre aqueles com 60 a 69 anos de idade é possível observar uma clara diferença na proporção dos que avaliam a saúde positivamente no RS. Entre a população de mais idade, os percentuais são muito parecidos e ligeiramente acima de 40%.

Os diferenciais por sexo, não apresentados aqui, se mostraram como esperado: com uma condição melhor para os homens. No entanto, as diferenças entre o total do país e o RS não foram estatisticamente significativas, principalmente entre a população masculina. Assim, a PNS não consegue captar perfis claramente diferenciados do nível da autopercepção da saúde do RS em relação à média do país. Dadas as condições socioeconômicas do Estado e à capacidade de investir em saúde, essa ausência de diferenciais merece destaque e deve ser mais bem explorada em estudos posteriores. Afinal, esperar-se-iam avaliações mais positivas da saúde (muito boa e boa) entre os idosos gaúchos.

b) A prevalência de doenças crônicas

O Gráfico 2 mostra o percentual de idosos em diferentes grupos etários, segundo o número de DCNT reportadas na PNS de 2013²⁹.

Gráfico 2 - Prevalência de doenças crônicas na população com 60 anos e mais, por sexo - Brasil e Rio Grande do Sul (2013) - (Por cem)



Fonte: IBGE - Microdados da PNS/2013 - Tabulações preliminares

²⁹ Refere-se à DCNT diagnosticadas por um profissional da saúde.

A probabilidade de adquirir e acumular DCNT, certamente, aumenta com a idade. A visão de conjunto sugere um quadro mais vantajoso para a média do Brasil vis-à-vis a idade do que o cenário desenhado para o RS, independentemente do sexo. Salienta-se que, assim como no caso da autopercepção de saúde, a diferença estatística entre o País e o estado do RS não foi significativa.

c) O Sedentarismo

De acordo com a OMS, uma pessoa de 65 anos ou mais é definida como fisicamente ativa se pratica pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade aeróbica moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de intensidade vigorosa/moderada³⁰. Pessoa cuja prática de atividades física está abaixo das exigências anteriores é tida como sedentária.

A Tabela 3 traz a proporção da população de 60 anos e mais que não se encaixa na definição de pessoa fisicamente ativa, ou seja, que apresenta comportamento sedentário. As proporções não estão longe das médias mundiais que oscilam em torno de 80%, embora nos casos aqui citados proporções próximas de 90% sejam mais frequentes como é o caso das idades acima de 70. Como nos casos anteriores, não há diferenças significativas entre o perfil obtido para RS e a média do Brasil.

Tabela 3 - Comportamento sedentário na população com 60 anos e mais, por sexo, Brasil e Rio Grande do Sul, 2013 - (por cem)

Grupo etário	Homens		Mulheres	
	Brasil	Rio Grande do Sul	Brasil	Rio Grande do Sul
60 a 64 anos	85,7	88,4	83,3	81,0
65 a 69 anos	84,9	78,4	83,0	85,5
70 a 79 anos	87,7	85,7	89,5	86,9
80 + anos	92,1	100,0	95,7	95,8
Total	86,9	85,6	86,9	86,4

Fonte: IBGE - Microdados da PNS/2013 - Tabulações preliminares.

Nota: Comportamento sedentário: não praticar pelo menos 150 minutos semanais de atividade física de intensidade aeróbica moderada, ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física aeróbica de intensidade vigorosa, ou uma combinação equivalente de intensidade vigorosa/moderada.

d) O suicídio entre os idosos

Destaca-se esta condição, com base nas reflexões de Souza et al. (2013), pelo seu

³⁰ Refere-se à WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health. 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf>. Em 10/14/2016 11:00 PM>.

caráter auto escapatório de um contexto no qual estariam ausentes os pilares do envelhecimento ativo: inserção sócio-afetiva e/ou econômica e independência funcional.

A epidemiologia do suicídio caracteriza-se por ter uma curva bimodal, mais acentuada nas idades adultas extremas, com maior prevalência masculina e em contextos relativamente mais desenvolvidos³¹. O quadro brasileiro obedece a essa descrição, correspondendo à região Sul, as maiores taxas de suicídio, mais acentuadas ainda para a população de 60 anos e mais (MACHADO; SANTOS, 2015).

No RS, onde os níveis são ainda maiores, o suicídio é considerado um problema de saúde pública por Meneghel *et al.* (2004); sendo que Minayo e Cavalcanti (2010) chamam a atenção para a gravidade da situação, especificamente para o grupo de 65 anos e mais. Em uma série temporal entre 2000 a 2014 sobre incidência de suicídio no Rio Grande do Sul, os dados do DATASUS revelam que, embora no período mais recente (últimos quatro anos) tenha havido uma ligeira queda, o problema é mais sério na população idosa masculina (Gráfico A6 no Anexo). Nas idades extremas (65 anos e mais), a taxa de suicídio supera os 30 óbitos por 100 000 habitantes entre os homens e depois dos 70 anos, a razão desta taxa, revela mais de cinco suicídios masculinos para cada suicídio feminino.

Na velhice, diante de alguns acontecimentos como aposentadoria, aparecimento de doenças crônicas, surgimento de certas dependências físicas e psicológicas, os idosos se deparam com mudanças negativas e perdas que, frequentemente, lhes causam uma espécie de morte social e subjetiva (SOUSA *et al.*, 2013).

Destacam-se como fatores associados ao suicídio: as alterações de humor e expressões de estados depressivos, conflitos familiares permeados por dificuldades financeiras, o uso abusivo de álcool e a ideação suicida por anunciação do desejo de antecipar seu fim. Torna-se necessário um olhar abrangente e um ouvir reflexivo sobre o idoso por parte dos agentes sociais, familiares, amigos e diversos setores, especificamente o de saúde - gestores e profissionais que provoquem mudanças significativas na dinâmica do serviço. No caso das mortes por suicídio, mais do que dar ênfase ao ato propriamente dito, é importante estar atento aos motivos que levam a um número grande de idosos gaúchos a atentar contra a própria vida. Nesse caso, o suporte adequado da família, de amigos e da sociedade é fundamental.

Há fortes evidências de que uma rede social sólida contribui para um maior bem-

³¹ Ver a revisão feita por Minayo e Cavalcanti (2010), que citam:

- De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, et al. (2001): Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. **Int J Geriatr Psychiatry**, 2001, 16(3), p. 300-310
- DOAK, M. W.; NIXON, A. C., LUPTON, D. J., WARNING, W. S. Selfpoisoning in older adults: patterns of drug ingestion and clinical outcomes. **Age Ageing**, 2009, 38(4), p. 407-411.
- MINAYO, M. C. S. Suicídio de pessoas idosas e fatores associados a esse fenômeno no Brasil e no mundo. In: Berzins, M. V., Malagutti, (Org.) Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari; 2009. p.199-218.

estar das pessoas idosas³². No caso brasileiro, os cuidados aos idosos são prestados predominantemente pela família e ainda existem poucos programas formais de suporte, por parte do Estado e da sociedade, para aqueles que não podem contar com auxílio da família, ou que não possuem recursos financeiros e necessitam de apoio (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

Finalmente, cabe destacar que as estatísticas apresentadas aqui se limitam apenas aos casos fatais. Assim, para um melhor cuidado e atenção ao idoso, deve-se completar este quadro panorâmico sobre o suicídio com informações sobre tentativas de suicídio e eventuais sequelas. Os números em questão podem revelar, assim, apenas a ponta de outro iceberg e devem ser investigados com maior atenção.

e) O panorama deficitário da saúde do idoso

Os elementos considerados nas linhas acima, sem ser exaustivos, indicam condições de saúde para a população gaúcha pouco diferenciadas da média do país. Em linhas gerais, a autopercepção da saúde entre pessoas idosas gaúchas é similar à da média do País e o mesmo acontece ao se comparar o padrão de doenças crônicas e a inatividade física. Todavia, indicadores mais pontuais, como a incidência de suicídio, mostram sinais no mínimo preocupantes no sentido de que uma infraestrutura integral de saúde adequada para o idoso está ausente.

Em síntese, não haveria evidências suficientes para constatar um melhor padrão de saúde para a população idosa do RS, se comparado à média do País. De um lado, o fato surpreende, dado que seria de esperar que melhores condições socioeconômicas devessem corresponder a melhores condições de saúde. Por outro lado, como nem sempre a associação desenvolvimento e saúde apresentam uma relação linear³³, essa falta de diferenciação serve como um sinal de alerta, indicando que as melhores condições socioeconômicas, das quais o RS se beneficia, trazem consigo a carga epidemiológica já descrita por um bom número de autores que estudaram a saúde de populações em desenvolvimento, segundo a qual, não se está conseguindo vencer as primeiras fases da transição epidemiológicas e começa-se a sofrer os riscos das fases mais avançadas³⁴.

³² COHEN, S. (2001), apresenta um inventário de estudos internacionais relacionados com redes.

³³ A WHO (2010) já alertou que, quando não planejado, o desenvolvimento costuma trazer consigo, a tríplice ameaça à saúde composta por:

- a resistência das doenças infecciosas em ambientes urbanos vulneráveis
- o surgimento prematuro de DCNTs, estimulado por uso abusivo de drogas (tabaco, álcool e similares), regimes alimentares insalubres e sedentarismo
- acidentes de transporte e trabalho, crime e violência em geral.

³⁴ Sobre o assunto, ver, por exemplo: MURRAY C. J. L.; LOPEZ, A. D. (eds). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization.

4 Envelhecimento populacional e as novas perspectivas do Sistema de Saúde

4.1 A mudança na estrutura etária e possíveis benefícios ao Estado na área da saúde: a prevenção

Apesar de velhice não ser sinônimo de doença, sabe-se que entre idosos há uma maior prevalência de doenças crônicas (GRAEF, 2014). O tratamento desse tipo de doenças e outras implicações econômicas decorrentes dessas patologias, em geral, amplia a preocupação com gastos públicos na área de saúde (VERAS, 2011).

Falar em possíveis benefícios da mudança na estrutura etária da população na área de saúde, a princípio pode parecer pouco plausível; afinal se focarmos no modelo assistencial brasileiro, que se reproduz no RS, é inevitável pensar em aumento de gastos em médio e longo prazo. Tentando apresentar uma visão mais otimista da situação e buscando quebrar velhos paradigmas, pode-se enxergar que, em longo prazo, o envelhecimento populacional representa uma oportunidade para repensar qual o modelo de saúde buscamos para a população gaúcha e o que fazer para que anos ganhos com a expectativa de vida sejam revertidos em anos de vida saudável.

Nesse sentido, a proposta seria refletir sobre o modelo assistencial vigente e investir no chamado envelhecimento saudável, definido pela OMS como algo que vai além da ausência de doenças, ou seja, “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015).

Embora pareça simples e conhecida, a receita para um envelhecimento saudável não é tão fácil de ser colocada em prática. Há muito já se discute quais seriam as principais medidas para prevenção e promoção da saúde e sabe-se que é algo que deve ser pensado ao longo da vida.

É importante considerar que as condições de vida do idoso não se iniciam quando se atinge os 60 anos, mas são o resultado de um acúmulo de experiências passadas, dos cuidados com a saúde, das condições de moradia, educação, alimentação e higiene, da prática de atividade física, das oportunidades perdidas ou aproveitadas. Assim, se preocupar com o idoso de amanhã é investir durante toda a vida do indivíduo. Desse modo, se por um lado as políticas devem zelar pela qualidade de vida dos idosos atuais, garantindo que eles vivam os anos que lhes restam com dignidade, por outro, devem se preocupar com seus filhos e netos, garantindo que esses tenham uma vida cada vez mais saudável, com oportunidades de educação e trabalho, para que, ao atingir a velhice, possam preservar sua autonomia e envelhecer decentemente (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2009).

Voltando à mudança na estrutura etária e pensando no chamado bônus demográfico e no encolhimento das coortes jovens, no caso da saúde, é necessário aproveitar a janela de oportunidade e ampliar a atenção na primeira infância e às mulheres em idade reprodutiva. Como isso seria possível? Garantindo desde uma assistência mais adequada no pré-natal, aos cuidados com alimentação e saúde. Afinal, em decorrência da queda da fecundidade, teríamos um número menor de crianças nascendo e uma redução da quantidade de serviços consumidos. Assim, ao aproveitar as estruturas e serviços já existentes, seria possível melhorar a qualidade da atenção prestada. Acreditamos que esse é um primeiro passo para atingir o envelhecimento saudável. Certamente, crianças mais bem cuidadas na infância seriam, no futuro, adultos com melhores condições de saúde.

Como discutido anteriormente, as condições de saúde na primeira infância refletem nas condições de saúde do idoso. No RS, atualmente, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), que é desenvolvido por meio de ações conjuntas com a Política Estadual de Saúde da Mulher e Saúde da Criança, prioriza a qualidade no atendimento à gestante, à consulta puerperal e pediátrica, garantindo às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e às crianças um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em uma época de escassez de recursos e responsabilidade com os gastos públicos, dada a representatividade dos demais grupos etários e suas necessidades, seria complicado voltar à atenção somente para os idosos. Apesar de a população gaúcha estar envelhecendo, modificando o padrão de morbimortalidade, ainda permanecem antigos problemas que afetam a saúde de crianças, jovens e adultos.

Em síntese, como proposta enquanto a proporção de idosos ainda é baixa, se comparada a projeções futuras, coloca-se a necessidade de políticas que valorizem o envelhecimento saudável, com a prevenção de doenças e seus agravos, pensando na manutenção ou melhoria da capacidade funcional do indivíduo, como preconiza a literatura (PEDRO, 2013; FERREIRA *et al.*, 2012; VERAS, 2011; SALIM *et al.*, 2011; RAMOS, 2003). Isso é a priorização de uma política de saúde preventiva nos segmentos populacionais de todas as idades, haja vista que:

- a saúde é um bem que se forma desde antes do nascimento
- a população menor de 65 anos no seu conjunto apresenta taxas de crescimento negativas
- a população mais jovem, com cada vez menos representatividade no total da população, será a responsável por gerar a riqueza necessária para sustentar a enorme razão de dependência prevista e precisará, além de ser altamente produtiva, de ter boa saúde para isso.

4.2 Planejamento de ações em saúde em função de um maior número de idosos no Estado

A criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em 2006, constitui-se uma importante ferramenta para promoção do envelhecimento com qualidade de vida, enfatizando-se os aspectos preventivos e assistenciais (ARAUJO *et al.*, 2011). Pautada nessa política, foi criada a Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa, que tem como objetivo garantir a atenção integral aos idosos, promovendo a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, contribuindo para o envelhecimento saudável (RIO GRANDE DO SUL, 2010). Um dos preceitos da Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa é atuar no fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e de suas ações integrais, das redes de serviços especializados para esse grupo populacional e qualificação dos profissionais.

A Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa possui eixos estruturantes, tais como, promoção dos direitos sociais e atenção integral ao idoso, desenvolvimento de recursos humanos, articulação, descentralização político-administrativa e de gestão, desenvolvimento educativo sociocultural e pesquisa, inovação científica e tecnológica e esses possuem metas que possibilitam o alcance dos objetivos estabelecidos (RIO GRANDE DO SUL, 2010).

Em sua essência, a Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa apresenta quais seriam as mudanças necessárias no planejamento de ações em saúde em função do envelhecimento populacional. Avaliações que por ventura sejam realizadas sobre essa Política, certamente, indicarão a conveniência da continuidade ou a necessidade de modificações no planejamento. Um processo avaliativo é essencial, pois fornecerá informações que impliquem em ações corretivas, tendo papel fundamental na melhoria da política avaliada (TREVISAN e BELLEN, 2008). Na ausência dele, propomos avaliar o que realmente tem sido colocado em prática na Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa, visto que essa já possui um tempo de amadurecimento suficiente.

Uma avaliação poderia trazer informações mais concretas dos resultados obtidos até o momento, quais ações precisam ser priorizadas, qual a necessidade de novos investimentos, quais atividades deveriam ter sequência ou mesmo ser revistas ou canceladas. Dada a grande variedade de ações, devido ao número de eixos estruturantes, a princípio, propõe-se que seja eleito apenas um pequeno conjunto de atividades principais, em uma espécie de estudo piloto.

Diante da existência de uma Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa e reconhecendo sua importância, acreditamos que segui-la é uma forma de planejar o futuro. Para tal, sua avaliação e monitoramento, seguido de ajustes necessários, serão de grande valia no planejamento das ações em saúde.

4.3 Mudanças necessárias nos modelos de organização dos serviços de saúde: a necessidade de abandonar o modelo assistencial tradicional

Os sistemas de saúde vêm sendo palco de disputas entre os modelos assistenciais existentes (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÓAS, 1998). Modelos hegemônicos tal como o modelo médico assistencial privatista, que dá ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico não condiz mais com o atual cenário social e econômico da sociedade, e não garante efetividade e equidade em saúde, por mais que possam garantir uma assistência de qualidade em determinadas situações. Outro modelo assistencial existente, o modelo sanitarista, baseado em campanhas sanitárias, programas especiais, e vigilância epidemiológica, também tem dificuldades de implementação de ações de prevenção e promoção à saúde, que atenda às reais necessidades da população. Sendo assim, tornam-se necessárias ações centradas na concepção de integralidade da atenção e intervenções voltadas para a atual situação de saúde do Brasil (PAIM, 2002).

O processo de envelhecimento populacional vigente no RS impõe novos desafios para os sistemas de saúde e seus atuais modelos. A forma de agir perante essas novas demandas está relacionada a ações que enfatizam a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia, pois o envelhecimento deve ser desfrutado com maior bem-estar e qualidade de vida (VERAS, 2009). Contudo algumas discussões no que se referem aos modelos assistências atuais, sendo um dos principais problemas, relacionam-se a uma ideologia de ênfase na doença, priorizando as propostas voltadas prioritariamente para a redução de uma determinada patologia. Por mais que seja importante o gerenciamento dessas doenças que afligem a população idosa, o ideal é o planejamento e a execução de ações integrais (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013). A forma de cuidado de saúde da população idosa deve ser pautada em uma linha de cuidado integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso em todos os níveis (CALDAS, 2013).

Em que pese a importância da prevenção, a assistência não pode ser deixada de lado e será necessário, sempre um equilíbrio de investimentos na assistência e na prevenção. As políticas públicas de saúde devem seguir a linha da promoção do envelhecimento saudável (PORTER, 2009; VERAS; CALDAS, 2008). Portanto, acreditamos que é fundamental investir para evitar que os indivíduos adoeçam.

Diante do exposto, modelos de assistência à saúde no RS devem contemplar ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos e, desse modo, uma rede completa e eficiente, desenhada para estabelecer melhores condições de saúde (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013). Vale salientar que o idoso apresenta muitas peculiaridades e se configura como um grupo heterogêneo. As necessidades dos idosos são diferentes entre as diversas faixas etárias. Sendo assim, as ações devem ser capazes de englobar as diferenças nas con-

dições de saúde (LOURENÇO *et al.*, 2005), com cuidado especial àqueles idosos mais velhos, em que a perda de autonomia e a presença de incapacidades são mais evidentes.

Os envolvidos na organização dos modelos de saúde existentes devem ter como propósito construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que englobe as características e necessidades específicas dos idosos, resultando efetivamente em melhores condições de vida para essa população (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

4.4 Alternativas para superar o aumento nos gastos em saúde

O declínio gradual da capacidade física e biológica ao longo dos anos faz com que as pessoas idosas se tornem, naturalmente, mais suscetíveis às doenças e, portanto, utilizem com maior frequência os serviços de saúde (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Desse modo, como consequência do envelhecimento populacional poderiam ser esperados maiores custos ao sistema de saúde. Atualmente, mesmo sem apresentar uma população de estrutura envelhecida, os gestores públicos e a sociedade já se preocupam com os altos gastos com saúde dos idosos, uma vez que esses são os grandes consumidores de consultas e internações.

Quando se pensa em alternativas para conter o aumento nos gastos em saúde, uma primeira solução a ser considerada, em termos de políticas públicas, deve ser os programas preventivos de promoção da saúde. Afinal, cabe lembrar que a demanda por serviços de saúde não está associada somente a ser idoso ou não. A demanda é influenciada pelo estado de saúde da população. Assim, um indivíduo idoso que apresente um melhor estado de saúde terá menores despesas com cuidados de saúde, o que justificaria os investimentos em prevenção.

Ao mesmo tempo em que se reconhece progresso na saúde observado nas últimas décadas, sabe-se que os investimentos em prevenção ainda são tímidos e incapazes de produzir mudanças estruturais incisivas, que reflitam melhorias nas condições de vida da maioria da população. Ainda se tem espaço para avançar em termos de valorização da Atenção Primária à Saúde, principal caminho para se implantar ações de prevenção e promoção da saúde. A Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa do RS (RIO GRANDE DO SUL, 2010) já valoriza essa necessidade de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde e suas ações integrais. Assim, seguir as ações previstas nesse documento é uma forma de pensar no futuro da população gaúcha, considerando o processo de envelhecimento populacional.

A seguir, enfatizamos algumas propostas que, dentro do marco das políticas de saúde orientadas para o idoso, se priorizadas devidamente, oferecem potencial para uma otimização dos recursos materiais a empregar.

a) Atendimento às Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)

Seguindo essa mesma lógica de pensar em redução de gastos com serviços, consultas e internações, a Atenção Básica, que já é defendida pelo SUS, deve ser absolutamente privilegiada, pois é a concepção dela e sua qualidade que determinará em grande parte o emprego dos recursos da saúde para o cidadão³⁵. A *Atenção Básica* funcionando adequadamente tem potencial para reduzir as internações devidas a CSAP, que são problemas de saúde atendidos por ações do primeiro nível de atenção. A necessidade de hospitalização por essas causas pode ser evitada por uma atenção primária oportuna e efetiva, tal como se demonstra em significativa literatura nacional e internacional³⁶. Um estudo transversal com 1.200 pacientes internados entre setembro/2006 e janeiro/2007, em Bagé (RS), mostrou que 42,6% das internações foram por CSAP (NEDEL *et al.*, 2008). Quando há baixo acesso aos serviços prestados pela Atenção Básica, ou em um sistema de saúde em que a Atenção Básica não funciona como deveria, prestando serviços de baixa qualidade, o número de internações por CSAP é elevado, o que gera gastos desnecessários (BOING *et al.*, 2012). Portanto, ao tratar de contenção de gastos, devem-se valorizar ações que evitem internações por CSAP, em especial, no caso dos idosos, tidos como grandes consumidores de hospitalizações.

b) Investimento em gestão dos serviços de saúde

Outro ponto a ser apreciado quando se pensa em reduzir custos com saúde é a tentativa de substituição da quantidade de consumo pela qualidade de serviços prestados, o que poderia ser alcançado com investimentos na gestão dos serviços de saúde.

A gestão em saúde nesse contexto atual de maior competitividade é uma importante e essencial ferramenta para atender às necessidades e acima de tudo, garantir a manutenção e a sobrevivência das instituições em saúde. No que diz respeito a essa maior ênfase em gestão, a análise econômica torna-se fundamental na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades (MATOS, 2002).

Instituições de saúde são organizações complexas e seus problemas são multidimensionais, demandando ações e políticas de mesmo grau de complexidade, e que sejam integradas em diversas áreas. Um desses grandes problemas que o sistema de saúde brasileiro enfrenta é a escassez de recursos, trazendo à tona a necessidade de alocação adequada dos mesmos para atender às necessidades da população de forma eficiente (FERRAZ; VIEIRA, 2009). Sendo assim, a gestão em saúde envolve ações de melhoria das organizações, por meio da melhor combinação possível dos recursos disponíveis para

³⁵ Macinko (2009) oferece uma boa revisão da literatura sobre o assunto, importante para contextos em desenvolvimento.

³⁶ Ver, sobre o assunto: ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009, 25(6), p. 1337-1349. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>>. Acesso em 30 nov. 2016.

atingir os seus objetivos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

As ações de gestão, devido a sua complexidade, exigem profissionais articuladores, integrativos e que tenham uma visão gerencial de todo o processo. O gestor de serviços de saúde possui um importante papel na busca por melhores condições do processo de trabalho em saúde e sendo assim, necessita de determinadas habilidades em diversas dimensões para alcance dos objetivos (SILVA; ROQUETE, 2013).

Maior proporção de idosos leva a uma maior utilização de serviços de saúde o que demanda uma gestão mais eficiente dos mesmos para atender a essas necessidades contemporâneas, tornando a gestão algo imprescindível e indispensável para que o sistema de saúde possa obter êxito.

c) Cuidados paliativos

O envelhecimento da população incide diretamente na demanda de cuidados paliativos, uma vez que o aumento da longevidade beneficia, também, o portador de doença não responsiva a tratamento de cura. O cuidado paliativo domiciliar de pacientes em fase terminal desempenha um papel importante na família, pois é um tipo de fator protetor emocional, favorecendo o acompanhamento da família e seus entes queridos; permitindo a participação do paciente e sua família no processo terapêutico e reduzindo os riscos inerentes à hospitalização. Além disso, do ponto de vista da gestão, os cuidados paliativos são uma alternativa importante na redução de custos para o sistema de saúde (SALAS; GUARINE, 2014).

A ocupação hospitalar e a insuficiente quantidade de profissionais de saúde que costumam ter as instituições tornam ainda mais difícil a permanência de pacientes com necessidades crônicas do tipo paliativo que, na maioria dos casos, poderiam ser tratados nas unidades básicas de saúde ou com cuidados domiciliares. Liberar-se-iam, dessa forma, os leitos hospitalares para pacientes que requerem constante e urgente avaliação de especialistas e utilização de equipamento, diagnóstico e terapêutica em regime de internação (SALAS; GUARINE, 2014).

Embora os cuidados paliativos sejam uma obrigação do Estado, esse tipo de intervenção é, no geral, incipiente. A falta de capacitação, a limitada disponibilidade de medicamentos e a inexistência de apoio para que os familiares lidem com o idoso com doença terminal constituem uma realidade cotidiana (CEPAL, 2016; UGARTE, 2014).

No contexto brasileiro, e nele incluído o RS, a família e o cuidador informal são personagens chaves da atenção ao idoso, e o sistema de saúde é limitado no que se refere ao cuidado intensivo de pacientes terminais. Em que pesem algumas experiências bem-sucedidas, para o conjunto do país, a oferta de tratamento paliativo é pequena e fragmentada e a grande maioria localizada em hospitais (FRIPP; FACCHINI; SILVA, 2012).

Pelos motivos expostos, praticamente não existem dúvidas sobre a importância do cuidado paliativo como uma instância institucional chave nos programas de atenção ao idoso. O cuidado paliativo deve ser considerado num programa de ampliação e melhoria do sistema de saúde que enfrente o acelerado processo de envelhecimento, como é o caso de Brasil e do RS, em particular.

Há um bom número de material desenvolvido sobre estratégias e desenhos de programas dessa natureza, assim como de avaliação em nível nacional e internacional. Há também um significativo número de experiências bem sucedidas, como a relatada por Fripp, Facchini e Silva (2012) para Pelotas/RS. Porém, essas ainda insuficientes para a atual demanda, que, sem dúvidas, tenderá a aumentar. Essas experiências poderiam subsidiar, nas palavras dos citados autores, a implementação de políticas públicas em outros locais do País.

No Brasil, tem havido iniciativas de formulação de políticas voltadas para os cuidados paliativos a partir de 2002, porém avanços efetivos, especificamente na área oncológica são sentidos apenas recentemente (2010 em diante). A legitimação da inserção da prática paliativa no SUS ainda demanda ações do Ministério da Saúde, no que diz respeito à formulação de políticas públicas mais contundentes, que contemplem definições das modalidades de atenção nos pontos de atenção na rede, com linhas de financiamento e possibilidade de monitoramento e avaliação, voltados à atenção em cuidados paliativos, de forma coordenada e integrada, na rede de atenção à saúde (UGARTE, 2014).

A atual conjuntura socioeconômica, que inibe saltos de qualidade no SUS, deve privilegiar a implantação de cuidados paliativos. Por um lado, isso se justifica pelo volume da demanda haja vista o panorama demográfico de envelhecimento, que sem dúvida aumentará, independentemente de qualquer outra iniciativa. Por outro lado, porque é uma estratégia de custo menor, frente à manutenção do paciente numa estrutura hospitalar que, na maioria dos casos, terá altos custos em razão da condição terminal.

d) Investimento em capital humano para o cuidado do idoso - o cuidador informal

Sendo a família uma instituição valorizada no contexto brasileiro, o cuidador informal (quase sempre um membro da família), cuja exata relevância ainda precisa ser medida, desempenhará, sem dúvidas, um papel fundamental nos serviços demandados pelo idoso. O SUS, sabemos, atende a demanda domiciliar de forma precária e a internação de doentes idosos é uma demanda cronicamente insatisfeita e cara. Desse modo, advogamos pelo estabelecimento regular do cuidado paliativo. Nessas circunstâncias, uma estratégia complementar a priorizar é o cuidado domiciliar. Nela, o cuidador informal terá um protagonismo central, o que faz com que programas que qualifiquem os potenciais cuidadores informais devam ser considerados em políticas públicas.

Assim, há duas frentes de ação a manter e reforçar nesta esfera: o cuidador propriamente e o cuidado do cuidador. No caso da primeira, deve-se incentivar o desen-

volvimento das redes sociais de apoio como uma maneira de facilitar os cuidados com a saúde e de criar oportunidades para melhoria das condições de vida dos idosos. Deve-se levar em consideração esse recurso de baixo custo e estimular sua formação. As redes devem incluir, acima de tudo, toda a família e parentes mais próximos, que se constituem nos potenciais “cuidadores” do idoso na presença de incapacidades e dependência, simultaneamente com uma aparelhagem governamental.

Na segunda frente de ação, considerando que esse cuidador constitui ainda uma rede autônoma e geralmente desintegrada dos serviços de saúde, carente de orientações e suporte dos profissionais de saúde, há a necessidade de programas direcionados a ele, apesar de toda a legislação vigente. Seguindo a proposta de Moreira e Caldas (2007), é de grande importância e necessidade a

[...] ampliação de ações que tenham o cuidador como sujeito principal, para que essa atividade seja reconhecida e investida em práticas adequadas, trazendo benefícios para quem cuida e quem é cuidado. Cabe ao profissional de saúde que assiste o idoso dependente ter uma visão mais ampla do processo de envelhecer e da importância da rede de suporte familiar que o idoso possui, com atenção aos idosos sem rede também. (MOREIRA; CALDAS, 2007, pag. 11).

Existe um bom número de estudos sobre os cuidadores informais, cujo estoque é formado dentro da família, e sobre as, geralmente, precárias condições com que exercem a importante função de cuidar do idoso³⁸. É importante implementar estratégias que permitam quantificar o número de potenciais cuidadores e suas correspondentes (in)capacidades e, assim, definir o custo-benefício de um cuidador com relação ao idoso e ao próprio SUS.

Importante lembrar, por último, que o cuidador informal/familiar, devido à transição demográfica, já várias vezes mencionada, tenderá a desaparecer, como ilustrado na tabela 2. Isto é, dadas as mudanças recentes no tamanho da família, os idosos dos anos 2030-40, talvez, já não tenham mais familiares como potenciais cuidadores. O SUS pode,

³⁸ Sobre o cuidado do cuidador, ver, por exemplo:

• CRUZ, D. C. M. et al. As vivências do cuidador informal do idoso dependente. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 2, p. 127-136, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 out. 2016.

• AREOSA, Sílvia Virgínia Coutinho et al. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 15, n. 2, p. 482-494, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 out. 2016.

• RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a Estratégia de Saúde da Família: contribuições de uma revisão bibliográfica. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 41-50, jan./abr. 2010 - Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IJchtRZXe3YJ:www.revistas.usp.br/rto/article/download/14084/15902+&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em 26 out. 2016

na presente conjuntura, se aproveitar da janela demográfica e se preparar para, no médio e longo prazos, implementar propriamente um sistema mais funcional de atenção e cuidado formal ao idoso, uma vez que o apoio familiar tenderá a diminuir tão rápido quanto foi a transição demográfica.

e) Moradias compartilhadas

Embora estratégias, que mirem moradias compartilhadas como alternativa a asilos e arranjos similares, fujam do escopo do cuidado à saúde, o estilo de vida, conhecido como *cohousing* merece ser considerado, uma vez que experiências bem-sucedidas concluem que o estado de saúde de idosos usufruindo deste modo de vida tendeu a ser melhor, reduzindo assim as demandas por cuidados com a saúde: “*Keeps older people active, healthy and engaged and reduces demand for health and social care services*” (Brenton, 2013; p. 5).

Estas moradias compartilhadas parecem se expandir nos Estados Unidos, sendo ainda incipientes, mas promissórias em contextos europeus (BAMFORD, 2005; BRENTON, 2013; UDP, 2015). Acreditamos que valeria a pena investir em estudos prospectivos sobre a conveniência desse tipo de estratégia para idosos, particularmente no RS que é uma região mais abastada e com o maior número de casais idosos vivendo juntos, nas palavras de Neri (2016). Para a autora, *cohousing* seria uma das grandes alternativas de moradia para as novas gerações de idosos que estão se formando no Brasil, sendo que algumas experiências já se implantaram no país³⁹.

O conceito de *cohousing* não tem sido pensado como uma opção para pessoas idosas com estilos de vida alternativos, e sim uma alternativa de moradia para idosos com estilos de vida regulares (“it is an alternative for ordinary people” nas palavras de Bamford, 2005), com um grupo formado por outras pessoas mais velhas como vizinhos, com espaço compartilhado e facilidades determinadas e controladas coletivamente. No contexto brasileiro, essa ainda é uma possibilidade apenas para classes econômicas mais privilegiadas. No entanto, à medida que um número maior de pessoas se interesse por esse tipo de estratégia de moradia, provavelmente, as moradias compartilhadas podem se tornar um nicho de habitação valorizado socialmente e ao alcance de um maior número de idosos, não apenas de classes sociais mais privilegiadas.

4.5 Além da saúde, a necessidade de repensar redes de apoio e suporte intergeracional e as Instituições de Longa Permanência para Idosos

O aumento da longevidade e, portanto, o aumento na prevalência de incapacidades na população que envelhece rapidamente, junto com as deficiências no sistema

³⁹ Ver a experiência de Piracicaba, em São Paulo, divulgada em: <http://blogaecweb.com.br/blog/grupo-cria-projeto-para-implantar-primeira-cohousing-no-brasil/>. Outras iniciativas privadas foram encontradas em: <https://www.facebook.com/CohousingBrasil/>

público de saúde, torna as redes sociais de apoio disponíveis para o idoso como principal alternativa de suporte.

No município de São Paulo, a pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) mostrou que 60% das pessoas idosas, com pelo menos uma incapacidade, recebiam suporte de parentes próximos (parceiro, filho ou genro/nora), os quais constituíam as redes “informais” que poderiam oferecer suporte. A mesma pesquisa identificou São Paulo entre as cidades com níveis relativamente elevados de interação entre o idoso e a comunidade (PELÁEZ; WONG, 2004).

Cabe destacar que suporte intergeracional funciona, também, na direção oposta: a família, muito frequentemente, usufrui da aposentadoria ou do pagamento de pensão dos idosos, particularmente na área rural do Norte e Nordeste brasileiro. Camarano (2002) mostra que estas transferências explicam a associação entre contribuição de idosos para a renda domiciliar e arranjos familiares. Trata-se de um mecanismo que promove a integração da família, e que pode, ou não, favorecer o bem-estar do idoso. O fluxo intergeracional de riquezas no âmbito micro é uma urgente agenda de pesquisa, que se realizada no RS, permitirá avaliar o custo benefício que o idoso obtém desse fluxo.

O aumento do peso relativo dos idosos na população cria a necessidade do atendimento de novos tipos de demandas e, com isso a criação de vagas em determinados serviços públicos como, por exemplo, os de acompanhamento, abrigamento e saúde de idosos (FERREIRA et al, 2012).

No Brasil, ainda existem poucos programas formais por parte do Estado para prestar assistência aos idosos que não podem contar com auxílio da família, ou que não possuem recursos financeiros e necessitam de apoio. Um exemplo de iniciativa recente é o projeto Cuidador de Idosos do Programa Maior Cuidado, implantado pela prefeitura de Belo Horizonte (MG), e que consiste no acompanhamento domiciliar da rotina de idosos semi-dependentes e dependentes em situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e pela ausência de acesso a possibilidades de inserção, habilitação social e comunitária (BELO HORIZONTE, 2011). Ações como essas reduzem o risco de institucionalização do idoso e ampliam o apoio a família e ao idoso dependente de cuidados.

A institucionalização é a modalidade de serviço mais conhecida e principal alternativa dentre as não familiares para idosos que necessitam de cuidados de longa duração (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011). Porém, ainda que o cenário atual aponte para uma maior necessidade de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), sabe-se que a realidade é bastante diferente. O número de ILPI permanece pequeno se considerado o processo de envelhecimento populacional e algumas já convivem com filas de espera (CAMARGOS, 2014).

No RS, em um estudo realizado pelo IPEA em 2007-2008, foram identificadas 346 ILPI, distribuídas por 105 municípios, ou seja, em aproximadamente 79% dos municí-

pios do Estado não se identificaram ILPI (IPEA, 2008). A capital contava com 129 instituições; o município de Canoas, com 11; o de São Leopoldo, com 10; e Cachoeirinha, Montenegro e Novo Hamburgo, com 8 cada um. Na região sul do estado, na divisa com o Uruguai, também se observa maior ocorrência dessas instituições. A última área de concentração se localiza na região centro-norte do estado, onde se destaca o município de Passo Fundo, com 7 instituições. Outro município que, embora não inserido nessas regiões, também se destaca é o de Caxias do Sul, que possui um total de 9 ILPI. Pode-se dizer que as ILPI eram mal distribuídas e ainda em pequeno número, dadas as características da população do Estado.

O envelhecimento da população trará inevitavelmente um aumento de demanda por ILPI, sendo que o panorama traçado por Camarano e Kanso (2010) é bastante desalentador, pois mesmo as ILPIs públicas ou filantrópicas requerem aporte econômico dado pelo idoso e/ou pela sua família para atender às demandas do paciente. Nesse aspecto, e dada a expectativa de aumento da demanda, estratégias para otimizar recursos tem que considerar, além da tecnologia avançada e a busca por eficiência de procedimentos mencionados anteriormente, a sinergia com redes de apoio comunitárias.

5 Algumas considerações para discussão

Este ensaio baseia-se no fato de a população do Rio Grande do Sul estar passando por um processo de transição para uma estrutura etária de perfil envelhecido caracterizado, neste momento, por um encolhimento das coortes mais novas – mais nítido entre crianças de menos de 10 anos, mas que se aplica também aos jovens e jovens adultos – e um aumento significativo da população idosa. As previsões indicam que dentro de 10 anos, ou menos, quiçá, se considerados os grandes grupos etários, apenas os maiores de 65 anos continuarão crescendo.

Esse perfil torna a população em idade produtiva uma *commodity* de alto valor, pois além de começar a escassear, arcará com um sistema produtivo que deverá suportar uma pesada carga fiscal para sustentar a população idosa. Por essa razão, essa população jovem tem que ser altamente produtiva e daí, ter e manter um bom padrão de saúde é vital.

Dado esse fato e considerando que a saúde é um bem que se adquire antes do nascimento, a resposta da sociedade com relação à saúde deve ser única: prover saúde a seus indivíduos desde antes mesmo do nascimento e, o que é muito importante, gerenciá-la de forma a manter essas gerações sadias até depois da entrada na velhice, quando, inevitavelmente, a fisiologia humana começa a degenerar. Em outras palavras, é urgente acelerar estratégias que privilegiem a medicina preventiva em todas as idades. Elas ajudarão a reduzir os grandes gastos com a saúde do idoso, no futuro que se aproxima.

Essas estratégias são imprescindíveis, não apenas porque elas adiam o processo

degenerativo, mas também porque dada a TEE que o Rio Grande do Sul experimenta, a população idosa, seja ela contabilizada a partir da idade 60 ou 65, será, dentro de muito pouco tempo, equivalente a um quinto da população gaúcha. E se a população já entra doente na velhice os recursos para atender as demandas de saúde certamente aumentarão e serão insuficientes. A inatividade física e o suicídio são um sinal não desprezível da necessidade de diagnosticar com precisão a saúde do idoso gaúcho.

É importante lembrar que, apesar do estado do RS apresentar melhor status socioeconômico em relação à média do Brasil, isso não se reflete positivamente no perfil sanitário de sua população idosa. Essa constatação deve ser vista como um sinal de alerta para avaliar se já houve perda de oportunidades ou se a população gaúcha foi e está sendo vítima do efeito perverso do desenvolvimento, que traz consigo danos à saúde, caso seja mal administrado. Nesse caso, convém atualizar e rever processos para diagnosticar com precisão as necessidades de saúde e, se preciso, corrigir ou alterar metas para intervir e melhorar procedimentos.

Além da principal recomendação, que já está no marco referencial do SUS, qual seja, reforçar a Atenção Básica, porta de entrada, por excelência, aos serviços de saúde, consideramos que o enfoque preventivo deve ser privilegiado. Esse enfoque, é sinérgico –pela interação necessária que deve existir entre a Saúde e os sistemas econômico, educacional e social, entre outros – e é uma das melhores formas, se não a única, de garantir o sucesso de estratégias de prevenção da doença.

Conjunta e complementarmente às estratégias preventivas, alertas ao forte aumento do contingente idoso que se aproxima, sugerimos o reforço dos serviços que o sistema ainda não consegue acompanhar. Destacamos a necessidade de investir em:

- Serviços domiciliares, com destaque da presença do cuidador domiciliar em quanto exista estoque, e a oferta domiciliar de cuidados paliativos.
- Sinergias comunitárias que, comprovadamente, apontem para a melhora da saúde do idoso, como a expansão das redes sociais de suporte, a promoção de atividades comunitárias, incentivo às moradias compartilhadas.

A Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa do Rio Grande do Sul, como se sabe, já apresenta as principais mudanças necessárias no planejamento de ações em saúde em função do envelhecimento populacional; segui-la é uma forma de planejar o futuro da população gaúcha. Acreditamos que se ainda não há um processo de avaliação e monitoramento, agora é a hora de fazê-lo para realizar ajustes necessários para maximizar os poucos recursos disponíveis e valorizar o envelhecimento saudável e investir no futuro.

Finalmente, destaca-se que o envelhecimento da população do Rio Grande do Sul é inevitável e o modo de lidar com todas as suas consequências deve ser visto com muita atenção e cuidado. Não caberá apenas ao Sistema de Saúde rever seus procedi-

mentos, mas a toda a sociedade, sinergicamente, como já mencionado, pensando num melhor horizonte para a população gaúcha de todas as idades, mesmo diante de possíveis desafios.

6 Referências

ABODERIN, I.; KALACHE, A.; BENSHLOMO, Y.; LYNCH, J. W.; YAJNIK C. S.; KUH, D.; YACH, D. (2002). **Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: key issues and implications for policy and research**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

BAMFORD, G. Cohousing for older people: housing innovation in the Netherlands and Denmark. **Australasian Journal on Ageing**, v. 24, p. 44-46, 2005.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. **Programa Maior Cuidado inova em atendimento aos idosos da capital**. 2011. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=45805&pldPlc=&app=salanoticias>. Acesso em 06 abril de 2014.

BLOOM, D. E.; E CANNING, D. (2004): **Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance**. In: Global Demographic Change: Economic Impacts and Policy Challenges. Anais... Federal Reserve Bank Kansas City, Jackson Hole, Wyoming, 26 al 28 de agosto, p. 9–56.

BLOOM, D.E. (2016): **Convulsión Demográfica**. Finances & Development March, 2016.

BOING, A.F et al. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998- 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 2, p. 359-66, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/conteudo/918_cartilha_dcnt.pdf>. Acesso em 30 nov. 2016.

BRENTON M. **Senior cohousing communities – an alternative approach for the UK?** 2013. Disponível em: <<https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/senior-cohousing-communities-full.pdf>>. Acesso em 28 out. 2016.

CALDAS, C. P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p. 3495-3506, 2013.

CAMARANO, A. A. **Brazilian population aging: differences in well-being by rural and urban areas**. 2002. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4962/1/DiscussionPaper_113.pdf>. Acesso em 30 nov. 2016.

CAVALCANTE, F. G; MORITA, P. A.; HADDAD, S. R. Sequelas invisíveis dos acidentes de trânsito:

o transtorno de estresse pós-traumático como problema de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2009, v. 14, n. 5, p. 1763-1772. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500017>. Acesso em 30 nov. 2016.

CEDEPLAR. Estimativas de população para o Brasil: total do país, unidades federativas e municípios, 2010-2030. 2014. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/2015/projecoes_2014.pdf>. Acesso em 30 nov. 2016.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, jun., v. 31, n. 1, p. 211-217, 2014.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1903-1909, Dec. 2009.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011.

CEPAL/CELADE. **Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades**. Ageing: four dimensions of a society for all ages. 1997. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7399/S9700047_en.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em 30 nov. 2016.

CEPAL, 2016 - Boletim 13 - **Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe**. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39876/1/S1600143_es.pdf>. Acesso em 14 out. 2016.

CONDE, W. L., MONTEIRO, C. A. Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil. **Am J Clin Nutr**, 2014, Dec., v. 100, n. 6, p. 1617-1622.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante. **Dados**, Rio de Janeiro, v.52, n.1, p. 223-251, 2009.

FERREIRA, O. G. L et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.2, n. 35, p.13-18, 2012.

FERREIRA, F. P. M.; MIRANDA-RIBEIRO, A.; RIANI, J. L. R.; MARINHO, K. R. L.; CAMARGOS, M. C. S. População e políticas: tendências e cenários para Minas Gerais. **Cadernos BDMG**, out., n. 21, 2012.

FRIPP, Julieta Carriconde; FACCHINI, Luiz Augusto; SILVA, Suele Manjourany. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 69-78, mar. 2012.

GRAEF, B. Envelhecimento, velhice e saúde: transformando o invisível em visível. **R. Dir. sanit**, São Paulo v.15 n.1, p. 77-82, 2014.

HOFFMANN, J. F. **RS 2030**: Texto de Referência 5: Situação da Saúde no RS. Rio Grande do Sul. Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional. Disponível em: <<http://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/201512/15134118-20150928173826rs-2030-tr-5-situacao-da-saude-no-rs-03-12.pdf>>. Acesso em 01 out. 2016.

IPEA. **Características das instituições de longa permanência para idosos – Região Sul**. Brasília: IPEA, 2008, 138p.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235, jan./jun. 2010

KINSELLA, K. E VELKOFF, A. V. **An Aging World**: 2001. U.S. Census Bureau International Population Report P95/01-1. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

LIGA ACADÊMICA DE TRAUMA E EMERGÊNCIAS MÉDICAS. **Projeto Trauma 2005-2025**: Sociedade, Violência e Trauma. 2010. Disponível em: <<http://lateme.webnode.com.br/news/projeto-trauma-2005-2025/>>. Acesso em 11 de out. 2016.

LOURENÇO, R. A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **J Bras Psiquiatr**, 64(1):45-54, 2015.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; TEMITOPE, E. The impact of primary healthcare on population health in low-and middle-income countries. **J. Ambulatory Care Manage**, v. 32, n. 2, p. 150-171. Disponível em: <<https://depts.washington.edu/sphnet/wp-content/uploads/2013/01/Macinko.pdf>>. Acesso em 30 nov. 2016.

MARQUETTI, Adalmir Antonio; HOFF, Cecília Rutkoski. **Tendências regionais**: PIB, Demografia e PIB per Capita. Porto Alegre: FEE, 2014. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/wp-content/uploads/2014/12/201412091_fee-tendencias-regionais_site4.pdf>. Acesso em 28 set. 2016.

MATOS, A. J. **Gestão de custos hospitalares**. São Paulo: STS; 2002. 280p.

MENEGHEL, S. N.; VICTORA, C. B.; FARIA, N. M. X.; CARVALHO, L. A.; FALK, J. W. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 38(6):804-810, 2004.

MINAYO, M. C. S., CAVALCANTE, F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Rev Saúde Pública**, 44(4):750-757, 2010

MONTEIRO, L.N., AERTS, D., ZART, V.B. (2010): Estado nutricional de estudantes de escolas públicas e fatores associados em um distrito de saúde do Município de Gravataí, Rio Grande do Sul. In: **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 19(3): 271-281, jul-set 2010.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc.**

Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 out. 2016.

NERI, L. A. **Longevidade ADunicamp**. 2016. Disponível em: <www.adunicamp.org.br - <http://longevidadeadunicamp.org.br/?p=1934>>. Acesso em 28 out. 2016.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim J. S. (Org.) **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudos e Projetos em Saúde; 2002. p. 367-81.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Kairós Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.09-32, 2013.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.213-20, 2013.

PORTER, M. E. A strategy for health care reform: toward a value-based system. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 361, p. 109-112, 2009.

RIO GRANDE DE SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Ações em saúde. **Política Estadual da Saúde da Pessoa Idosa**. 2010.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Primeira Infância Melhor**. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>>. Acesso em: 10. out. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Planejamento, Gestão e Participação Cidadã **RS 2030**: Agenda de Desenvolvimento Territorial - Dinâmicas Territoriais Recentes no Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional. **Futuro RS**: Agenda para o Desenvolvimento - Temas para uma Agenda de Desenvolvimento - Versão Preliminar, Cadernos para o Futuro - 1 - Porto Alegre, outubro de 2016.

SALAS A. M. L.; GUARÍN E. M. C. **Diferencias en costo-efectividad del cuidado paliativo domiciliario frente a la atención convencional hospitalaria para el manejo de enfermedades crónicas en fase terminal**: revisión sistemática de la literatura. Dissertação em Administração da Saúde. Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Administración. Maestría en Administración en Salud. Bogotá. 2014. Disponível em: <<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5040/1032383311-2014.pdf?sequence=1>>. Acesso em 14 out. 2016.

SALIN, M.S et al. Atividade Física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, 197-208, 2011.

SCORTEGAGNA DA CUNHA, N. **Alimentação e estado nutricional de pré-escolares**. 2013.

Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/78467/000899770.pdf?sequence=1>>. Acesso em 30 nov. 2016.

SILVA, Y. C.; ROQUETE, F. F. Competências do gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **RAS**, v.15, n.58, 1-12, 2013.

SOUSA G. S.; SILVA, R. M.; FIGUEIREDO, A. E. B; MINAYO, M. C. S; VIEIRA L. J. E. S. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. In: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. 2013. Disponível: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130241.pdf>>. Acesso em 10 nov. 2016.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr., 2012 .

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÓAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus**, v.5, n. 2, p. 7-28, 1998.

TREVISAN, A. P.; BELLEN, H. M. V. Avaliação de políticas públicas: uma revisão teórica de um campo em construção. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-50, 2008.

UNIÓN DEMOCRÁTICA DE PENSIONISTAS Y JUBILADOS DE ESPAÑA (UDP) (2015): **El “Cohousing” (Viviendas Colaborativas) y las Personas Mayores**. Disponível em: <<http://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2014/09/El-cohousing-y-las-personas-mayores-abril-2015.pdf>>. Acesso em 30 nov. 2016.

UGARTE, O. **Contexto Normativo dos Cuidados Paliativos no SUS**. 2014. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/114783/000954355.pdf?sequence=1>>. Acesso em 14 out. 2016.

UNITED NATIONS, DESA/Population Division. **World Population Prospects: The 2015. Revision, DVD Edition**.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis Revi de Saúde Col**. Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p.1189-1213, 2013.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1104, jul./ago. 2008.

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

VERAS, R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.779-86, 2011.

VERONA A. P. A.; POTTER J. E. Fecundidade no Rio Grande do Sul entre 1946 e 1960: uma aná-

lise utilizando o método dos filhos próprios. **REDES**, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 2, p. 222 - 240 , mai/ago., p 222-240, 2008.

WILLIAMS, E. P. et al. Topical collection on the obesity epidemic: causes and consequences. **Curr Obes Rep** 4: 363. Disponível em: <http://link.springer.com/journal/13679/topicalCollection/AC_df3a2fdaa9aaa759dd137e2d52b71725>. Acesso em 10 nov. 2016.

WONG L. L. R.; CARVALHO, J. A. M. de. El rápido proceso de envejecimiento en los países del tercer mundo y las políticas sociales: el caso de Brasil. **Notas de Población**, v. 81, p. 1-31, 2006.

WONG L. L. R.; CARVALHO, J. A. M. ; PERPÉTUO, I. H. O. A estrutura etária da população brasileira no curto e médios prazos - evidências sobre o panorama demográfico com referências às políticas sociais, particularmente as de saúde. In: Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSAs. (Org.). **Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Demografia e Saúde**. Contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: OPAS, 2009, p. 36-66.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em 30 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Why urban health matters**. Disponível em: <<http://www.who.int/world-health-day/2010/media/whd2010background.pdf>>. Acesso em 21 out. 2016.

7 Anexos

Tabela A.1 - Esperança de vida as idades indicadas, para ambos os sexos, Rio Grande do Sul (2000 a 2030)

Idade e período	Ambos sexos	Mulheres	Homens	Diferença entre sexos
2000	72,4	76,2	68,6	7,6
2010	76,0	79,5	72,4	7,1
2015	77,5	80,9	74,0	6,8
2020	78,8	82,0	75,4	6,6
2030	79,9	83,1	76,6	6,3
Referência padrão *	76,9	80,4	73,4	7,0
Aumento médio anual da E ₀ no período indicado				
2000-2015	0,34	0,31	0,36	Diminui
2015-2030	0,22	0,20	0,24	Diminui
Ao nascer				
2000	19,4	21,4	17,1	4,3
2010	21,9	23,8	19,7	4,1
2015	22,7	24,7	20,5	4,2
2020	23,5	25,5	21,2	4,3
2030	24,2	26,2	21,9	4,3
Referência padrão *	22,0	23,9	19,9	4,0
Aumento médio anual da E ₆₀ no período indicado				
2000-2015	0,22	0,22	0,22	Diminui
2015-2030	0,13	0,14	0,13	Aumenta
A idade 60				
2000	16,00	17,6	14,0	3,7
2010	18,2	19,7	16,2	3,6
2015	18,9	20,6	16,9	3,7
2020	19,6	21,4	17,6	3,8
2030	20,3	22,0	18,2	4,0
Referência padrão *	18,2	19,7	16,3	4,0
Aumento médio anual da E ₆₅ no período indicado				
2000-2015	0,20	0,20	0,20	Permanece
2015-2030	0,12	0,13	0,11	Aumenta
A idade 65				

* Refere-se ao valor médio dos países mais desenvolvidos segundo o critério das Nações Unidas (UN-DESA, 2014) para o período 2005-2010, quando os valores apresentaram maior similitude com os obtidos para a população feminina de RS em 2010, ano do último censo.

Fonte: IBGE (2013). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtm

TABELA A2 - Taxas de crescimento médio anual, por sexo e grupo etário quinquenal, no Rio Grande do Sul, 2010 a 2040 - %

Grupo etário	Período											
	2010-15	2015-20	2020-25	2025-30	2020-35	2035-40	2010-15	2015-20	2020-25	2025-30	2020-35	2035-40
	Homens						Mulheres					
0 a 4	-1,97	-0,22	-1,20	-1,15	-1,09	-1,09	-2,05	-0,22	-1,20	-1,15	-1,10	-1,09
5 a 9	-2,69	-1,86	-0,01	-1,09	-1,14	-1,08	-2,65	-1,94	-0,01	-1,09	-1,15	-1,08
10 a 14	-1,63	-2,54	-1,56	0,14	-1,09	-1,14	-1,73	-2,50	-1,66	0,13	-1,09	-1,14
15 a 19	-1,28	-1,45	-2,19	-1,38	0,14	-1,08	-1,33	-1,56	-2,18	-1,49	0,13	-1,08
20 a 24	-1,06	-1,05	-1,01	-1,97	-1,37	0,15	-0,57	-1,21	-1,32	-2,06	-1,49	0,15
25 a 29	-2,52	-0,69	-0,34	-0,66	-1,96	-1,36	-2,00	-0,35	-0,77	-1,10	-2,05	-1,36
30 a 34	1,38	-2,25	-0,17	-0,08	-0,65	-1,95	1,58	-1,87	-0,08	-0,64	-1,10	-1,95
35 a 39	1,34	1,49	-2,04	-0,05	-0,06	-0,63	1,43	1,62	-1,79	-0,05	-0,63	-0,63
40 a 44	-0,59	1,42	1,62	-1,96	-0,04	-0,05	-0,84	1,47	1,69	-1,76	-0,04	-0,05
45 a 49	-1,11	-0,48	1,60	1,72	-1,94	-0,02	-1,20	-0,75	1,64	1,78	-1,75	-0,02
50 a 54	1,60	-1,05	-0,39	1,66	1,75	-1,91	1,73	-1,16	-0,68	1,68	1,79	-1,91
55 a 59	2,91	1,61	-1,07	-0,38	1,70	1,79	2,77	1,74	-1,16	-0,67	1,69	1,79
60 a 64	3,77	2,92	1,58	-1,06	-0,33	1,75	3,67	2,78	1,72	-1,16	-0,65	1,75
65 a 69	5,02	3,74	2,80	1,55	-1,00	-0,27	4,31	3,70	2,81	1,75	-1,13	-0,27
70 a 74	3,62	5,04	3,70	2,82	1,64	-0,91	2,84	4,39	3,81	2,89	1,80	-0,91
75 a 79	3,33	3,65	5,00	3,73	2,93	1,75	2,37	2,94	4,51	3,90	2,95	1,75
80 +	3,90	3,49	3,49	4,42	4,14	3,43	2,97	2,69	2,90	3,91	4,06	3,43
Total	0,02	0,05	0,08	0,01	-0,14	-0,28	0,18	0,18	0,17	0,08	-0,08	-0,28

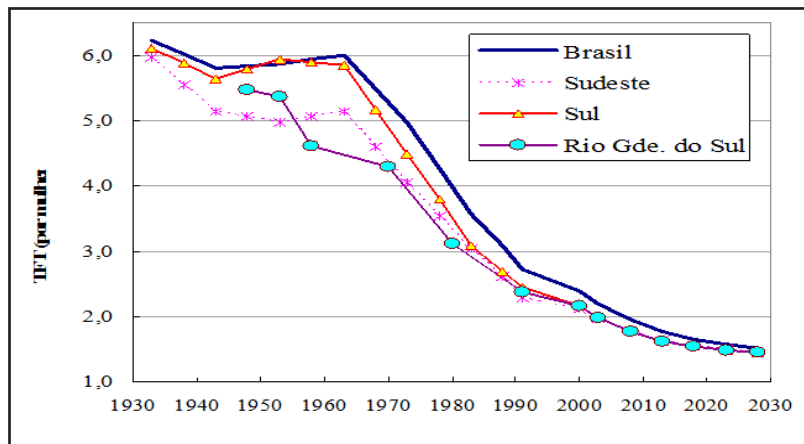
Fonte: Cedeplar (2014).

QUADRO A1 - Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 a 2022

METAS NACIONAIS	
1.	Reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano.
2.	Reduzir a prevalência de obesidade em crianças.
3.	Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes.
4.	Deter o crescimento da obesidade em adultos.
5.	Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool.
6.	Aumentar a prevalência de atividade física no lazer.
7.	Aumentar o consumo de frutas e hortaliças.
8.	Reduzir o consumo médio de sal.
9.	Reduzir a prevalência de tabagismo em adultos.
10.	Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos.
11.	Ampliar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos.
12.	Tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer

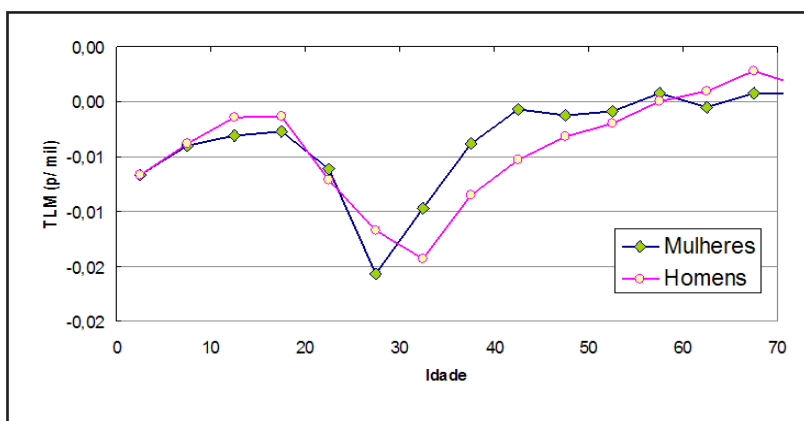
Fonte: Brasil - Ministério da Saúde, 2011.

Gráfico A1 - Taxas de Fecundidade Total (TFT) no Brasil, Sudeste, Sul e Rio Grande do Sul, 1930 a 2030



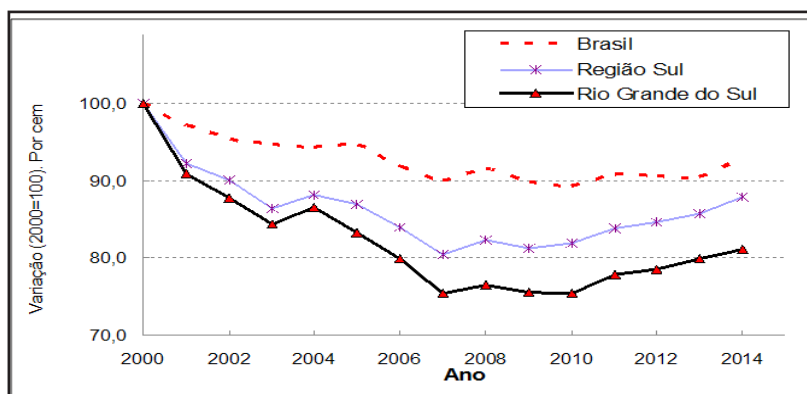
Fonte: Horta, Frias e Carvalho; Verona e Potter (2008) e Cedeplar (2014).

Gráfico A2 - Rio Grande do Sul, 2005-2010: Taxa Líquida migratória (TLM) por sexo e idade (por mil)



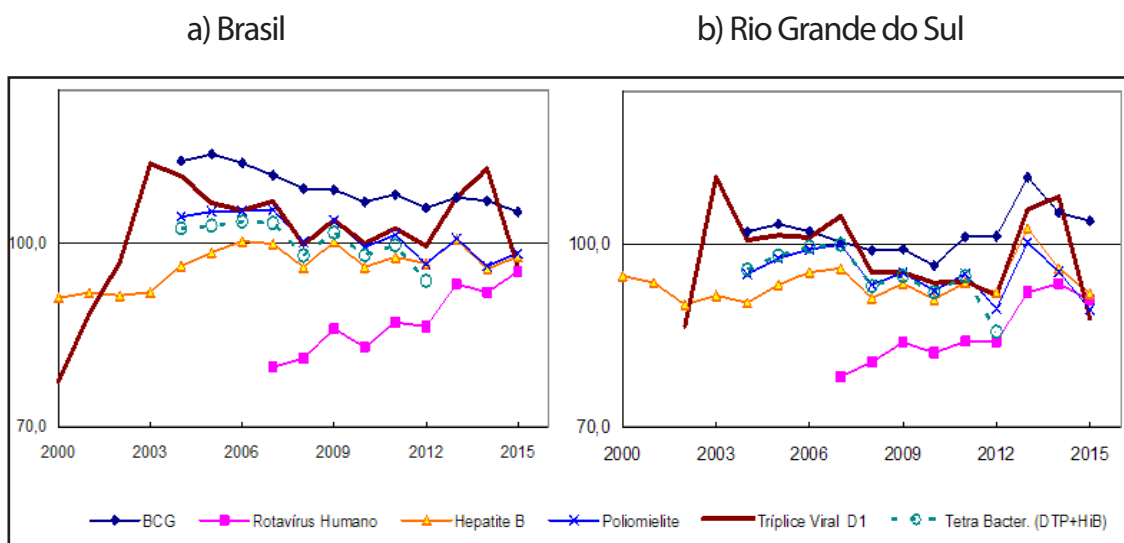
Fonte: Cedeplar, 2014

Gráfico A3 - Variação relativa do número de nascidos vivos no Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul, 2000 a 2014 - %



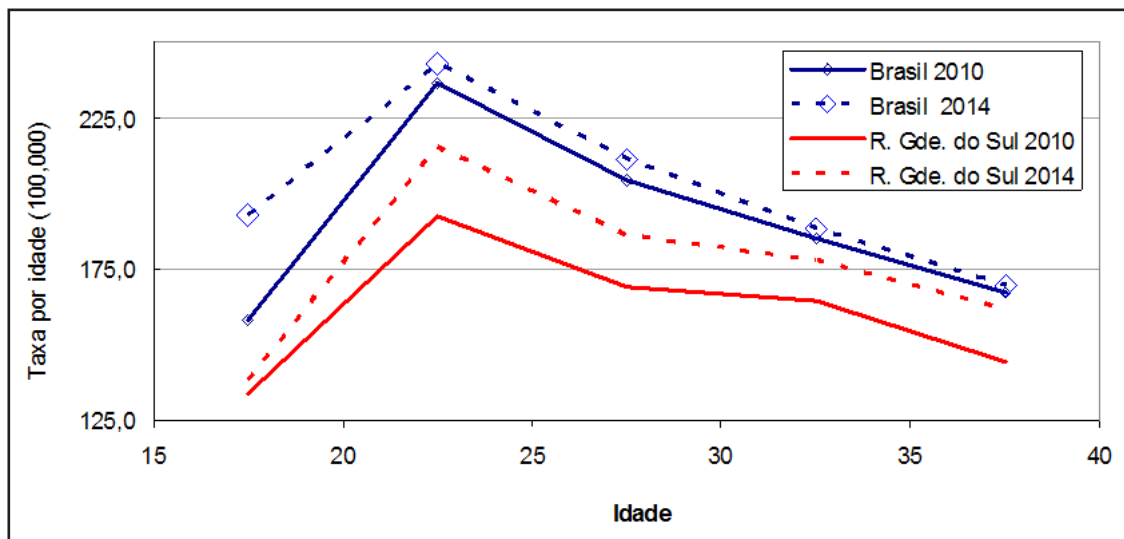
Fonte: Ministério da Saúde - SINASC/DATASUS

Gráfico A4 - Cobertura vacinal imunobiológicas selecionadas, obrigatórias durante o primeiro ano de vida, Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul, 2000 a 2014 - %



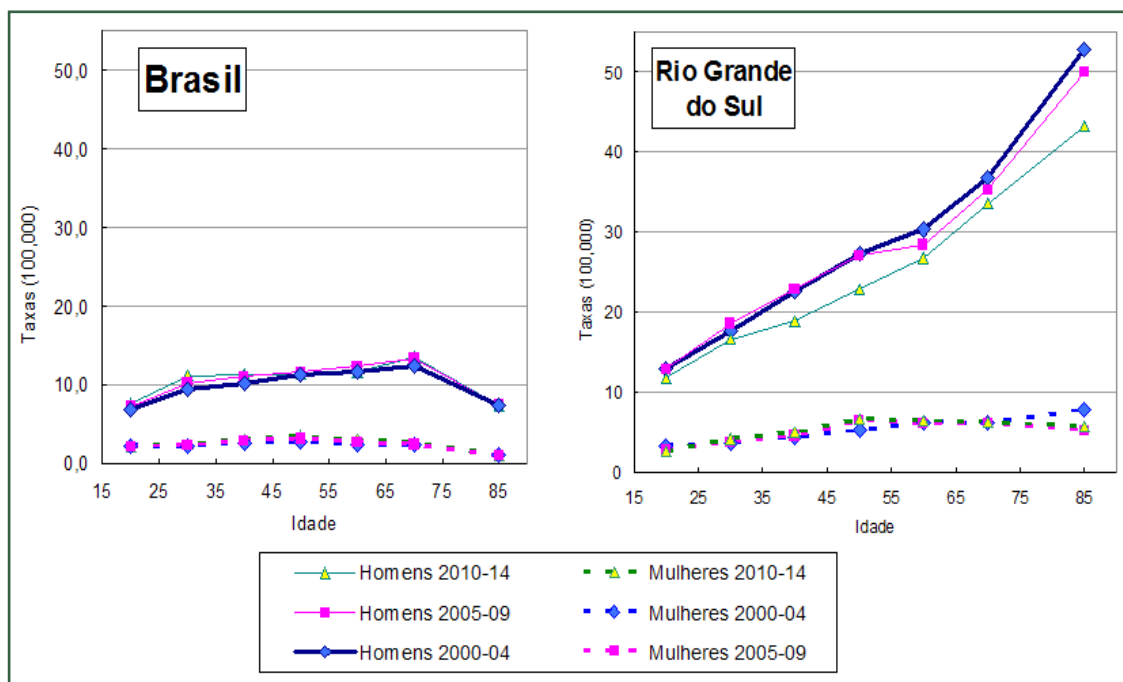
Fonte: Ministério da Saúde Fonte: Programa Nacional de Imunizações/Datasus.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pn/cnv/cpniuf.def>

Gráfico A5 - Taxas de mortalidade por causas externas, entre 15 e 40 anos, Brasil e Rio Grande do Sul, 2010 a 2014 - por 100.000



Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>

Gráfico A6 - Taxas de mortalidade por suicídio para a população acima de 15 anos, por idade e sexo, Brasil e Rio Grande do Sul, 2000 a 2014 – por 100.000



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde - DATASUS, 2016. (Dados não corrigidos - Inclui óbitos por sequelas de ações autoinflingidas)

O envelhecimento da população gaúcha e as consequências e desafios para as políticas públicas de educação

José Irineu Rangel Rigotti⁴⁰

1 Introdução

Ao completar dois anos, o Plano Nacional de Educação (PNE) tem suscitado debates e discussões, que no geral revelam um quadro preocupante. As metas do PNE não estão sendo cumpridas integralmente e este quadro pode se tornar ainda mais dramático, caso as políticas educacionais não consigam reverter antigas mazelas, como o baixo rendimento dos alunos brasileiros, medido pelos testes de avaliação; as deficiências da qualificação docente e a falta de incentivo na carreira; o desinteresse dos jovens pelo ensino médio; e a consequente evasão escolar.

Esta situação não seria tão complexa e urgente se o Brasil não estivesse em um estágio avançado de sua transição demográfica. Quando a mortalidade começou seu declínio na década de 1940, as mulheres brasileiras tinham, em média, mais de seis filhos. Por outro lado, no início da presente década a fecundidade ficou abaixo do nível de reposição populacional, que os demógrafos consideram em torno de 2,1 filhos por

⁴⁰ CEDEPLAR/UFMG - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais.

mulher. Em princípio, a diminuição do número de nascimentos pode ser vista como um aspecto positivo, uma vez que as novas gerações de crianças que ingressam na escola estão cada vez menores, diminuindo a pressão por matrículas.

Em 1970, para cada pessoa em idade inativa havia 1,2 em idade ativa. Com a rápida queda da fecundidade verificada após esse período, a razão aumentou gradativamente, até atingir 2,3, em 2010, um período chamado pelos estudiosos de “janela de oportunidades”, também conhecido como “dividendo demográfico” ou ainda “bônus demográfico”. Como os termos sugerem, este é um período privilegiado para as políticas públicas, uma vez que a população em idade ativa cresce mais que a população em idade escolar, havendo proporcionalmente mais trabalhadores para sustentar economicamente tanto quem ainda não tinha entrado no mercado de trabalho, quanto aqueles que se aposentavam.

Caso as projeções populacionais se confirmem, o Censo Demográfico de 2020 deverá mostrar que a relação entre a população em idade inativa e a população ativa sofrerá uma inflexão. A proporção de trabalhadores em relação aos idosos economicamente inativos será cada vez menor, fechando o virtuoso ciclo de décadas de “janelas de oportunidades” abertas.

A experiência internacional mostra que a alternativa para enfrentar a nova realidade demográfica que se avizinha seria investir no aumento da produtividade da mão de obra, pois ela compensaria a diminuição da proporção da população em idade ativa. Entretanto, sabe-se que a produtividade do trabalhador brasileiro ainda é muito baixa, e para reverter este quadro é preciso um salto de qualidade na educação. Portanto, não há como desvincular os debates de políticas públicas, por exemplo, de saúde, assistência e previdência social, das políticas educacionais.

No caso brasileiro, é preciso considerar a heterogeneidade do País, que se reflete na sua dinâmica demográfica. Os estados economicamente mais dinâmicos do Sudeste e do Sul foram pioneiros na transição demográfica, enquanto os estados do Norte e Nordeste a começaram posteriormente. Por isso, o crescimento demográfico e a estrutura etária são diferenciados entre as unidades da federação. Em geral, as regiões pioneiras no processo de urbanização e industrialização apresentam atualmente menor ritmo de crescimento demográfico, e também um perfil etário mais envelhecido. Entretanto, este comportamento também é afetado pelas migrações, que em geral são caracterizadas pelos movimentos de adultos jovens. Desta forma, regiões perdedoras líquidas de população podem experimentar um envelhecimento precoce, enquanto áreas de ganhos populacionais podem ser rejuvenescidas, devido à entrada de pessoas mais jovens.

Essas questões serão analisadas neste texto, a fim de contextualizar a dinâmica demográfica do Rio Grande do Sul e de contribuir para o complexo debate das políticas de educação. Para tal, a seção seguinte levanta alguns elementos fundamentais para a compreensão do dividendo demográfico, que subsidiará a posterior análise do caso es-

pecífico do Rio Grande do Sul. Em seguida, identificam-se as tendências de crescimento demográfico, com destaque para a população em idade escolar e os níveis de escolaridade da população gaúcha, bem como a evolução das matrículas no Rio Grande do Sul nos diversos níveis de ensino, o fluxo escolar e a qualidade do ensino.

2 Dividendo Demográfico e Envelhecimento Populacional

Em princípio, o declínio do número de nascimentos em uma sociedade pode ser visto como um fato potencialmente proveitoso. Os recursos necessários para a construção de escolas, merendas, livros didáticos, ou transporte para os alunos, por exemplo, poderiam ser realocados. No início deste século o Brasil está passando por um desses momentos históricos em que a dinâmica demográfica é amplamente favorável ao desenvolvimento humano. Conforme Bloom et al. (2011) observaram, em muitos países o declínio da fecundidade verificado em décadas recentes tende a favorecer o aumento das matrículas e a frequência escolar. Nesse sentido, Lee e Mason (2010) argumentaram que o investimento qualificado nas crianças, pelos pais e contribuintes, pode elevar os padrões de vida das sociedades. Assim, os efeitos negativos do envelhecimento da população podem ser revertidos quando gerações menores e mais produtivas substituem coortes menos produtivas.

O Brasil atual ainda passa por um período conhecido como “janela de oportunidades”, definido sinteticamente por Nasir e Tahir (2011) como a diferença entre as maiores taxas de crescimento da população em idade ativa e as taxas menores da população total. Um dos aspectos centrais relacionados à janela de oportunidades – também chamada de bônus ou dividendo demográfico – foi apontado por Mason (2005), que definiu o primeiro dividendo demográfico como o aumento da produção per capita decorrente do aumento na participação da população em idade laboral. No entanto, o autor lembra que este primeiro dividendo demográfico é transitório, pois em determinado momento a população em idade ativa terá crescimento menor do que a população total.

Nasir e Tahir (2011) mostraram que vários países, do leste da Ásia, da América Central e da Oceania, usufruíram dessa fase oportuna. Esse momento está diretamente relacionado às etapas da transição demográfica. Por exemplo, a Austrália e a Nova Zelândia aproveitaram os quarenta anos de bônus, entre 1965 e 2005, e estão atualmente desfrutando do sucesso econômico. Em contrapartida, serão sociedades envelhecidas, em futuro próximo. Por outro lado, no leste asiático, a abertura da janela de oportunidades se dera em 1970, fechando quarenta anos depois, em 2010. Por isso, torna-se tão urgente não desperdiçar essa fase demográfica altamente favorável ao desenvolvimento das sociedades.

O ponto em comum das diversas abordagens sobre os efeitos do envelhecimento populacional refere-se à necessidade de investimentos para uma maior quali-

ficação do capital humano corrente, como alternativa para a crescente participação da população idosa e inativa. Certamente, fatores de ordem institucional e financeira desempenham um papel fundamental, mas a qualificação da população ativa torna-se uma condição necessária, ainda que não suficiente, para o aumento da produtividade dos trabalhadores.

Uma consequência do menor crescimento da população ativa será a menor oferta de trabalho, o que afeta o produto potencial. Para que isso não ocorra seria necessária uma compensação via aumento da produtividade ou investimento em capital. Como salientam Barbosa Filho et al. (2016), os grupos mais escolarizados são aqueles que possuem as mais elevadas taxas de participação no mercado de trabalho. Com o aumento da escolaridade a participação no mercado de trabalho aumentará devido, simplesmente, à composição educacional da população. No entanto, segundo os autores, as mudanças no perfil educacional da população brasileira não serão suficientes para reverter a redução do crescimento da PEA, decorrente da diminuição da população em idade ativa, que se espera ocorrer antes de meados da próxima década – o que reduzirá o potencial de crescimento da economia brasileira.

Os desafios não são triviais, pois a evolução da produtividade no País foi pífia nas últimas décadas, ainda que tenha ocorrido melhor performance entre 2006 e 2012. Duas alternativas são normalmente citadas para a melhoria desse quadro - a elevação da taxa de participação da economia e uma política de migrações mais agressiva. No entanto, nos cenários elaborados para o Brasil por Barbosa Filho et al. (2016, 16):

Fica claro pelos resultados que o padrão de crescimento do fator trabalho, observado nas décadas passadas, será difícil de ser alcançado através de políticas de incentivo à migração internacional e ou de aumento da taxa de participação da força de trabalho, em virtude da tendência demográfica inercial. Esses resultados corroboram a necessidade de políticas imediatas para o crescimento da produtividade da economia. Infelizmente, não devemos esperar um aumento mais forte do investimento nos próximos anos devido a nossa forte carência de poupança.

Essas reflexões reforçam o argumento de que o investimento em capital humano é uma condição inadiável em sociedades próximas de uma quarta fase da transição demográfica, isto é, quando a fecundidade se estabiliza em níveis muito baixos. No entanto, a relação entre a produtividade do trabalho, o crescimento econômico e o capital humano nem sempre é aparente. Em um livro recente, Hanushek e Woessmann (2015) comentam as diferenças de escolaridade de regiões tão diversas como o sul da Ásia, a África Subsaariana e a América Latina. Nos anos 1960, a renda média latino-americana, bem como seus níveis de escolaridade, eram superiores a dos países subsaarianos, do Oriente Médio, do Norte da África, e também do leste asiático. Meio século depois, não é a América Latina, mas sim o leste da Ásia, que é sempre lembrado como modelo de desenvolvimento.

Ancorados em amplas e consistentes bases de dados, os autores argumentam que o ceticismo sobre o potencial do capital humano para fomentar o desenvolvimento se deve muito mais à inadequação dos indicadores para medi-lo do que propriamente à ausência de evidências empíricas. Normalmente, os estudos internacionais utilizam a média de anos de estudo como proxy para o capital humano. Mas nem sempre se encontra correlação significativa entre essa medida de escolaridade e o crescimento econômico, medido em termos de Produto Interno Bruto (PIB) per capita.

Entretanto, Hanushek e Woessmann (2015) demonstram claramente que, ao contrário do indicador de anos de estudo, quando se usa medidas diretas de proficiência, a relação é forte e significativa. Os autores concluem que as habilidades cognitivas da população são o fator mais essencial para a prosperidade de longo prazo. De forma agregada, essas habilidades cognitivas foram chamadas de “Capital de Conhecimento” (Knowledge Capital) de uma nação. Na presença de medidas adequadas para o desenvolvimento das habilidades cognitivas, o tempo gasto na escola, ou anos de estudo, não apresenta sequer uma relação independente significativa com o crescimento econômico.

Nesse sentido, é forçoso reconhecer que o Brasil se encontra em um estágio aquém de seu peso econômico. Os testes de proficiência internacionais, como o PISA, colocam nosso país entre os últimos colocados, em um conjunto de países desenvolvidos, mas também alguns vizinhos latino-americanos. Este é um contexto que merece atenção, haja vista que a atual fase da transição demográfica implica um rápido envelhecimento, em um País que ainda convive com demandas sociais não atendidas (Rigotti, 2012).

O Rio Grande do Sul no contexto da transição demográfica brasileira

No Brasil, a transição demográfica se iniciou durante a década de 1940, quando começou o declínio das taxas de mortalidade. Entre o final do século XIX e a década de 1930, as taxas de crescimento populacional eram moderadas, pouco acima de 2,0% ao ano, em parte impulsionadas pelos imigrantes internacionais que deixaram uma Europa em guerra (Simões, 2016). Com a menor proporção de mortes na população em geral, a década de 1950 testemunhou uma intensificação do ritmo de crescimento demográfico, que atingiu 3,0% ao ano, o maior de nossa histórica contemporânea. Paralelamente, o processo de industrialização que também se intensificava resultou em um crescimento superior a 5,0% nas áreas urbanas do país, segundo dados censitários.

Naquela época, os municípios do Rio de Janeiro – então capital – e São Paulo protagonizavam a atração de pessoas de todo o Brasil, particularmente do Nordeste, mas também de muitas outras áreas rurais pobres espalhadas pelo interior do País. Antes disso, o processo de urbanização era tênue, mas perceptível não apenas no Rio de Janeiro e em São Paulo, mas também em capitais como Belo Horizonte, Porto Alegre e Recife (Rigotti, 1994).

A valorização e elevação do preço das terras agricultáveis, primeiramente no es-

tado de São Paulo e depois nos estados da região Sul, provocou a concentração fundiária. Com o regime militar iniciado em 1964, a economia e o planejamento fortemente centralizados pelo governo federal estimularam a ocupação da Amazônia, através dos projetos de colonização públicos e privados. A partir de então, os estados da região Sul foram marcados por forte emigração em direção às fronteiras agrícolas do Centro-Oeste e Norte do Brasil. Esse fenômeno foi particularmente marcante na economia gaúcha, com o processo de modernização da agricultura e repartição da pequena propriedade. Estimativas de Carvalho e Alexandrino (2012) estimaram uma perda líquida de população rural, para o Rio Grande do Sul, superior a um milhão de residentes na década de 1960, correspondente a aproximadamente um terço da população da época. Parte significativa dessa migração teve como destino as áreas urbanas do próprio estado, que apresentaram ganho líquido de quase 700 mil pessoas. Ainda assim, mais de 300 mil emigrantes deixaram o estado do Rio Grande do Sul.

Ao final dos anos 1960 já havia indícios de queda das taxas de fecundidade em áreas urbanizadas das regiões Sul e Sudeste. O Rio Grande do Sul foi um dos estados pioneiros no declínio da fecundidade. Segundo estimativas apresentadas em Simões (2016), o referido Estado tinha uma taxa de fecundidade total de 4,3 filhos por mulher, ficando ligeiramente atrás apenas de São Paulo (3,9) e Rio de Janeiro (4,1). Após o início da transição da fecundidade, figurar entre as mais baixas taxas de fecundidade do país tem sido uma especificidade da experiência gaúcha. Em 1980, a TFT do estado era de 3,1, passando para 2,2 nas décadas seguintes até atingir 1,7, em 2010 – portanto, abaixo do nível de reposição.

Nos anos 1970, o êxodo rural continuava no Rio Grande do Sul, uma década em que mais de 1,4 milhão de pessoas deixaram o campo. Estima-se que o saldo migratório foi positivo em mais de 1,0 milhão de pessoas nas áreas urbanas, porém, no cômputo geral houvera perda líquida de aproximadamente 355 mil residentes devido à emigração para outros estados. Foi também nesse período que a fecundidade das áreas rurais iniciou um processo de redução acentuada, que se manifestou mais claramente nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A redução da fecundidade contribuiria, em um prazo relativamente curto, para a desaceleração no ritmo de crescimento populacional e, no médio, para uma diminuição do êxodo rural em termos absolutos.

O período seguinte ficou conhecido como a “década perdida”, de grave crise econômica, caracterizada por altíssima inflação, desemprego e informalidade do mercado de trabalho. Nos anos 1980, as grandes aglomerações industriais já não eram capazes de absorver toda a mão de obra, provocando mudanças substanciais no padrão demográfico, como a saída de migrantes das regiões metropolitanas consolidadas (com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro, na escala nacional), a intensificação da migração de retorno para o Nordeste (Ribeiro, 1997), e até mesmo a emigração internacional (Carvalho, 2001).

Mais uma vez, o Rio Grande do Sul continuou com as perdas líquidas de população nas áreas rurais, algo em torno de 760 mil indivíduos. Novamente, as áreas urbanas acrescentaram 625 mil pessoas devido às migrações, mas o estado ainda obteve saldo

negativo, estimado em 132 mil pessoas.

Pode-se dizer que os anos 80 marcaram as alterações que se desenhavam anteriormente. Quando se observa as unidades geográficas mais agregadas, como as cinco Grande Regiões – Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste – e mesmo as 27 unidades da federação, percebe-se que o volume de migrantes de data fixa⁴¹ informado nos censos demográficos aumentou de 4,2 milhões no período 1986/1991 para 5,2 milhões em 1995/2000; porém diminuiu para 5,0 milhões entre 2005/2010 (Rigotti, 2014). Isso mostra um arrefecimento na mobilidade interestadual, uma vez que houve aumento da população brasileira, especialmente naquelas idades de maior propensão a migrar – adultos jovens.

Tal diminuição das migrações nesses níveis geográficos reflete-se nos saldos migratórios líquidos. Em quatro das cinco regiões, ocorreu diminuição dos saldos, quer seja onde houve ganhos de população, quer seja onde houve perdas líquidas. No primeiro caso enquadram-se as regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste, enquanto no segundo encontra-se o Nordeste, uma região que tradicionalmente perde população, especialmente para o Sudeste. Entretanto, houve uma exceção a esse comportamento geral. A Região Sul, que anteriormente tinha uma perda líquida de população, passou a ter um ganho substancial. Isso é ainda mais evidente se levarmos em conta seu saldo negativo de 185 mil pessoas, entre 1986 e 1991.

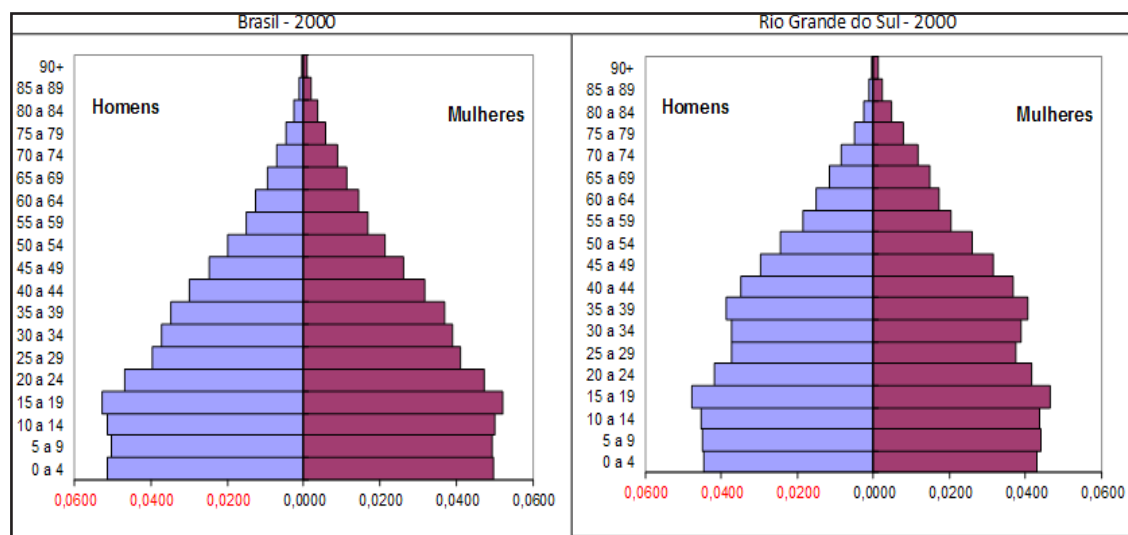
Deve-se frisar que esse ganho se deve, exclusivamente, aos constantes saldos migratórios positivos de Santa Catarina, que atingiram a marca de 174 mil pessoas, no período 2005 a 2010 – um dos maiores do País, no segundo quinquênio do século XXI. Assim como pouquíssimos estados experimentaram recorrentes ganhos líquidos migratórios entre a segunda metade dos anos 1980 e 2010, também foram poucos aqueles que perderam constantemente população, e uma dessas exceções é, justamente, o Rio Grande do Sul. Os dados dos três últimos censos demográficos mostram que os saldos migratórios do Estado permaneceram negativos. No período 1986-1991, a perda líquida foi de aproximadamente 25 mil, mas aumentou para 40 mil entre 1995-2000 e para 73 mil pessoas, no quinquênio 2005-2010. O estado de Santa Catarina foi aquele que mais atraiu as pessoas procedentes do Rio Grande do Sul e, ao contrário da tendência geral brasileira, o contingente de emigrantes que se dirigia ao território catarinense aumentou gradativamente, de 46 mil pessoas, no período 1986-1991 para 91 mil, no quinquênio 2005-2010.

As perdas migratórias do Rio Grande do Sul contribuem sobremaneira para o processo de envelhecimento populacional. Isso porque os emigrantes são, em geral, pessoas jovens no início das idades ativas para o mercado de trabalho, e também estão no auge do período reprodutivo. Portanto, não se trata apenas da perda de jovens, o que por si só contribuiu para o envelhecimento, mas também da potencial diminuição da natalidade, decorrente da ausência de mulheres jovens, nas idades próprias da maternidade. Os saldos migratórios negativos, associados ao histórico de uma das

⁴¹ O quesito censitário de data fixa inquirir o local de residência há exatos 5 anos atrás. O migrante é aquele que, cinco anos antes, residia em local diferente de onde foi recenseado.

mais baixas taxas de fecundidade do País, resultam em um acelerado processo de envelhecimento populacional, como mostram as figuras abaixo.

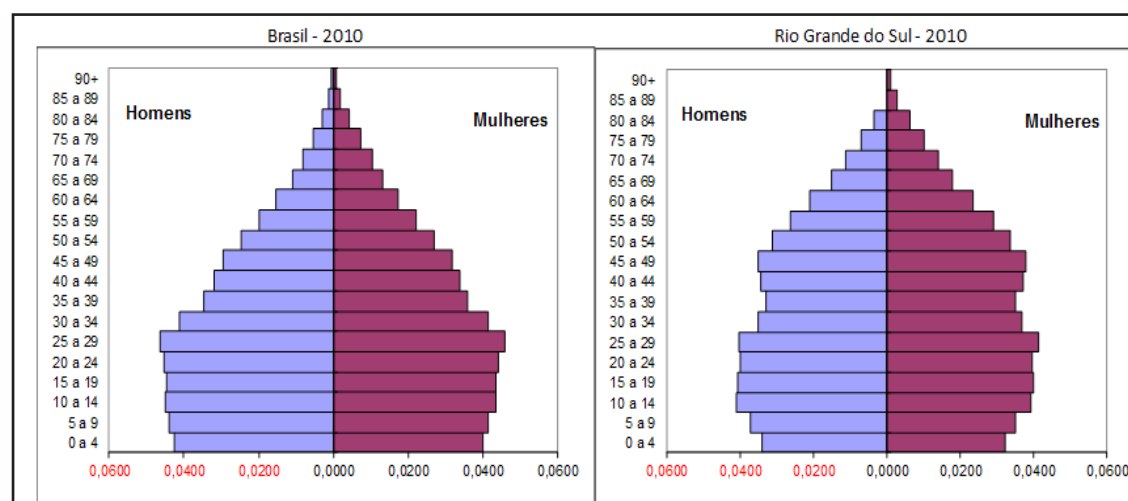
Figura 1 – Estrutura Etária do Brasil e Rio Grande do Sul - 2000



Fonte: CEDEPLAR, 2014.

Comparada com o Brasil, a estrutura etária do Rio Grande do Sul é relativamente mais envelhecida. No ano 2000, nota-se uma participação maior da população de 0-4 anos de idade no país. A partir dos 15 anos, o perfil etário brasileiro se assemelha a uma pirâmide, enquanto no Rio Grande do Sul percebe-se um estreitamento na proporção dos grupos etários quinquenais entre 20 e 34 anos de idade. Este é um típico efeito das emigrações de jovens ocorridas em décadas anteriores, conforme comentado anteriormente, o que torna o formato do gráfico mais irregular.

Figura 2 – Estrutura Etária do Brasil e Rio Grande do Sul - 2010



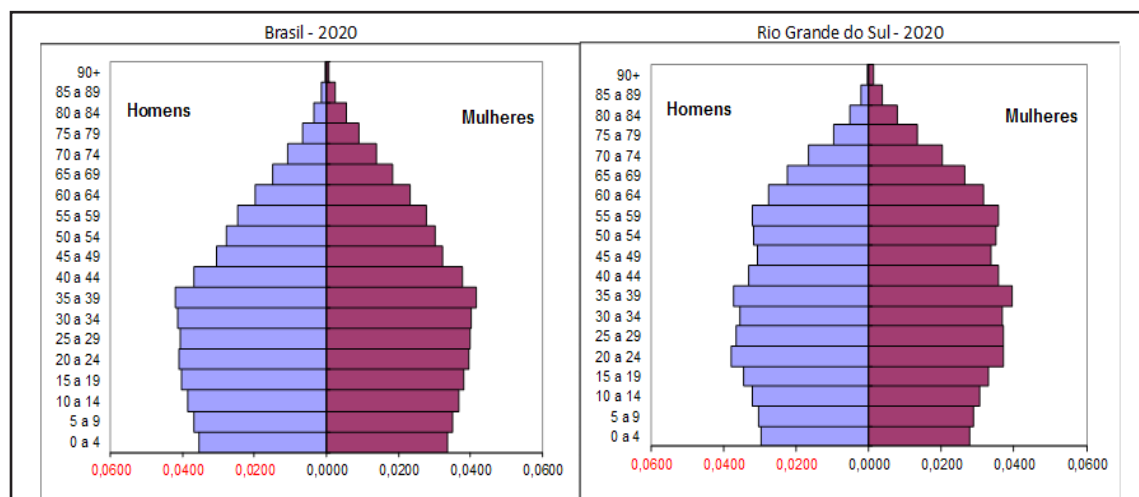
Fonte: CEDEPLAR, 2014.

Dez anos depois, a base da pirâmide etária brasileira havia se estreitado, mas a do Rio Grande do Sul já mostrava sinais de estar bem mais adiantada neste processo de envelhecimento, uma vez que a participação dos grupos etários mais jovens da população era visivelmente menor. Também se observa as entradas nas faixas etárias entre 30 e 44 anos, demonstrando como a emigração de épocas passadas afetou a participação dos adultos na população total do Estado.

A dinâmica populacional anterior do estado do Rio Grande do Sul, bem como a identificação do novo padrão demográfico brasileiro, fundamentou a elaboração de hipóteses para as projeções realizadas no CEDEPLAR/UFMG, cujos resultados são mostrados nos gráficos abaixo. De maneira geral, a hipótese da fecundidade é de diminuição do seu nível, concomitantemente ao envelhecimento da sua estrutura etária. De fato, se no início da transição da fecundidade, as mulheres mais velhas controlavam a natalidade com o uso de contraceptivos, nos estágios mais avançados do processo as mulheres tendem a adiar a maternidade (CEDEPLAR, 2014). Segundo as estimativas, o Rio Grande do Sul tinha uma TFT de 1,64 em 2010, que deverá diminuir gradativamente até atingir 1,53 no período 2025-2030.

Do ponto de vista das migrações, ainda que o Rio Grande do Sul tenha aumentado suas perdas líquidas, a proporção do saldo em relação a sua população era muito modesta, atingindo menos de 1,0%, no período 2005-2010. Assim, considerou-se que essa proporção cairia pela metade no período 2015-2020, tornando-se nulo a partir de então. Este cenário baseia-se na experiência da grande maioria das unidades da Federação, onde se verificou diminuição dos saldos, de maneira muito consistente. Com a tendência geral de envelhecimento populacional, não se espera um novo aumento da mobilidade interestadual, uma vez que a propensão a emigrar é bastante concentrada na população jovem adulta.

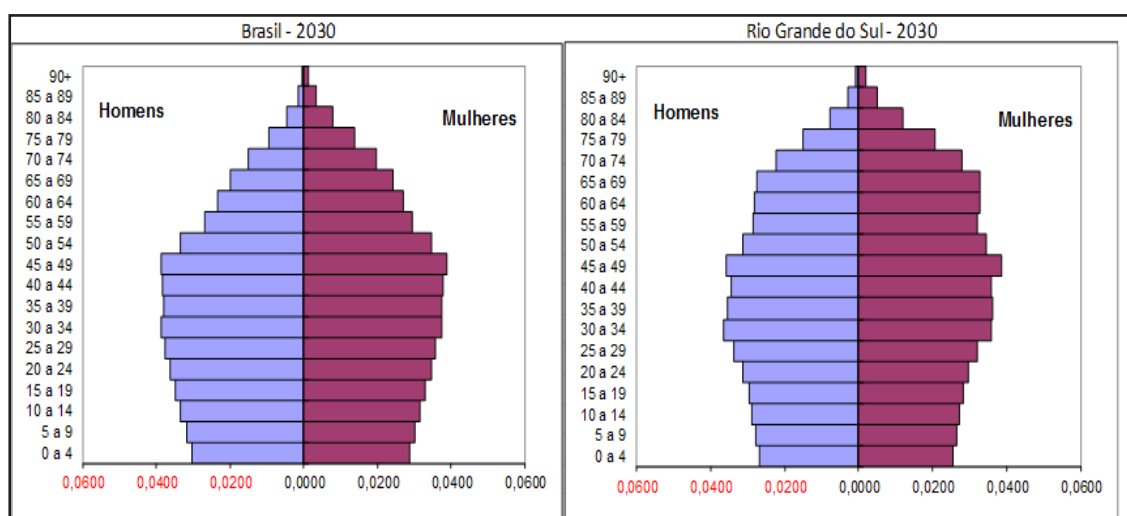
Figura 3 – Estrutura Etária do Brasil e Rio Grande do Sul - 2020



Fonte: CEDEPLAR, 2014.

A estrutura etária do Brasil em 2020 deverá envelhecer consistentemente, pois quanto mais jovens os grupos etários abaixo de 40 anos, menor a participação relativa. Por outro lado, o Rio Grande do Sul tende a ter uma participação muito maior dos grupos etários acima de 40 anos, quando comparado ao Brasil. Esta tendência fica ainda mais evidente na estrutura etária correspondente a 2030. Nela, as proporções dos grupos etários abaixo de 35 anos tendem a ser bem menores do que o caso brasileiro. Em contrapartida, a participação da população com idade acima de 60 anos deverá ser muito mais expressiva.

Figura 4 – Estrutura Etária do Brasil e Rio Grande do Sul - 2030



Fonte: CEDEPLAR, 2014.

Essas tendências podem ser sintetizadas a partir do indicador conhecido como Razão de Dependência (RD)⁴². No ano 2000, a RD do Rio Grande do Sul era de 50,9%, ou seja, para cada 100 pessoas em idade ativa havia 51 inativas, enquanto em 2010 este número caiu para 43,3 pessoas, em cada 100. Com a rápida diminuição do número de nascimentos, a RD declinará ainda mais, para 39%, em 2020. O presente momento é, portanto, de pleno bônus demográfico. Mas como consequência do veloz processo de envelhecimento, o indicador aumentará para 42,4%, em 2030. A próxima década, portanto, será o período de fechamento da janela de oportunidade demográfica para o estado do Rio Grande do Sul.

3 A Escolaridade inacabada das coortes jovens

A última década do século passado iniciou uma fase crucial de implementação de políticas educacionais no Brasil que logo se refletiram nos indicadores educacionais, como será visto nesta seção. Um grande marco foi a criação do FUNDEF (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério),

⁴² Quociente entre a população em idade inativa (0 a 14 anos e 65 ou mais anos) e a população em idade ativa (15 a 64 anos).

regulamentado pela Lei nº 9424, de 24 de dezembro de 1996⁴³, que passou a vigorar a partir de 1º de janeiro de 1998. A Lei estabeleceu que os estados, o Distrito Federal e os municípios deveriam aplicar, no mínimo, 15% de suas receitas com o objetivo de assegurar a universalização do ensino fundamental e a remuneração do magistério.

O impacto na cobertura do sistema escolar foi muito expressivo. Enquanto em 1991 a taxa de atendimento era de 75,5% para a população brasileira de 6 a 14 anos⁴⁴, após a vigência do FUNDEF, esse indicador alcançou 93,1%, em 2000 - um aumento de quase 18%⁴⁵. O Rio Grande do Sul já apresentava uma taxa bem mais alta que a brasileira, correspondente a 83,0%, em 1991, atingindo o patamar de 95,2%, em 2000. Apesar de continuar mais elevada que a brasileira, sob a ótica do atendimento do ensino fundamental, as diferenças regionais diminuíram.

No entanto, a taxa de atendimento da população de 15 a 17 anos era bem mais baixa, chegando a apenas 54,5%, em 1991, ao passo que no Rio Grande do Sul era ainda menor, atingindo apenas 50,5%. Em 2000, a taxa aumentou para 77,4% e 76,9% no Brasil e Rio Grande do Sul, respectivamente.

Tendo vigorado de 1998 a 2006, o FUNDEF foi substituído pelo FUNDEB, criado pela Emenda Constitucional nº 53/2006 e regulamentado pela Lei nº 11.494/2007 e pelo Decreto nº 6.253/2007⁴⁶. A inovação do FUNDEB foi ampliar a aplicação dos recursos para toda a educação básica, incluindo a educação infantil, o ensino fundamental, o ensino médio e a educação de jovens e adultos. Iniciado em 2006, o FUNDEB vigorará por 14 anos, até 2019⁴⁷.

A ampliação dos recursos para todo o ensino básico era mesmo necessária. Nas idades de 0 a 5 anos, o atendimento escolar era irrisório em 1991; em 2000 ficava ao redor de 23,8%, no Brasil, e 17,6%, no Rio Grande do Sul⁴⁸. Sob a vigência do FUNDEB, as taxas de atendimento continuaram aumentando, pois em 2010 o atendimento da população até 5 anos de idade atingiu 43,2%, no Brasil e 35,4%, no Rio Grande do Sul. Mesmo assim, a cobertura da educação infantil é muito baixa, especialmente no caso gaúcho.

Para a população em idade de frequentar o ensino fundamental, o Brasil está bem próximo da universalização, uma vez que 96,7% da população brasileira de 6 a 14

⁴³ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9424.htm. Acesso em 29/10/2016.

⁴⁴ Nesta época, o ensino fundamental, obrigatório, correspondia às idades de 7 a 14 anos. Em 2004 começaram as discussões para implementação do ensino fundamental de 9 anos, sendo que algumas regiões adotaram a ampliação a partir de 2005. Entretanto, o prazo para implantação foi 2010. Para fins de comparação com o período atual, serão comparadas as idades de 6 a 14 anos. Ver: <http://portal.mec.gov.br/ensino-fundamental-de-nove-anos>.

⁴⁵ Todos os indicadores educacionais referentes aos anos de 1991, 2000 e 2010 foram extraídos do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>.

⁴⁶ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/fundeb-sp-1090794249>. Acesso em 29/10/2016.

⁴⁷ Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article/214-noticias/296700251/5388-sp-659097219?Itemid=164>. Acesso em 29/10/2016

⁴⁸ Os dados sobre frequência escolar foram extraídos em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/>. Acesso em 29/10/2016.

anos estava na escola, em 2010. É certo que nem todos que frequentam a escola estão cursando a série e o grau de ensino corretos, mas nesse grupo etário, a maioria cursa o ensino fundamental, pois a taxa de frequência líquida do ensino fundamental seriado era de 92,1%. Em termos de atendimento a população de 6 a 14 anos de idade, o estado do Rio Grande do Sul está acima da média brasileira, pois a taxa correspondente era de 97,2%, em 2010. Da mesma forma, a taxa de escolarização líquida era 92,9%.

Além da educação infantil, um dos maiores gargalos para a plena escolarização da população brasileira continua sendo o ensino médio. Apesar do atendimento da população de 15 a 17 anos, em 2010, ter atingido 83,3%, no Brasil, e 82,7%, no Rio Grande do Sul, nem todos frequentam o nível correto e nem mesmo a vigência do FUNDEF foi capaz de corrigir a distorção. Enquanto em 2000, a taxa de frequência líquida ao ensino médio regular seriado era de apenas 32,7% no Brasil⁴⁹, esse indicador aumentou mais de 10% em uma década, atingindo 43,4%, em 2010, mas ainda assim, uma taxa baixíssima para os padrões internacionais. No Rio Grande do Sul, a taxa líquida de 2000 (43,0%) já era praticamente igual àquela que o Brasil atingiria dez anos depois. Entretanto, não houve crescimento expressivo nos anos 2000, haja vista que a taxa líquida do ensino médio gaúcho foi de apenas 45,6%, em 2010.

Como as taxas do ensino médio são baixas, o percentual da população brasileira de 18 a 24 anos de idade que frequentava escola, em 2010, era de 30,6%, no Brasil, e 31,2%, no Rio Grande do Sul – não muito diferente do observado em 2000. Mas apenas 14,0%, no caso brasileiro e 18,5% no gaúcho, frequentavam o ensino superior.

As diferenças entre as taxas de atendimento e as taxas de frequência líquida são o resultado, principalmente, da repetência. Por exemplo, do quinto ao nono ano, apenas 67,4% da população brasileira de 12 a 14 anos frequentava os anos finais do ensino fundamental, em 2010. Naquele ano, a repetência do Rio Grande do Sul era consideravelmente menor, uma vez 83,9% estava frequentando os anos finais do fundamental. Mas ainda assim este percentual é mais baixo do que a taxa de frequência líquida desse nível de ensino (92,9%). Isso porque o percentual de pessoas de 6 a 14 anos que estavam atrasados dois anos ou mais no ensino fundamental era de 15,9 e 12,7%, no Brasil e no Rio Grande do Sul, respectivamente.

Apesar dos notórios avanços a partir da implantação do FUNDEF e, posteriormente, do FUNDEB, as distorções idade-série e a baixa taxa de frequência líquida do ensino médio resultavam em uma expectativa de anos de estudo relativamente baixa. Mantidas as taxas de promoção, repetência e evasão do ano 2010, uma coorte de crianças que entrava na escola no Rio Grande do Sul tinha uma expectativa de concluir 10 anos de escolaridade, ou seja, não mais do que o primeiro ano do ensino médio.

Os indicadores analisados até aqui são importantes porque permitem avaliar a cobertura do sistema de ensino e os resultados do fluxo escolar, em termos de escolari-

⁴⁹ Esta taxa líquida incluiu apenas o ensino regular seriado, excluindo, portanto, o ensino de jovens e adultos.

dade. Mas o alto grau de cobertura escolar, e mesmo das taxas líquidas do fundamental não traduzem diretamente as habilidades cognitivas adquiridas pelos estudantes. Para isso, o Brasil conta com o Sistema de Avaliação do Ensino Básico (SAEB), instituído em 1990, pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Trata-se de avaliações periódicas, realizadas a partir de testes padronizados de Língua Portuguesa e Matemática⁵⁰, aplicados a alunos da 4ª série/5º Ano e 8ª Série/9º Ano do ensino fundamental regular e 3º ano do ensino médio regular. As vantagens dessas avaliações é que elas permitem comparações, ao longo dos anos, e a escala de pontuação identifica o nível de desempenho e competências dos alunos. A seguir, analisam-se os resultados para o Rio Grande do Sul, da Avaliação Nacional do Ensino Básico (ANEB), que abrange uma amostra de escolas e alunos das redes públicas e privadas⁵¹.

4 O aprendizado da população em idade escolar e o sistema de ensino

A série histórica do SAEB teve início nos anos 1990, quando os testes de proficiência em língua portuguesa e matemática permitiram aferir o que, de fato, os alunos brasileiros estavam aprendendo na escola. Os resultados de 1995 a 2005⁵² para o Brasil revelaram médias declinantes nas duas disciplinas. Nesses dez anos, houve piora no desempenho em todas as séries, tanto em português quanto matemática. Para o Rio Grande do Sul, os resultados oscilaram. Na 4ª série, as médias diminuíram em português, mas houve melhora em matemática, entre 1995 e 2005. Para a 8ª série, houve piora nas duas disciplinas. Por outro lado, na 3ª série do ensino médio as notas de proficiência diminuíram em português, mas aumentaram em matemática. Assim, os dados indicam que os anos que se seguiram à expansão do ensino fundamental foram acompanhados por uma piora no desempenho geral dos alunos brasileiros, enquanto o Rio Grande do Sul obteve sucesso em determinadas séries e disciplinas, com exceção da 8ª, cujas médias diminuíram.

Tabela 1 - Ensino Fundamental Regular - Anos Iniciais
Notas Prova Brasil/IDEB – Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul
2005, 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015

SUL / Rio Grande do Sul	Rede	Nota SAEB - 2005		Prova Brasil/SAEB - 2007		Prova Brasil/SAEB - 2009		Prova Brasil/SAEB - 2011		Prova Brasil/SAEB - 2013		Prova Brasil/SAEB - 2015	
		Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa
Brasil	Total	182,38	172,31	193,48	175,77	204,30	184,29	209,63	190,58	211,21	195,91	219,30	207,57
Sul	Total	194,88	181,08	203,48	184,27	214,35	191,74	221,12	199,39	227,43	209,32	231,28	218,27
Sul	Pública	191,39	177,70	200,42	181,22	212,31	189,72	218,84	197,62	224,29	205,22	227,89	214,81
Sul	Privada ⁽¹⁾	233,73	218,98	236,70	217,81	248,45	226,68	257,42	231,13	260,49	242,84	261,26	247,55
Sul	Estadual	194,37	182,42	200,54	182,87	209,03	188,89	217,82	199,32	222,08	205,81	222,81	212,56
R. G. do Sul	Total ⁽²⁾	190,41	180,31	200,73	183,03	211,16	191,03	214,07	195,45	222,89	208,39	224,88	213,17
R. G. do Sul	Pública ⁽²⁾	187,04	177,14	197,77	179,89	208,04	187,53	212,34	193,90	218,15	201,87	219,47	208,29
R. G. do Sul	Privada	228,59	214,33	229,02	212,97	238,18	221,39	249,22	227,08	259,20	242,53	261,37	247,84
R. G. do Sul	Estadual	195,60	182,38	200,49	182,96	211,72	191,14	214,20	196,82	222,43	208,20	220,80	210,93

Fonte: INEP (2016)

Notas: (1) Médias da Prova Brasil/SAEB 2009 e Ideb 2009 calculados somente com as escolas urbanas. (2) Médias da Prova Brasil/SAEB 2011 e Ideb 2011 calculados sem as escolas federais.

⁵⁰ Também Ciências, em 2013.

⁵¹ Disponível em <http://portal.inep.gov.br/web/saeb/resultados>. Acesso em 28/10/2016.

⁵² As pesquisas do SAEB foram bianuais, de 1995 a 2015.

Tabela 2 - Ensino Fundamental Regular - Anos Finais
 Notas Prova Brasil/IDEB – Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul
 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015

SUL / Rio Grande do Sul	Rede	Nota SAEB - 2005		Prova Brasil/SAEB - 2007		Prova Brasil/SAEB - 2009		Prova Brasil/SAEB - 2011		Prova Brasil/SAEB - 2013		Prova Brasil/SAEB - 2015	
		Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa
Brasil	Total	239,52	231,82	247,39	234,64	248,74	244,01	252,77	245,20	251,54	245,81	257,73	253,50
Sul	Total	251,54	239,10	256,85	241,30	258,91	251,34	261,20	250,31	257,53	250,42	263,86	258,91
Sul	Pública	245,81	233,73	251,75	236,84	253,60	247,40	255,55	245,98	251,34	245,48	258,74	254,86
Sul	Privada	297,84	282,54	299,76	278,79	304,80	285,38	305,95	284,70	306,25	289,27	308,71	294,42
Sul	Estadual	244,62	231,93	252,09	237,05	252,99	247,16	254,29	244,95	250,12	244,30	257,45	253,25
R. G. do Sul	Total ⁽²⁾	258,06	244,70	255,27	243,05	260,92	252,99	262,98	251,77	260,00	253,59	259,56	256,74
R. G. do Sul	Pública ⁽²⁾	252,74	239,47	251,37	239,11	256,99	249,51	257,49	247,26	254,05	248,74	256,90	254,58
R. G. do Sul	Privada	299,45	285,38	286,38	274,54	290,43	279,05	301,90	283,83	301,98	287,88	301,73	291,02
R. G. do Sul	Estadual	253,33	239,41	253,00	240,85	258,57	250,99	258,40	248,20	254,64	249,65	256,93	253,82

Fonte: INEP (2016)

Notas: (1) Médias da Prova Brasil/SAEB 2009 e Ideb 2009 calculados somente com as escolas urbanas. (2) Médias da Prova Brasil/SAEB 2011 e Ideb 2011 calculados sem as escolas federais.

Tabela 3 - Ensino Médio Regular
 Notas Prova Brasil/IDEB – Brasil, Região Sul e Rio Grande do Sul
 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015

SUL / Rio Grande do Sul	Rede	Nota SAEB - 2005		Prova Brasil/SAEB - 2007		Prova Brasil/SAEB - 2009		Prova Brasil/SAEB - 2011		Prova Brasil/SAEB - 2013		Prova Brasil/SAEB - 2015	
		Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa	Matemática	Língua Portuguesa
Brasil	Total	271,29	257,60	272,89	261,39	274,72	268,83	274,83	268,57	270,15	264,06	267,60	267,87
Sul	Total	292,52	272,37	291,89	274,51	294,47	282,40	290,14	276,77	282,16	270,56	274,69	274,46
Sul	Privada	342,21	310,56	339,98	310,23	343,25	317,63	346,42	319,55	331,32	311,83	319,51	314,36
Sul	Estadual	282,74	264,93	281,95	267,17	285,50	275,93	279,47	268,67	272,13	262,25	266,05	266,72
R. G. do Sul	Total ⁽¹⁾	306,12	282,47	296,83	281,49	304,81	289,57	295,26	280,42	290,27	278,67	273,31	272,79
R. G. do Sul	Privada	338,21	312,22	338,23	310,91	334,82	316,22	343,22	320,45	335,17	315,48	322,32	318,80
R. G. do Sul	Estadual	300,07	276,95	287,02	274,74	299,34	284,71	286,42	273,10	281,91	272,10	264,99	264,72

Fonte: INEP (2016)

Notas: (1) Médias da Prova Brasil/SAEB 2011 e Ideb 2011 calculados sem as escolas federais.

No entanto, a partir de 2005 as médias de proficiência começaram uma recuperação, aumentando em todo o Brasil. Em 2007, tanto português quanto matemática apresentaram melhor desempenho por parte dos alunos, em todas as séries. Naquele ano, a região Sul ficou acima da média brasileira, nas duas disciplinas e em todas as séries. Quanto ao Rio Grande do Sul, a 4ª série apresentou desempenho abaixo da média da região, em português e matemática, em 2005 e 2007. Mas no final do ensino fundamental e também na última série do ensino médio, o desempenho gaúcho ficou acima da média regional nos dois anos, em quase todas as séries – a única exceção foi em matemática, na 8ª série, em 2007. Ao final da primeira década dos anos 2000, as notas médias continuaram aumentando, no Brasil, no Sul e Rio Grande do Sul.

No primeiro quinquênio da presente década, os resultados do SAEB indicam comportamentos diferenciados entre as séries. Nos anos iniciais do ensino fundamental, o desempenho dos alunos brasileiros continuou melhorando, tanto em língua portuguesa quanto em matemática – na primeira, a média das notas aumentou de 191 para 208 no 5º ano, entre 2011 e 2015, enquanto na segunda, os valores foram 195 e 219, respectivamente⁵³. O Rio Grande do Sul acompanhou a tendência brasileira, quando seus

⁵³ As notas vão de 0 a 500 e são cumulativas, isto é, as séries subsequentes agregam os conhecimentos anteriores.

resultados para língua portuguesa foram acima da média: 205 e 213 para língua portuguesa, e para matemática os valores atingiram 222 e 224, no mesmo período.

Para os anos finais do ensino fundamental, houve aumento das médias de proficiência, porém, em ritmo mais lento. No Brasil, a proficiência do 9º ano em língua portuguesa passou de 245, em 2011, para 252, em 2015; e em matemática as médias subiram de 253 para 256, respectivamente. Mais uma vez, o Rio Grande do Sul ficou acima da média brasileira. Em língua portuguesa, as notas foram de 250 para 257; entretanto, em matemática as médias diminuíram de 262 para 259.

O quadro se torna preocupante no último ano do ensino médio. No Brasil houve queda no desempenho dos estudantes, pois as médias de língua portuguesa declinaram de 269 para 267, em 2011 e 2015, respectivamente – sendo que em 2013 havia declinado ainda mais, quando a média foi de 264. Em matemática a situação é ainda mais grave, pois as notas médias brasileiras diminuíram de 275 para 267, no mesmo período. O caso gaúcho chama atenção. No ano de 2013, os 278 pontos de língua portuguesa só não foram superiores ao Distrito Federal, enquanto matemática foi a melhor performance do Brasil, atingindo 290 pontos. Lamentavelmente, o Rio Grande do Sul não foi capaz de manter o desempenho, pois tanto língua portuguesa quanto matemática ficaram com as médias 273, em 2015, uma performance muito aquém daquela anterior, especialmente em matemática.

O contexto geral da educação básica analisado anteriormente, segundo alguns indicadores de frequência e seus reflexos no fluxo escolar, como a distorção série-idade, associado ao desempenho dos alunos, pode ser sintetizado pelo IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica). O mesmo tem a vantagem de reunir o rendimento (aprovação) e a proficiência em um mesmo indicador. A elaboração do IDEB teve o objetivo de permitir o acompanhamento de metas educacionais que deveriam ser atingidas no ano do bicentenário da Independência, em 2022⁵⁴. As metas foram estipuladas de forma a atingir a nota 6,0 – em uma escala de 0 a 10 – correspondente à média de rendimento (aprovação) e proficiência dos países da OCDE, em meados da década passada⁵⁵. Cada unidade deverá fazer um esforço para atingir a meta de acordo com sua situação inicial – no caso, o IDEB observado em 2005 – e, portanto, cada rede do sistema de ensino deverá ter uma trajetória diferenciada ao longo dos anos. Assim, quanto menor o indicador inicial, maior deverá ser o esforço para o alcance da meta, que visa à erradicação das desigualdades educacionais das diversas redes, estados, municípios e até mesmo escolas.

A Tabela 4 mostra o IDEB calculado para os anos iniciais do ensino fundamental

⁵⁴ FERNANDES, Reynaldo. Índice de desenvolvimento da educação básica (IDEB): metas intermediárias para a sua trajetória no Brasil, estados, municípios e escolas. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/portal_ideb/o_que_sao_as_metas/Artigo_projecoes.pdf>. Acesso em 29/10/2016.

⁵⁵ Os detalhes metodológicos estão descritos em: http://download.inep.gov.br/download/IdEB/Nota_Tecnica_n3_compatibilizacao_PISA_SAEB.pdf (acessado em 29/10/2016).

regular do Brasil, região Sul e Rio Grande do Sul, entre os anos de 2005 e 2015. Percebe-se que nesta fase da educação básica o Brasil tem evoluído positivamente e deverá atingir a meta estipulada. A região Sul, sempre acima da média brasileira, conseguiu, inclusive, atingir a meta em 2015, mas graças às escolas privadas, uma vez que as públicas ainda não conseguiram.

Tabela 4 - Ensino Fundamental Regular - Anos Iniciais
IDEB e Projeções – Região Sul e Rio Grande do Sul
2005, 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015

SUL / Rio Grande do Sul	Rede	IDEB 2005	IDEB 2007	IDEB 2009	IDEB 2011	IDEB 2013	IDEB 2015	Projeções							
								2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Brasil	Total	3,8	4,2	4,6	5,0	5,2	5,5	3,9	4,2	4,6	4,9	5,2	5,5	5,7	6,0
Sul	Total	4,4	4,8	5,1	5,5	5,8	6,0	4,5	4,8	5,2	5,5	5,8	6,0	6,3	6,5
Sul	Pública	4,3	4,6	5,0	5,4	5,6	5,8	4,3	4,7	5,1	5,4	5,6	5,9	6,1	6,4
Sul	Privada ⁽¹⁾	6,2	6,3	6,7	7,0	7,2	7,4	6,2	6,5	6,8	7,0	7,2	7,4	7,5	7,7
Sul	Estadual	4,2	4,6	4,9	5,4	5,6	5,6	4,3	4,6	5,0	5,3	5,6	5,8	6,1	6,3
R. G. do Sul	Total ⁽²⁾	4,3	4,6	4,9	5,1	5,6	5,7	4,3	4,7	5,1	5,3	5,6	5,9	6,1	6,4
R. G. do Sul	Pública ⁽²⁾	4,1	4,5	4,7	5,1	5,4	5,5	4,2	4,5	4,9	5,2	5,5	5,7	6,0	6,3
R. G. do Sul	Privada	5,8	6,1	6,4	6,7	7,2	7,4	5,9	6,2	6,5	6,7	6,9	7,1	7,3	7,5
R. G. do Sul	Estadual	4,2	4,5	4,8	5,1	5,5	5,5	4,2	4,6	5,0	5,3	5,5	5,8	6,1	6,3

Fonte: INEP (2016)

Notas: (1) Médias da Prova Brasil/SAEB 2009 e Ideb 2009 calculados somente com as escolas urbanas.
(2) Médias da Prova Brasil/SAEB 2011 e Ideb 2011 calculados sem as escolas federais.

O estado Rio Grande do Sul, apesar de sempre se situar acima da média do País, ainda não havia atingido a meta em 2015. Assim como ocorre para a região, as escolas públicas apresentam indicador abaixo da média estadual.

Segundo os resultados das projeções realizadas pelo INEP, elaboradas de acordo com a tendência necessária para atingir as metas, considerando-se o ponto de partida, isto é, o IDEB observado em 2005, pode-se dizer que, em 2015, o Brasil, a região Sul e o Rio Grande do Sul fizeram um esforço suficiente para ficarem acima dos valores projetados, indicando que, se todas as redes de ensino continuarem neste ritmo, atingirão as metas estipuladas para os anos iniciais do ensino fundamental.

No caso dos anos finais do ensino fundamental regular (Tabela 5), no primeiro ano projetado nota-se que o Brasil e as redes pública e privada da região Sul apresentaram um IDEB mais elevado do que a projeção. No Rio Grande Sul, apesar da rede privada possuir o maior indicador, seu IDEB ficou aquém do que seria esperado, pois seu nível inicial em 2005 foi mais alto do que em 2007. Nos anos seguintes, a situação do Brasil e da região Sul não se modificou, ou seja, o IDEB efetivamente observado foi mais elevado do que o projetado, indicando um esforço suficiente para atingir a meta em 2021.

Tabela 5 - Ensino Fundamental Regular - Anos Finais
IDEB e Projeções – Região Sul e Rio Grande do Sul
 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015

SUL / Rio Grande do Sul	Rede	IDEB 2005	IDEB 2007	IDEB 2009	IDEB 2011	IDEB 2013	IDEB 2015	Projeções							
								2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Brasil	Total	3,5	3,8	4,0	4,1	4,2	4,5	3,5	3,7	3,9	4,4	4,7	5,0	5,2	5,5
Sul	Total	3,8	4,1	4,3	4,3	4,3	4,6	3,9	4,0	4,3	4,7	5,1	5,3	5,6	5,8
Sul	Pública	3,6	3,9	4,1	4,1	4,1	4,4	3,6	3,8	4,1	4,5	4,8	5,1	5,4	5,6
Sul	Privada	6,1	6,1	6,2	6,2	6,3	6,5	6,1	6,2	6,4	6,7	7,0	7,2	7,3	7,5
Sul	Estadual	3,5	3,9	4,0	4,1	4,0	4,3	3,5	3,7	4,0	4,4	4,8	5,0	5,3	5,5
R. G. do Sul	Total ⁽¹⁾	3,8	3,9	4,1	4,1	4,2	4,3	3,9	4,0	4,3	4,7	5,1	5,3	5,6	5,8
R. G. do Sul	Pública ⁽¹⁾	3,6	3,7	3,9	3,9	4,0	4,2	3,7	3,8	4,1	4,5	4,9	5,1	5,4	5,6
R. G. do Sul	Privada	6,1	5,7	5,8	6,1	6,1	6,2	6,1	6,2	6,5	6,8	7,0	7,2	7,3	7,5
R. G. do Sul	Estadual	3,5	3,7	3,8	3,8	3,9	4,0	3,5	3,7	4,0	4,4	4,8	5,0	5,3	5,5

Fonte: INEP (2016)

Notas: (1) Médias da Prova Brasil/SAEB 2011 e Ideb 2011 calculados sem as escolas federais.

O Rio Grande do Sul repetiu a mesma experiência anterior até 2009, quando apenas a rede privada de ensino estava acima do indicador projetado. A partir de 2011, não apenas o ensino público, mas também a rede privada ficou abaixo da projeção. Isso indica que o estado não atingirá a meta para os anos finais do ensino fundamental, caso não avance em ritmo mais acelerado.

Tabela 6 - Ensino Médio Regular
IDEB e Projeções – Região Sul e Rio Grande do Sul
 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 e 2015

SUL / Rio Grande do Sul	Rede	IDEB 2005	IDEB 2007	IDEB 2009	IDEB 2011	IDEB 2013	IDEB 2015	Projeções							
								2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Brasil	Total	3,4	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7	3,4	3,5	3,7	3,9	4,3	4,7	5,0	5,2
Sul	Total	3,7	3,9	4,1	4,0	3,9	3,8	3,7	3,8	4,0	4,3	4,6	5,1	5,3	5,5
Sul	Privada	5,9	5,8	5,9	6,0	5,7	5,6	5,9	6,0	6,1	6,3	6,6	6,9	7,1	7,2
Sul	Estadual	3,4	3,6	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,5	3,7	4,0	4,3	4,8	5,0	5,2
R. G. do Sul	Total ⁽¹⁾	3,7	3,7	3,9	3,7	3,9	3,6	3,8	3,9	4,0	4,3	4,6	5,1	5,3	5,5
R. G. do Sul	Privada	5,7	5,7	5,7	5,9	5,7	5,7	5,8	5,8	6,0	6,2	6,5	6,8	7,0	7,1
R. G. do Sul	Estadual	3,4	3,4	3,6	3,4	3,7	3,3	3,5	3,6	3,7	4,0	4,4	4,8	5,0	5,3

Fonte: INEP (2016)

Notas: (1) Médias da Prova Brasil/SAEB 2011 e Ideb 2011 calculados sem as escolas federais.

No ensino médio, entre 2007 e 2009 o Brasil estava pouco acima do que seria de se esperar, dado seu IDEB observado em 2005. No entanto, entre 2011 e 2015 o indicador permaneceu estagnado no mesmo patamar, de 3,7. Isso indica que o ensino médio brasileiro

não avançou praticamente nada, no primeiro quinquênio da presente década.

Para a região Sul, no primeiro ano projetado, as redes privada e estadual obtiveram resultados melhores que aqueles projetados para 2007, porém, em 2009 esse quadro se reverteu e ambas as redes ficaram abaixo da projeção, não se modificando até o último ano da série de dados. No Rio Grande do Sul, a situação é semelhante, pois o Estado ficou abaixo do ritmo projetado em quase todos os anos. Embora a rede estadual tenha melhorado de 2007 para 2009, em 2011 o indicador até piorou, fato que se repetiu entre 2013 e 2015, ano que o IDEB ficou até mesmo abaixo do ano inicial, 2005. A rede privada também ficou abaixo do projetado em todos os anos, permanecendo estagnada em praticamente todo o período. Portanto, ainda que a situação do ensino médio no Brasil seja extremamente preocupante, como vem alertando vários especialistas no assunto, no caso do Rio Grande do Sul, a situação é bastante peculiar, e os esforços necessários para reverter o quadro de piora no IDEB terão que ser relativamente maiores.

5 Considerações finais

Em menos de meio século, o Brasil passou de uma situação de alto crescimento demográfico, com uma população extremamente jovem, para outro estágio, de crescimento muito mais baixo, e aumento da participação dos idosos. Esta tendência deverá persistir, pois o País já atingiu uma fecundidade abaixo do nível de reposição populacional. Colocadas sob uma perspectiva histórica, as transformações na dinâmica demográfica são tão velozes que, em muitos aspectos, mal são percebidas em toda sua complexidade e urgência.

Muitas vezes, a diminuição do ritmo de crescimento populacional é celebrada como uma oportunidade para realocação de recursos escassos, por exemplo, dos serviços de assistência social, educação de crianças e saúde infantil; para previdência social e saúde dos idosos. Em que pese a racionalidade de argumentos dessa natureza, há que se considerar não apenas os problemas ainda persistentes no que tange ao atendimento do público jovem, mas também a necessidade de se pensar as políticas públicas de forma integrada, para se atingir um desenvolvimento humano e sustentável.

Os resultados do trabalho de Barbosa et al. (2016) indicam que não se deve esperar um crescimento econômico impulsionado pelo crescimento da PEA, como ocorreu recentemente, dada a fase atual de declínio no crescimento da população em idade ativa. Como o Brasil não tem poupança suficiente para a aceleração do ritmo de investimento, e tampouco seria realista esperar uma imigração internacional qualificada – pelo menos nos curto e médio prazos – a saída apontada pelos autores seria o crescimento da produtividade da economia.

De fato, conforme vários estudos mostraram (Bloom et al., 2011; Lee e Mason, 2010; Nasir e Tahir, 2011; Mason, 2005), a fase da “janela de oportunidades” é historicamente curta e precisa ser aproveitada, para que o bônus demográfico não se transforme em ônus irreversível. A sustentação de uma sociedade envelhecida exige fortes investimentos nas crianças e jovens, para que as coortes de nascimentos cada vez menores consigam, no futuro, garantir o desenvolvimento (CARVALHO, WONG, 2010).

No que tange à educação, a partir de meados dos anos 1990, o Brasil conquistou avanços consideráveis na abertura de vagas nas escolas e inclusão de crianças e jovens, no ensino fundamental. As taxas de atendimento escolar estão próximas da universalização nesse nível de ensino. Entretanto, o mercado de trabalho contemporâneo exige constante qualificação profissional, indissociável de uma educação de qualidade, desde o ensino infantil até o ensino médio.

Nesse aspecto, o Brasil ainda não completou sua transição para uma escolaridade plena e de qualidade. O atendimento escolar para a população infantil ainda é insuficiente e precário. Por outro lado, o ensino médio tem percorrido uma trajetória de avanços e recuos, e no geral a taxa de escolarização nesse nível ainda precisa aumentar. Considerando a educação básica composta pelos níveis de ensino infantil, fundamental e médio, ainda há investimentos necessários.

No caso específico do Rio Grande do Sul, não mais do que 63,8% da população de 4 e 5 anos estava frequentando a escola em 2013, segundo dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), um percentual abaixo da média nacional, que era de 81,4%. No ano seguinte, a taxa experimentou um aumento considerável, atingindo 72,4%, mas ainda ficou aquém da média brasileira, que fora de 82,7%, em 2014. Por outro lado, o atendimento para a população de 15 a 17 anos de idade foi de 84,5%, em 2013, bastante próxima da média brasileira (84,3%). Mas os dados da PNAD seguinte informam que essa taxa recuou para 83,7%, no Estado. Esses dois níveis de ensino merecem, portanto, atenção especial, no que tange ao atendimento escolar.

O pleno atendimento escolar em todos os níveis da educação básica é uma condição para o desenvolvimento futuro sustentável. Recente trabalho de Hanushek e Woessmann (2015) encontrou resultados muito robustos sobre a importância das habilidades cognitivas, que deveriam ser adquiridas na fase escolar. Não basta, dessa forma, passar anos nos bancos escolares, é preciso aprender, de fato. Nesse aspecto, os desafios para o País são imensos, e o Rio Grande do Sul não é uma exceção.

No Brasil, os anos que se seguiram à expansão do ensino fundamental iniciado a partir do final da década de 1990 foram caracterizados pela piora de desempenho dos alunos, medido pelos testes de proficiência do SAEB. Naquele contexto, o Rio Grande do Sul se saiu relativamente melhor que o País, embora com oscilações. A partir de 2005, houve melhora de desempenho geral dos alunos, e nos primeiros anos do segundo quinquênio dos anos 2000, o Rio Grande do Sul se destacou positivamente, pois as notas médias dos alunos aumentaram, especialmente no final do ensino fun-

damental e na série final do ensino médio.

Mas o primeiro quinquênio da presente década foi marcado por transformações nos níveis de aprendizado, nem sempre positivas. De modo geral, a proficiência nos anos iniciais do ensino fundamental aumentou em todo o País, assim como no Rio Grande do Sul, em língua portuguesa e matemática. Entretanto, o quadro nos anos finais do ensino fundamental e do ensino médio é marcado por avanços e recuos.

No 9º ano do ensino fundamental o Rio Grande do Sul tem se posicionado acima da média brasileira, e aumentou o nível de desempenho em língua portuguesa. Ainda que matemática também tenha ficado acima da média, há que se atentar para o recuo verificado, justamente em uma fase de transição para o ensino médio. Aliás, o ensino médio é o nível que requer mais atenção, pois houve queda generalizada no desempenho dos alunos brasileiros. O caso do Rio Grande do Sul é bastante peculiar. Em 2013, o desempenho do Estado foi excepcional, atingindo a segunda melhor média do País em língua portuguesa e a primeira posição em matemática. Mas em 2015 houve notória redução no desempenho do Estado, em língua portuguesa e, principalmente, em matemática. Assim, a passagem do ensino fundamental para o médio torna-se uma fase merecedora de medidas que alterem rapidamente o recuo dos notórios avanços verificados anteriormente, quando o Estado se destacou positivamente – especialmente em matemática.

De maneira geral, o Rio Grande do Sul apresenta uma qualidade educacional acima da média brasileira, mas há que se garantir um desempenho compatível com sua experiência pregressa. Nesse sentido, os resultados do IDEB confirmam a boa posição relativa do Estado, mas também indicam que o mesmo deve estar atendo ao desempenho de seus alunos, especialmente dos anos finais do ensino fundamental e médio, a fim de evitar os indesejáveis revezes ocorridos.

Enfim, a próxima década deve ser vista como um marco importante. A população em idade ativa diminuirá sensivelmente e as políticas públicas não mais poderão contar com um ritmo elevado de crescimento da PEA. Considerando o longo histórico de baixo crescimento demográfico do Rio Grande do Sul, decorrente de níveis de fecundidade relativamente baixos e saldos migratórios negativos, o envelhecimento populacional em curso demanda planos e ações eficazes, no sentido de garantir a contínua melhoria do atendimento escolar nos níveis infantil e médio, bem como a garantia de uma educação de qualidade.

7 Referências

BARBOSA FILHO, Fernando. H.; TURRA, Cássio. M.; WAJNMAN, Simone.; GUIMARAES, Raquel R. M. Transição demográfica, oferta de trabalho e crescimento econômico no Brasil. In: BONELLI, Regis; VELOSO, Fernando (Org.). **A Crise de Crescimento do Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier: FGV/IBRE, 2016, p. 87-109.

BLOOM, David E.; CANNING, David; FINK, Günther. **Implications of population aging for economic growth**. Boston: Harvard School of Public Health, 2011 (PGDA Working Paper n. 64).

CEDEPLAR. **Estimativas de população para o Brasil: total do país, unidades federativas e municípios, 2010-2030, 2014**. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/noticias/2015/projecoes_2014.pdf>. Acesso em 28 nov. 2016.

CARGNIN, A. et al. Quinze anos da economia e sociedade gaúcha contados pelas páginas do Atlas Socioeconômico do RS. Porto Alegre, Boletim Geográfico do RS. nº24. p.29-62.

CARVALHO, José Alberto M. de et al. Estimativas dos saldos migratórios internacionais e do número de emigrantes internacionais das grandes regiões do Brasil – 1986/1991 e 1991/1996. In: CASTRO, Mary Garcia. **Migrações internacionais: contribuições para políticas**. Brasília: CNPD, 2001. p. 243-252.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. **Estimativas decenais e quinquenais de saldos migratórios e taxas líquidas de migração do Brasil, por situação do domicílio, sexo e idade, segundo unidade da federação e macrorregião, entre 1960 e 1990, e estimativas de emigrantes internacionais do período 1985-1990**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 2002. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/saldos_migratorios/Estimativas_saldos_migratorios.pdf>. Acesso em 28 nov. 2016.

CARVALHO, José Alberto Magno; WONG, Laura Rodríguez. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 23, n.1, jan./jun. 2006, p. 05-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002>. Acesso em 28 nov. 2016.

CARVALHO, José Alberto Magno; WONG, Laura Rodríguez. Plano Nacional de Pós Graduação-PNPG 2011/2020. **Documentos Setoriais CAPES**, v. II. Brasília: CAPES, Brasília, 2010. P. 153-174.

HANUSHEK, Eric A.; WOESSMANN, Ludger. **The knowledge Capital of Nations: education and economics of growth**. The MIT Press. Cambridge, Massachussets, 2015.

INEP. **Resultados e metas, 2016**. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>. Acesso em 28 nov. 2016.

LEE, Ronald; MASON, Andrew. Some macroeconomic aspects of global population aging. **Demography**, 2010, v. 47, p. 151-172. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3470908/>>. Acesso em 28 nov. 2016.

MASON, Andrew. **Demographic Transition and demographic dividends in developed and developing countries**. In: Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures. New York: Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2005. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/meetings/Proceedings_EGM_Mex_2005/full_report.pdf>. Acesso em 28 nov. 2016.

NASIR, Jamal Abdul; TAHIR, M. H. A Statistical Assessment of Demographic Bonus Towards Poverty Alleviation. **Pak. J. Commer. Soc. Sci**, 2011, v. 5, n. 1, p. 01-11.

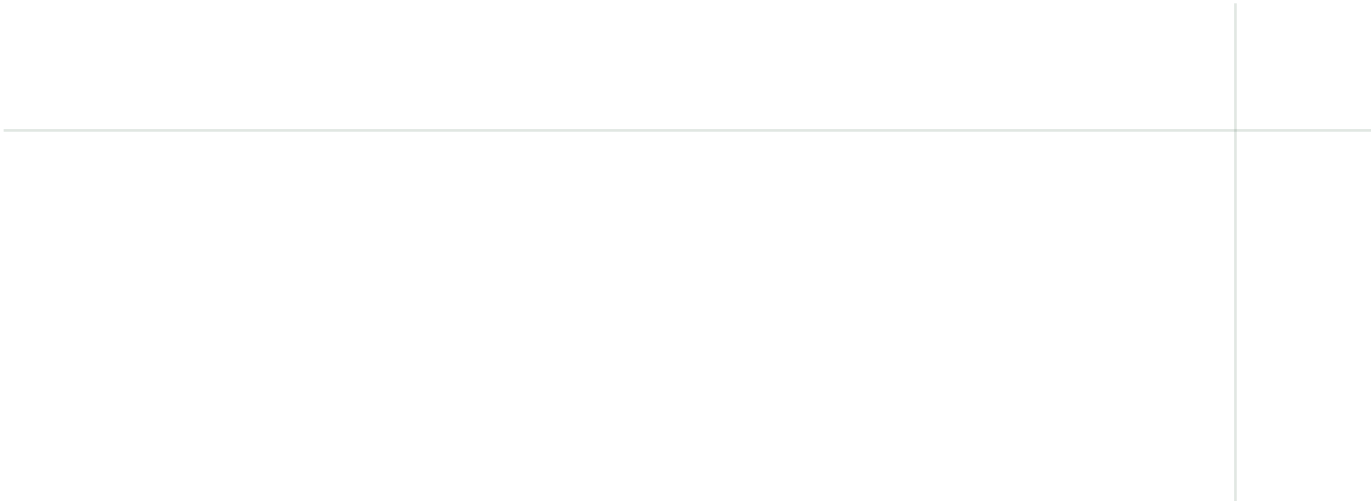
RIBEIRO, José Teixeira Lopes. **Estimativa da migração de retorno e de alguns de seus efeitos demográficos indiretos no nordeste brasileiro, 1970,/1980 e 1981/1991. 1997**. Tese (Doutorado em Demografia). Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 1997. 206p.

RIGOTTI, J.I.R. **Fluxos migratórios e distribuição espacial da população na Região Metropolitana de Belo Horizonte: década de 70**. Dissertação (Mestrado em Demografia). Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 1994. 109p.

RIGOTTI, José Irineu Rangel. A transição demográfica. **Educ. Real.**, Porto Alegre, 2012, v. 37, n. 2, maio/ago, p. 467-490.

RIGOTTI, J. I. R., FAZITO, D. CAMPOS, F. A distribuição espacial de mão de obra qualificada no Brasil é um entrave ao crescimento econômico de maior valor agregado no interior do País? In: OLIVEIRA, Marina Pereira Pires de et al. (Orgs.). **Rede de pesquisa formação e mercado de trabalho: coletânea de artigos: tendências e aspectos demográficos do mercado de trabalho**. Brasília: IPEA/ABDI, 2014. p.75-116. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/abdi-ipea-volume1.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2016.

SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população** (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica; n. 4). Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2016. 119 p.





GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO,
GOVERNANÇA E GESTÃO