



6

NOVOS CAMINHOS

DEMOGRAFIA DAS REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS

NOTA TÉCNICA 6

DEMOGRAFIA DAS REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS

Ana Luiza d'Ávila Viana

Hudson Pacifico Silva

Maria Paula Ferreira

Os autores integram o grupo de pesquisadores do projeto Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil (Região e Redes).

Foto da capa: Inquirer Photo/Lyn Rillon

As mudanças que emergem na sociedade brasileira durante a primeira década do século XXI podem ser caracterizadas, segundo Camarano et al. (2014), pela palavra “redução” – embora essa redução tenha sido relativa em vários aspectos. Algumas dessas mudanças foram positivas, como a redução do contingente populacional em situação de pobreza, a redução da desigualdade de renda, a redução do desemprego e a redução do número de vínculos informais no mercado de trabalho; entretanto, outras mudanças representam desafios para as políticas sociais nas próximas décadas, sobretudo a redução do crescimento econômico (nos anos mais recentes) e das taxas de fecundidade e de mortalidade nas faixas etárias mais elevadas da população.

O Brasil encontra-se num período de transição demográfica caracterizado pela passagem de um regime com altas taxas de mortalidade e fecundidade/natalidade para outro regime, em que ambas as taxas situam-se em níveis relativamente mais baixos (BORGES et al., 2015). Esse processo vem provocando mudanças na estrutura etária da população brasileira, com redistribuição na proporção de crianças, adultos e idosos: redução da participação relativa de crianças/jovens e aumento proporcional de adultos e idosos.

Com a população potencialmente ativa (entre 15 e 59 anos) crescendo mais rapidamente do que a população “dependente” – jovens abaixo de 15 anos e idosos acima de 60 anos¹, esse período corresponde ao que se convencionou chamar de bônus ou dividendo demográfico. Isso porque há proporcionalmente mais pessoas situadas na faixa etária com maior probabilidade de exercer atividade econômica (e, portanto, produzir mais do que consome) do que aquelas não produtivas e potencialmente dependentes deste mesmo grupo. Trata-se de uma situação diferente daquela existente nas décadas de 1960 e 1970, quando a proporção de crianças e jovens era predominante e, portanto, a taxa de dependência era elevada em função do peso desse segmento da população.

Como bem destacado por Borges et al. (2015), os possíveis benefícios associados ao bônus demográfico (ampliação do mercado de trabalho, aumento da produtividade, mais crescimento econômico e aumento de recursos para o financiamento de políticas públicas) não são automaticamente determinados pelas condições demográficas. Na verdade, eles supõem certas condições de cobertura e qualidade educacional, além de políticas de emprego capazes de incorporar, de modo satisfatório, a população no mercado de trabalho e criar o excedente econômico. Nesse sentido, afirmam os autores, o fenômeno favorece, mas não garante as mudanças sociais desejadas. Por isso, o bônus demográfico deve ser considerado uma “janela de oportunidades”.

¹ O IBGE considera idosa a pessoa com 60 anos ou mais, tendo como referência o Estatuto do Idoso, disposto na Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, e a recomendação da Organização Mundial da Saúde - OMS para países em desenvolvimento. Conforme IBGE (2013).

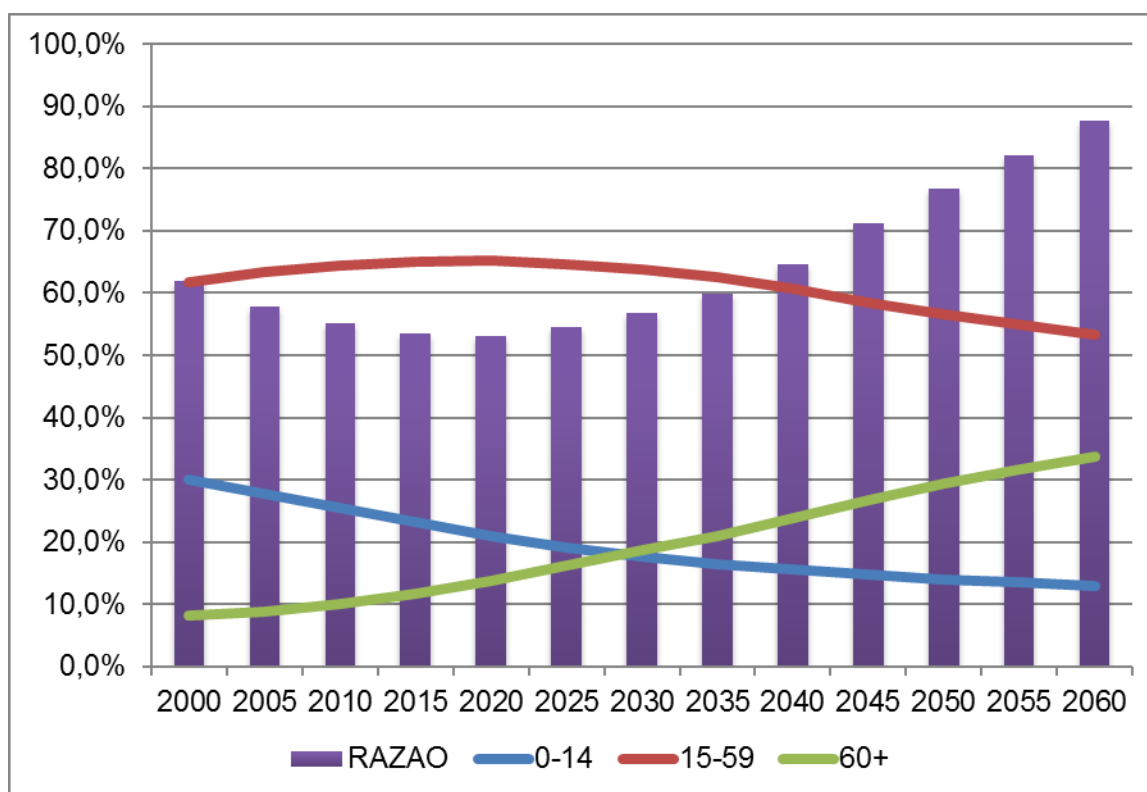
Esse período de condições demográficas favoráveis tende a desaparecer quando a população dependente começa a crescer mais rápido do que a população em idade ativa, lançando uma nova fase na qual a população idosa (60 anos ou mais) começa a predominar entre o grupo dependente. Projeções da população brasileira feitas pelo IBGE² e sintetizadas no Gráfico 1 indicam que essa virada deve acontecer por volta de 2030, quando a proporção de idosos será de 18,1% (contra 11,7% em 2015), ao passo que a proporção de crianças e jovens até 14 anos será de 17,6% (contra 23,2% em 2015). Já a proporção de adultos potencialmente ativos (entre 15 e 59 anos), que era de 61,8% em 2000, continuará crescendo ligeiramente até o final desta década, quando chegará a representar 65,3% da população brasileira, para depois começar a cair progressivamente. Ao mesmo tempo, a razão de dependência, que já foi de 61,9% em 2000 e atualmente é de 53,6%, continuará próximo desse patamar até os primeiros anos da década de 2020, quando então começará sua trajetória ascendente até atingir 87,6% em 2060.

Para Camarano et al. (2014), os dados sugerem que o Brasil está diante de um novo paradigma demográfico, bastante diferente daquele observado em meados do século XX. As principais características desse novo paradigma incluem famílias de filho único, rápido crescimento da esperança de vida ao nascer e nas idades avançadas, diminuição da população e da força de trabalho, e mudanças na estrutura etária no sentido do seu envelhecimento.

Também é importante destacar que, do ponto de vista geográfico, coexistem níveis e padrões de mortalidade e fecundidade diferenciados no território nacional, assim como fluxos migratórios distintos em cada região e unidade da federação (BORGES et al., 2015). Apesar das tendências gerais, as disparidades regionais apontam para a existência de processos demográficos distintos entre as regiões do país, com estruturas etárias diferenciadas, de modo que é possível verificar o tempo em que cada uma delas se encontra no processo de transição demográfica e a forma como se relacionam (enviando ou recebendo população).

² Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default_tab.shtml. Acessado em 07 Out 2015.

Gráfico 1. Projeções da população para grupos etários e razão de dependência, Brasil, em 1o de julho, 2000/2060.



Fonte: IBGE - Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060; elaboração própria.

Mudanças importantes associadas aos padrões de adoecimento e morte nas últimas décadas indicam que a população brasileira também está passando por um processo de transição epidemiológica. De modo geral, esse processo é caracterizado pela substituição progressiva das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônicas e degenerativas como principais causas de mortalidade. De acordo com a teoria da transição epidemiológica (OMRAN, 1971), o momento atual corresponderia à terceira fase dessa transição³, marcada pelo crescimento das doenças cardiovasculares, neoplasias, aumento do uso de fumo, baixos níveis de atividade física, alimentação rica em produtos animais e gorduras. Completam esse quadro a redução da mortalidade geral, com seu pico concentrado nas idades mais avançadas, e predominância da morbidade. Esse novo perfil epidemiológico está associado a processos de envelhecimento populacional, desenvolvimento econômico, industrialização e urbanização (SERVO, 2014).

³ Primeiro estágio (vigente até o final do século XIX): alta prevalência de doenças infecciosas, desnutrição e baixa expectativa de vida. Segundo estágio (início do século XX): redução das pandemias em função do aumento de riqueza, da disponibilidade de alimentos, políticas de saúde pública, saneamento e qualidade da água.

Características específicas dos países da América Latina levaram alguns autores a questionar a teoria da transição epidemiológica, argumentando que o perfil epidemiológico dos países da região é mais heterogêneo. O “modelo polarizado e prolongado” de transição epidemiológica proposto por Frenk et al. (1991) sintetiza as características que distinguem estes países: (a) uma sobreposição de etapas, com doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas com grande importância absoluta e relativa; (b) um movimento de contratransição representado pelo ressurgimento de doenças que antes estavam controladas (como a malária, o cólera e a dengue), com grande importância na morbidade, mas sem grande interferência na mortalidade; (c) uma transição prolongada, com períodos longos sem alterações significativas nos padrões de morbimortalidade; e (d) polarização epidemiológica, com diferenças no perfil de mortalidade entre os grupos sociais e as regiões dos países.

As mudanças no perfil da mortalidade brasileira no período 1980-2010 foram sistematizadas por Kanso (2014) e incluem os seguintes aspectos:

- Redução dos óbitos da população menor de 1 ano de idade (de 24,3% do total em 1980 para 3,6% em 2010) e aumento dos óbitos da população idosa (de 38,5% em 1980 para 61,9% em 2010);
- Aumento da mortalidade masculina entre os jovens de 15 a 29 anos, que passou de 214 óbitos masculinos (para cada 100 óbitos femininos) em 1980 para 396 óbitos em 2010;
- Queda na proporção de óbitos por doenças infecciosas (de 9,3% em 1980 para 4,3% em 2010) e aumento na proporção de óbitos por neoplasias (aumento de 7,5% no período), causas externas (+3,2%), doenças do aparelho circulatório (+3,5%) e respiratório (+2,6%);
- Aumento de óbitos entre os jovens por causas externas, tanto entre os homens (de 61,5% em 1980 para 77,9% em 2010) como entre as mulheres (de 25,5% para 36,8%);
- Redução dos óbitos nos idosos por doenças do aparelho circulatório (-36,1% no período) e aumento proporcional de óbitos causados por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, doenças do aparelho respiratório e neoplasias, tanto para os homens como para as mulheres;

Além dos aspectos acima, é importante destacar que houve, nesse período, redução de 80% na probabilidade de morte até 1 ano (mortalidade infantil) e aumento de 20% na esperança de vida ao nascer, tanto para os homens como para as mulheres. Kanso (2014) também

menciona o aumento na idade média ao morrer e a redução na variabilidade desta idade, o que caracterizaria o processo de compressão da mortalidade⁴.

Como se pode verificar pela análise das informações sobre mortalidade, houve aumento da participação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), assim como redução dos casos de doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. No caso das DCNT, Servo (2014) destaca que quatro doenças respondem por 60% dos óbitos: doenças cardiovasculares, neoplasias malignas, diabetes mellitus e doenças respiratórias crônicas. Dentre os fatores de risco (modificáveis) mais importantes associados a essas doenças destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada, o álcool e a inatividade física. Dessa forma, políticas públicas direcionadas para o controle desses fatores de risco possuem grande chance de reduzir a taxa de mortalidade por DCNT.

No que se refere às doenças infecciosas e parasitárias, Luna e Silva (2013) destacam a existência de três grupos de doenças no Brasil: (a) doenças com tendência ao declínio em sua incidência, prevalência e mortalidade (doenças imunopreveníveis, diarreias, doença de Chagas, esquistossomose, raiva humana, hepatites A e B, filariose linfática e oncocercose); (b) doenças que vem apresentando uma estabilização em seus indicadores de ocorrência, mas que ainda representam um problema importante de saúde pública (hanseníase, tuberculose, tracoma, malária, doença meningocócica, geohelmintíases, cisticercose, toxoplasmose, febre tifoide, sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, peste, varicela, micoses sistêmicas e hidatidose); e (c) doenças emergentes e reemergentes, entendidas como aquelas cuja incidência vem aumentando nas últimas duas décadas ou ameaça aumentar num futuro próximo⁵ (dengue, HIV/Aids, cólera, leishmanioses, doenças transmitidas por alimentos, hantavirose, febre maculosa e infecções hospitalares).

Como assinala Sabóia (2015), o envelhecimento populacional, contudo, compõe uma face particular da transição demográfica: com sua progressão, o “bônus” ou “dividendo” demográfico vai-se esvaindo. Portanto, é quase intuitivo extrair daí implicações as mais fundamentais em termos de saúde pública e de previdência.

Como ressalta o autor, sem entrar no detalhamento dessas implicações, pode-se dizer que seremos um país envelhecido com necessidades que constituirão rubricas progressivamente mais pesadas tanto nos orçamentos das famílias como no do Estado. Por isso, sugere que devemos tirar proveito desse bônus antes que o processo avance. E essa é uma tarefa para os poderes públicos.

⁴ A compressão da mortalidade é um processo caracterizado pelo aumento da idade média à morte paralelo à redução na dispersão dos óbitos ao redor desta idade. Cf. Kanso (2014)

⁵ Conforme definição do CDC (1994).

Tal cenário impacta fortemente na formulação de um grande conjunto de políticas públicas, tais como mercado de trabalho, saúde, educação e previdência social entre outras. Especificamente em termos de políticas de saúde esse cenário implicará importantes mudanças na oferta de serviços de saúde, nas práticas de assistência e na educação dos profissionais de saúde. E, serviços voltados ao tratamento de doenças crônicas e à prevenção de saúde serão centrais no formato e modelo da assistência à saúde.

Nesse sentido, a presente nota técnica tem por objetivo apresentar indicadores sobre crescimento populacional e estrutura etária das 17 regiões de saúde brasileiras que compõem a pesquisa sobre redes e regionalização de saúde.⁶

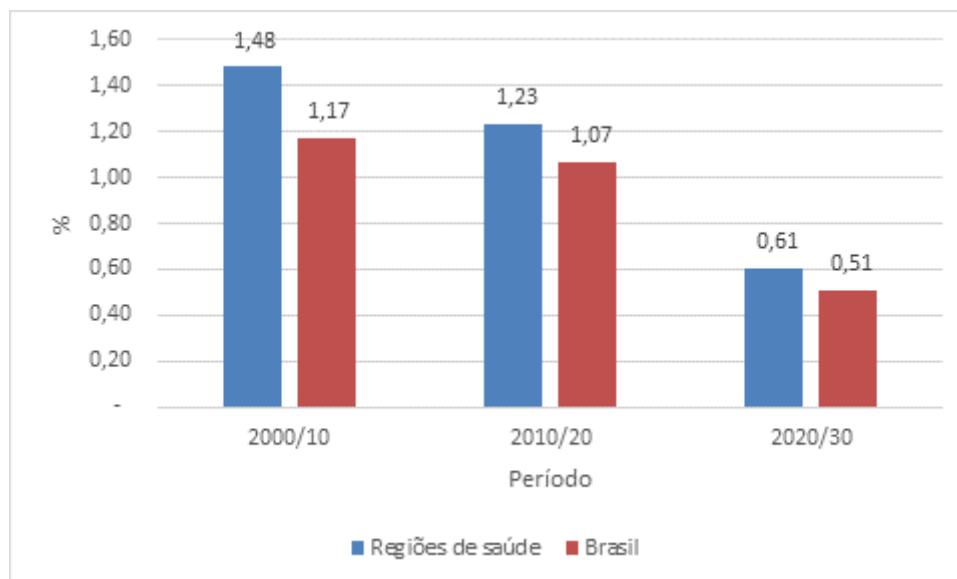
RESULTADOS

Em 2010, as 17 regiões de saúde do estudo englobavam 9,2% da população brasileira, com as mulheres correspondendo a 51% dessa população.

Para 2020 projeta-se uma população de 19.953.319 habitantes, o que corresponderá a 9,4% da população brasileira. Em 2030, espera-se uma população de 21.200.456 habitantes (9,5% da população brasileira). Essas regiões apresentam um ritmo de crescimento populacional superior ao observado para o Brasil para esses períodos: 1,48% entre 2000 e 2010, 1,23% entre 2010 e 2020 e 0,61% entre 2020 e 2030, contra respectivamente, 1,17%, 1,07% e 0,51% (Gráfico 2).

⁶ Os dados utilizados no estudo estão disponíveis Painel de Indicadores – Demografia que agrega os indicadores demográficos dados para todas as regiões de saúde do Brasil: <http://www.resbr.net.br/indgraf/>.

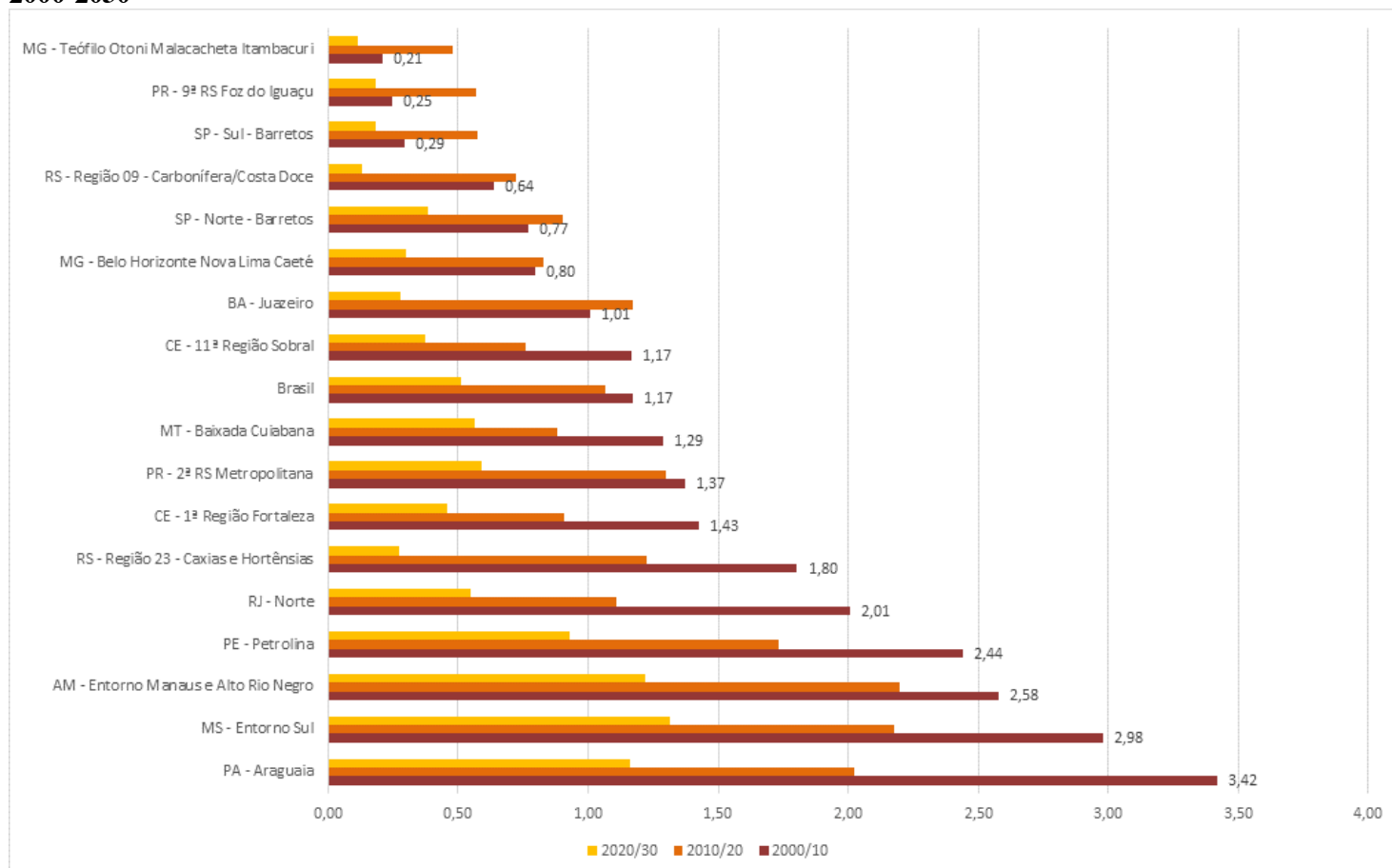
Gráfico 2 – Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População. Regiões de Saúde Seleccionadas. 2000-2030



Fonte: IBGE - Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060; elaboração própria.

Nove regiões de saúde apresentaram crescimento superior ao do Brasil no período de 2010 a 2020: Araguaia (PA), Entorno Sul (MT), Entorno Manaus e Alto Rio Negro (AM), Petrolina (PE), Norte (RJ), Região 23 - Caxias e Hortênsias (RS), 1ª Região Fortaleza (CE), 2ª RS Metropolitana (RS) e Baixada Cuiabana (MT). Para os períodos de 2010/20 e 2020/30 essas regiões deverão manter um ritmo de crescimento superior ao do Brasil, com exceção da 1ª Região Fortaleza (CE) e Caxias e Hortênsias (RS) que crescerão em ritmo inferior ao do Brasil nos dois períodos (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População. Regiões de Saúde Seleccionadas. 2000-2030



Fonte: IBGE - Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 2000-2060; elaboração própria.

Em 2010, da população de 17.653,506 pessoas aproximadamente 70% estavam em idade produtiva, entre 15 e 64 anos, valor próximo ao observado para o Brasil (68%). As crianças (0 a 14 anos) representavam 24% da população e os idosos (65 anos e mais) correspondiam a 6%. No Brasil, esses contingentes eram respectivamente, 24% e 7%. Para 2020, espera-se que a população em idade ativa (15 a 64 anos) corresponda a 72% da população, enquanto as crianças e idosos corresponderão, respectivamente a 20% e 8%.

Entre as 17 regiões espera-se a manutenção do envelhecimento da estrutura etária, com a diminuição da proporção de crianças na população total em 2020. No entanto, as regiões no Sul e Sudeste apresentam uma população etária mais envelhecida – com mais de 9% de sua população com 65 anos e mais, em 2020 (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da População segundo Faixa Etária. Regiões de Saúde Seleccionadas. 2010 e 2020¹. Em %.

Regiões	2010				2020			
	Total	0 a 14 anos	15 a 64 anos	65 e mais	Total	0 a 14 anos	15 a 64 anos	65 e mais
AM - Entorno Manaus e Alto Rio Negro	100,0	29,5	66,5	4,0	100,0	23,6	71,6	4,8
PA – Araguaia	100,0	30,2	66,0	3,8	100,0	21,0	74,2	4,8
CE - 1ª Região Fortaleza	100,0	22,8	70,6	6,5	100,0	19,8	72,4	7,8
CE - 11ª Região Sobral	100,0	27,7	64,1	8,2	100,0	24,2	67,2	8,5
PE – Petrolina	100,0	29,2	65,6	5,1	100,0	21,4	72,4	6,2
BA – Juazeiro	100,0	29,0	64,3	6,8	100,0	24,8	67,4	7,8
MG - Belo Horizonte Nova Lima Caeté	100,0	20,3	71,7	8,0	100,0	17,8	71,3	10,9
MG - Teófilo Otoni Malacacheta Itambacuri	100,0	26,7	64,1	9,2	100,0	25,4	63,7	10,9
RJ – Norte	100,0	23,0	69,4	7,5	100,0	17,5	72,6	9,9
SP - Norte - Barretos	100,0	20,4	70,4	9,2	100,0	19,3	69,0	11,7
SP - Sul - Barretos	100,0	20,4	69,9	9,7	100,0	19,8	67,5	12,6
PR - 2ª RS Metropolitana	100,0	22,7	70,9	6,4	100,0	18,1	72,7	9,1
PR - 9ª RS Foz do Iguaçu	100,0	24,5	69,5	6,0	100,0	22,5	67,9	9,6
RS - Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	100,0	22,5	69,0	8,5	100,0	18,9	69,3	11,8
RS - Região 23 - Caxias e Hortênsias	100,0	20,3	72,4	7,3	100,0	11,7	77,3	10,9
MT - Baixada Cuiabana	100,0	24,1	70,6	5,4	100,0	24,6	68,0	7,4
GO - Entorno Sul	100,0	29,8	66,8	3,4	100,0	20,9	74,6	4,6
Total	100,0	24,2	69,4	6,4	100,0	20,1	71,6	8,4

Fonte: IBGE; elaboração dos autores.

¹ Para 2020 as projeções populacionais por regiões de saúde foram calculadas utilizando-se o método de relação de coortes de Duchesne (BRITO et al, 2010).

A razão de dependência, que relaciona o total da população em idade potencialmente inativa (menores de 15 anos e maiores de 65 anos) com a população em idade potencialmente ativa (15 a 64 anos), reflete o “peso” dos inativos sobre a população em idade ativa. No Brasil, em 2000 haviam 54,9 pessoas potencialmente inativas para cada 100 pessoas potencialmente ativas, para 2020 espera-se 43,5 pessoas potencialmente inativas para cada 100 pessoas potencialmente ativas.

Em paralelo observa-se entre a população potencialmente inativa o aumento da população de 65 anos e mais e da diminuição do contingente de 0 a 14 anos, o que indica o envelhecimento da população, de tal forma que em 2050 espera-se que o número de idosos supere o de crianças no Brasil (IBGE, 2009).

Para as 17 regiões do estudo, analogamente ao observado para o total do Brasil, a razão de dependência diminuiu de forma acentuada no período 2000 a 2010 e, segundo as projeções populacionais, continuará a diminuir, porém em ritmo mais moderado, entre 2010 e 2020. As exceções são as regiões de saúde de Belo Horizonte, Nova Lima, Caeté; Teófilo Otoni, Malacacheta, Itambacuri; Barretos (Norte e Sul), Foz do Iguaçu e Baixada Cuiabana que apresentam aumento desse indicador em 2020, indicando um aumento da população potencialmente inativa (Tabela 2).

Já o índice de envelhecimento mostra as regiões em estágios diferentes do processo de envelhecimento populacional, com as regiões do Sul e Sudeste apresentando estruturas etárias mais envelhecidas do que as regiões do Norte, Nordeste e Centro-Oeste (Tabela 2).

Tabela 2 – Razão de Dependência e Índice de Envelhecimento. Regiões de Saúde Selecionadas. 2000-2020. Em %.

Regiões	Razão de Dependência			Índice de Envelhecimento		
	2000	2010	2020	2000	2010	2020
AM - Entorno Manaus e Alto Rio Negro	60,44	50,31	39,67	9,20	13,42	20,4
PA - Araguaia	65,11	51,45	34,68	7,99	12,63	22,9
CE - 1ª Região Fortaleza	53,32	41,58	38,06	17,09	28,69	39,6
CE - 11ª Região Sobral	76,28	55,91	48,73	19,58	29,67	35,2
PE - Petrolina	63,83	52,34	38,09	11,95	17,51	28,9
BA - Juazeiro	65,78	55,56	48,35	15,58	23,34	31,2
MG - Belo Horizonte Nova Lima Caeté	45,75	39,38	40,17	22,28	39,23	61,3
MG - Teófilo Otoni Malacacheta Itambacuri	67,18	55,97	56,86	21,50	34,58	42,8
RJ - Norte	51,83	44,00	37,66	24,02	32,79	56,3
SP - Norte - Barretos	49,79	42,04	44,93	28,64	45,29	60,8
SP - Sul - Barretos	51,90	42,99	48,04	27,79	47,28	63,6
PR - 2ª RS Metropolitana	48,68	41,04	37,48	17,67	28,39	50,5
PR - 9ª RS Foz do Iguaçu	54,26	43,87	47,31	11,16	24,25	42,6
RS - Região 09 - Carbonífera/Costa Doce	51,35	45,01	44,26	24,58	37,97	62,2
RS - Região 23 - Caxias e Hortênsias	45,20	38,14	29,32	23,18	36,18	93,2
MT - Baixada Cuiabana	51,62	41,67	47,07	12,60	22,24	30,3
GO - Entorno Sul	61,45	49,73	34,11	6,94	11,32	22,0
Brasil	54,93	45,90	43,50	19,77	30,66	45,10

Fonte: IBGE; elaboração dos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados mostram a grande heterogeneidade das regiões em relação aos seus aspectos demográficos. Enquanto as regiões localizadas nas regiões Sudeste e Sul apresentam taxas anuais de crescimento populacional inferiores ao Brasil, aquelas localizadas nas regiões Norte e Centro-Oeste apresentam crescimento bem superiores à média brasileira. Da mesma forma, a estrutura etária se mostra distinta entre as 17 regiões - onde novamente há regiões em que se espera um expressivo contingente de população idosa, com diminuição do número de crianças, e regiões em que a presença de crianças ainda é, e continuará sendo, extremamente importante na estrutura etária de sua população.

Assim, para o planejamento das políticas de saúde no âmbito regional, deve-se considerar a diversidade do público demandante dos serviços de saúde, dado que em um único Estado ou Região Brasileira convivem populações com estruturas etárias distintas e portanto com demandas diferenciadas em termos de saúde. Caso dos idosos, que exigem maior grau de complexidade de atendimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; CASTRO E SILVA, L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: Ervatti, L.; Borges, G.M.; Jardim, A. P. (Orgs.). Mudança Demográfica no Brasil no Século XXI – Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

BRITO, L. P. G.; CAVENAGHI, S.; JANNUZZI, P. M. Estimativas e projeções populacionais para pequenos domínios: uma avaliação da precisão para municípios do Rio de Janeiro em 2000 e 2007. R. bras. Est. Pop. Rio de Janeiro, v.27, n. 1, p.35-57. Jan./jun. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. A população brasileira e seus movimentos ao longo do século XX. In: Camarano, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 81-116.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Addressing emerging infectious diseases threats: a prevention strategy for the United States. Atlanta, CDC: 1994.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, v. 111, n. 6, p. 485-296, 1991b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Estudos e Pesquisas – informações demográficas e socioeconômicas n. 25. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais – Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). A década inclusiva (2001-2011): desigualdade, pobreza e políticas de renda. Comunicados do IPEA, n. 155, 2012.

KANSO, S. Compressão da mortalidade no Brasil. In: Camarano, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 491-509.

LUNA, E. J.; SILVA JÚNIOR, J. B. Doenças transmissíveis, endemias, epidemias e pandemias. In: FIOCRUZ – FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A Saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro – população e perfil sanitário. Brasília: Fiocruz, 2013. v. 2, p.121-175.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Milbank memorial fund quarterly, v. 49, n. 4, p. 509-538, 1971.

SABOIA, J. Mercado de trabalho, políticas sociais e distribuição de renda: performance recente e perspectivas. Política Social e Desenvolvimento, 2015, n. 24, p.32-41. <http://goo.gl/BmjDg2>

SERVO, L. M. S. Perfil epidemiológico da população brasileira e o espaço das políticas públicas. In: Camarano, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 491-509.

WILSON, T. A review of sub-regional population projection methods. Queensland Centre for Population Research. Australia. 2011