

# DOENÇAS CRÔNICAS E LONGEVIDADE: DESAFIOS PARA O FUTURO

José Carvalho de Noronha  
Leonardo Castro  
Paulo Gadelha  
ORGANIZADORES

ESTRATÉGIA  
**FIOCRUZ**  
PARA AGENDA 2030

SAÚDE  
AMANHÃ

Prospecção Estratégica do  
Sistema de Saúde Brasileiro

  
EDIÇÕES LIVRES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



# DOENÇAS CRÔNICAS E LONGEVIDADE: DESAFIOS PARA O FUTURO

José Carvalho de Noronha  
Leonardo Castro  
Paulo Gadelha  
ORGANIZADORES

ESTRATÉGIA  
**FIOCRUZ**  
PARA AGENDA 2030

SAÚDE  
AMANHÃ 

Prospecção Estratégica do  
Sistema de Saúde Brasileiro

  
EDIÇÕES LIVRES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



## **Fundação Oswaldo Cruz**

Ministra da Saúde  
Nísia Trindade Lima

Presidente  
Mario Santos Moreira

Vice-presidente de Ambiente, Atenção e Promoção da Saúde  
Patricia Canto Ribeiro

Vice-presidente de Educação, Informação e Comunicação  
Cristiani Vieira Machado

Vice-presidente de Pesquisa e Coleções Biológicas  
Rodrigo Correa de Oliveira

Vice-presidente de Produção e Inovação em Saúde  
Marco Aurelio Krieger

Diretora Executiva Adjunta de Gestão e Desenvolvimento Institucional  
Priscila Ferraz Soares

## **Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde**

Diretor  
Rodrigo Murtinho

Vice-diretora de Pesquisa  
Mônica Magalhães

Vice-diretora de Ensino  
Mel Bonfim

Vice-diretora de Informação e Comunicação  
Tânia Cristina Pereira dos Santos

Vice-diretor de Desenvolvimento Institucional  
Leonardo El-Warrak

## **Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030**

Coordenador  
Paulo Gadelha

## **Iniciativa Brasil Saúde Amanhã**

Coordenador adjunto  
José Carvalho de Noronha

Coordenador executivo  
Leonardo Castro

Coordenadora editorial  
Suelen Carlos de Oliveira



# DOENÇAS CRÔNICAS E LONGEVIDADE: DESAFIOS PARA O FUTURO

José Carvalho de Noronha  
Leonardo Castro  
Paulo Gadelha  
ORGANIZADORES

ESTRATÉGIA  
**FIOCRUZ**  
PARA AGENDA 2030

SAÚDE  
AMANHÃ 

Prospecção Estratégica do  
Sistema de Saúde Brasileiro

  
EDIÇÕES LIVRES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

1ª Edição: Edições Livres, 2023

Coordenação geral  
Rodrigo Murtinho

Coordenação editorial  
Mauro Campello

Capa e projeto gráfico  
Mauro Campello

Revisão  
Ingrid Basto Szklo  
Jorge Moutinho

Diagramação  
Ronieri Gomes

Fotos da capa  
Amir Mohammad | Unsplash  
Fred Kearney | Unsplash  
Mika Tapani | Unsplash  
Roberto Delgado | Unsplash  
Salvador Scofano | Acervo Comer pra quê? | Fiocruz Imagens

Este livro foi publicado de acordo com a Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fiocruz. Os textos constantes nessa publicação podem ser copiados e compartilhados desde que: não sejam utilizados para fins comerciais; e, que seja citada a fonte e atribuídos os devidos créditos. Distribuição gratuita.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D651d Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro / organizado por José Carvalho de Noronha, Leonardo Castro, Paulo Gadelha. – Rio de Janeiro : Edições Livres; Fundação Oswaldo Cruz, 2023.

337 p. : il. color. ; graf. ; tab.  
ISBN: 978-65-87663-10-4  
Inclui bibliografia.

1. Envelhecimento Populacional. 2. Longevidade. 3. Doença Crônica. 4. Dinâmica Populacional. I. Noronha, José Carvalho de. II. Castro, Leonardo. III. Gadelha, Paulo. IV. Fundação Oswaldo Cruz. V. Título.

CDD 362.6

# Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro

Este livro, “Doenças Crônicas e Longevidade: Desafios para o Futuro”, organizado pela Iniciativa Saúde Amanhã no contexto da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030, representa mais uma contribuição, a partir da Fundação Oswaldo Cruz, ao esforço de planejamento, definição de prioridades e estratégias políticas para o sistema de saúde brasileiro, tendo como eixo orientador a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (2015).

A Iniciativa “Brasil Saúde Amanhã”, rede multidisciplinar de pesquisa que investiga e propõe caminhos para o setor Saúde desde 2010, tem por objetivo contribuir para a atuação nacional e institucional em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável por meio da prospecção de cenários futuros para a saúde pública, em articulação com a Estratégia Fiocruz para Agenda 2030, visando garantir melhores condições de vida e saúde para a população brasileira e a consolidação e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O tema do envelhecimento populacional tem frequentado há tempos a agenda da saúde pública no Brasil e no mundo, tendo recebido grande atenção de epidemiologistas e demógrafos nas últimas décadas. A presente coletânea reúne especialistas renomados e com ampla expertise sobre a temática do envelhecimento, aqui tratada de forma abrangente e inovadora, considerando seus diversos aspectos. Sem descurar os aportes mais recentes da epidemiologia e da demografia, o livro incorpora importantes reflexões sobre o futuro do modelo assistencial para a atenção aos idosos e sobre a “economia da longevidade” como possível resposta ao envelhecimento populacional no Brasil, trazendo igualmente estudos acurados de

projeção da demanda e custos de instituições de longa permanência e do gasto em saúde no Brasil ao longo do ciclo de vida considerando o horizonte temporal de 2040.

A presente obra é fruto do seminário homônimo organizado pelo Saúde Amanhã, realizado remotamente nos dias 25 e 26 de abril de 2022, no qual os autores dos diferentes capítulos apresentaram versões preliminares dos trabalhos aqui coligidos.

É com grande satisfação, portanto, que entregamos ao público este livro, que – assim esperamos – faz jus à relevância e urgência do tema, e desejamos a todos uma leitura tão profícua quanto prazerosa.

Paulo Gadelha  
*Coordenação da Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030*

José Carvalho de Noronha  
*Coordenação Adjunta da Iniciativa Saúde Amanhã*

Leonardo Castro  
*Coordenação Executiva da Iniciativa Saúde Amanhã*

# AUTORES

## **Ana Amélia Camarano**

Graduação em Economia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1973), Mestra em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1975) e Doutora em Estudos Populacionais pela *London School of Economics* (1995). Atualmente é Pesquisadora da Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (DISOC) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

## **Arthur Welle**

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (2016), Doutor em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (2022).

## **Dalia Elena Romero**

Graduação em Sociologia pela Universidade Católica Andrés Bello (UCAB Venezuela), Mestre em Demografia pelo Colégio de México e Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é pesquisadora e chefe do Laboratório de Informação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LIS/Icict) e coordena o Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento da Fiocruz (GISE-FIOCRUZ). Atua principalmente nos temas de indicadores e fontes de informação em saúde, envelhecimento, mortalidade e métodos de monitoramento de políticas públicas na área da saúde.

## **Fernando Gaiger Silveira**

Graduação em Engenharia Agrônoma pela Universidade de São Paulo (1986), Doutor em Economia pela Universidade Estadual de Campinas (2008). Atualmente é Pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/RJ (IPEA) e Professor do Centro Universitário Unieuro/DF.

## **Jorge Félix**

Graduação em Comunicação Social pela Universidade Gama Filho (1989), Mestre em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009) e Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2018). Atualmente é Professor da Universidade de São Paulo na Escola de Artes, Ciências e Humanidades (USP-EACH) e pesquisador associado da Fapesp.

## **Karla Cristina Giacomini**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), Residência e especialização em Medicina Geriátrica pela Universidade Louis Pasteur (Strasburgo – França) (1995), Mestra em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (2004) e Doutora em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (2008). Atualmente é Coordenadora geral da Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idosos; Vice-presidente do *International Longevity Centre-Brazil* e Membro pesquisador do Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE-Fiocruz).

**Laura de Almeida Botega**

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002), Doutora em Economia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2020).

**Leo Maia**

Graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Atualmente é pesquisador colaborador do Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento (GISE) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (ICICT/Fiocruz). Atua principalmente nos temas de indicadores de saúde, envelhecimento e monitoramento de políticas públicas na área da saúde.

**Luciana Mendes Santos Servo**

Graduação em Economia pela Universidade de Brasília (1993), Doutora em Economia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2020). Atualmente é Presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

**Mirian Martins Ribeiro**

Graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002), Doutora em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2016). Atualmente é Professora Adjunta da Universidade Federal de Ouro Preto.

**Renato Peixoto Veras**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1976), Mestre (1985) e Doutor no *Guy's Hospital pela London University* (1992). Atualmente é Professor titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade (UnATI/UERJ) e editor da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

**Theo Ribas Palomo**

Graduando em Ciências Econômicas pela Universidade de São Paulo. Atualmente é Pesquisador do Centro de Pesquisa em Macroeconomia das Desigualdades FEA/USP (MADE).

# ÍNDICE DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

## Capítulo 1

Gráfico 1 – Número médio de doenças crônicas da população idosa por sexo e grupos de idade – Brasil. **35**

Tabela 1 – Proporção de idosos que têm doenças crônicas por tipo de doença e sexo – Brasil. **36**

Gráfico 2 – Proporção de idosos com dificuldade para as ABVDs por sexo e grupos de idade – Brasil. **37**

Tabela 2 - Proporção da população idosa com dificuldade para as ABVDs que precisa de ajuda e recebe, por sexo e grupo de idade - Brasil, 2019. **37**

Tabela 3 – Esperança de Vida ao nascer (e0) e aos 60 anos (e60). **38**

Gráfico 3 – Variação absoluta no número de óbitos de idosos pelas principais causas – Brasil, 2019 – 2021 (em 1000 habs). **39**

Gráfico 4 – População de 60 anos ou mais de idade por sexo (observada e projetada), Brasil. **40**

Tabela 4 – Projeção da população idosa até 2040 desagregada por sexo e grupos de idade, Brasil. **41**

Gráfico 5 – Índice de dependência do cuidado, Brasil. **42**

Tabela 5 - Pessoas de 60 anos ou mais que declararam receber ajuda nas ABVDs segundo o tipo de ajuda por sexo e o custo da ajuda Brasil, 2019. **43**

## Capítulo 2

Tabela 1 – Tipo e oferta de serviços de acolhimento credenciados junto ao Sistema Único de Assistência Social. Brasil - 2019. **62**

Gráfico 1 – Distribuição proporcional das 1.784 unidades de acolhimento institucional para idosos, segundo a Região – Censo SUAS, 2019. **62**

Tabela 2 – Distribuição da população idosa acolhida segundo o sexo e a faixa etária – Censo SUAS 2019. **63**

Tabela 3 – Número e proporção de unidades que aceitam acolher pessoas de acordo com certas características selecionadas.	<b>64</b>
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos profissionais que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos – Censo, 2019.	<b>64</b>
Figura 1 – Apresentação das etapas de planejamento e desenvolvimento do Censo FN-ILPI 2021.	<b>68</b>
Tabela 4 - Distribuição das Instituições de Longa Permanência para Idosos por Região, população maior de 60 anos e maior de 75 anos e razão entre elas e o número de ILPI.	<b>69</b>
Tabela 5 - Distribuição do número de municípios por estado e Região e percentual de municípios que contêm pelo menos uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.	<b>70</b>
Figura 2 - Mapeamento da distribuição geoespacial das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil, por município, Brasil.	<b>72</b>
Tabela 6 - Evolução no número de Instituições de Longa Permanência para Idosos conforme o Censo IPEA 2008-2010 e o Censo FN-ILPI 2021.	<b>73</b>
Tabela 7 – Distribuição das Instituições de Longa Permanência para Idosos, segundo a Região. Brasil 2016-2019.	<b>74</b>
Tabela 8 - Síntese dos Termos de Fomentos firmados para equipagem e manutenção das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI de 2019 a 2021.	<b>77</b>
Tabela 9 – Estimativas de custos mensais para o acolhimento em instituição de longa permanência para idosos de caráter privado, com 15 residentes.	<b>79</b>
Gráfico 3 – Projeção do número de vagas e de Instituições de Longa Permanência para Idosos credenciadas ao Sistema Único de Assistência Social – Brasil 2016-2036 e do número de Instituições privadas com fins lucrativos, segundo o Censo FN-ILPI 2021 para o período 2021-2036.	<b>91</b>

### Capítulo 3

Tabela 1 – População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais – Brasil: anos selecionados entre 1950 e 2100 (em mil).	<b>114</b>
Gráfico 1 – População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais – Brasil: 1950 – 2100.	<b>115</b>

## Capítulo 4

Gráfico 1 – Distribuição percentual da mortalidade geral. Brasil, 1930 a 2019.	<b>175</b>
Gráfico 2 – Percentual de óbitos de idosos e não idosos. Brasil, 1979 a 2019.	<b>176</b>
Gráfico 3 – Percentual dos 10 grupos de causas mais frequentes de mortalidade, segundo gênero. Brasil, 2019.	<b>177</b>
Tabela 1 – Expectativa de vida e expectativa de vida aos 60 anos, segundo sexo e total, Brasil.	<b>178</b>
Tabela 2 – Idade média à morte e desvio padrão segundo raça/cor – Brasil, 2019.	<b>179</b>
Gráfico 4 – Número de óbitos de pessoas idosas segundo grupos de causas – Município do Rio de Janeiro, 2010 a 2021.	<b>180</b>
Gráfico 5 – Percentual mais frequente de internações entre pessoas idosas, segundo gênero. Brasil, 2019 a 2020.	<b>181</b>
Tabela 3 – Prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis em pessoas idosas segundo gênero e total. Brasil, 2019.	<b>183</b>
Tabela 4 – Percentual de idosas que nunca realizaram exame de mamografia, de internações e de óbitos de idosas por câncer de mama, segundo regiões. Brasil, 2013 e 2019.	<b>184</b>
Figura 1 – Interações entre os componentes da CIF.	<b>187</b>
Tabela 5 – Prevalência de idosos com incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária segundo região e gênero. Brasil, 2019.	<b>189</b>
Gráfico 6 – Prevalência de problema crônico de coluna, segundo faixa etária. Brasil, 2013.	<b>190</b>
Figura 2 – Domínios-chave da capacidade intrínseca.	<b>193</b>
Tabela 6 – Prevalência de sintomas depressivos e perda de vitalidade entre pessoas idosas. Brasil, 2019.	<b>195</b>
Figura 3 – Três trajetórias hipotéticas de capacidade física.	<b>197</b>
Tabela 7 – Prevalência de alguma deficiência visual, auditiva, locomotora ou mental entre pessoas idosas, segundo região e gênero. Brasil, 2019.	<b>200</b>

Gráfico 6 – Prevalência de estado de ânimo muito ruim, alguma deficiência (auditiva, visual, mental ou locomotora) e 3 ou mais doenças crônicas não-transmissíveis na população idosa, segundo grupos etários. Brasil, 2019. **201**

Figura 4 – Quadro de implementação ICOPE. **207**

Figura 5 – Quadro da saúde pública para o envelhecimento saudável e oportunidades para a saúde pública. **208**

Gráfico 7 – Cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) da população idosa no estado do Rio de Janeiro, 2008 – 2019. **213**

## **Capítulo 5**

Quadro 1 – Comparativo básico Ceis e do Ceisac. **252**

## **Capítulo 6**

Figura 1 – População por idade, segundo sexo, em 2020 e projeções para 2040, Brasil. **291**

Tabela 1 – Gastos com saúde segundo função de cuidado e tipo de financiamento – Brasil, 2019. **296**

Quadro 1 – Fontes de dados utilizados por etapa e grupos funcionais. **298**

Figura 2 – Distribuição (%) dos gastos por idade e sexo, segundo grupos funcionais e tipo de financiamento – Brasil, 2019. **302**

Figura 3 – Gasto per capita (mil), segundo idade, sexo, grupo funcional e tipo de financiamento – Brasil, 2019. **304**

Figura 4 – Distribuição (%) da população por idade e sexo, segundo cobertura de planos ou seguros de saúde – Brasil, 2019 e 2040. **305**

Figura 5 – Gastos totais com cuidado em saúde (R\$ milhões) e razões entre os gastos de 2040 e 2019 por idade, segundo sexo, grupo funcional e tipo de financiamento, Brasil, 2019 e 2040. **307**

Tabela 2 – Razão entre os gastos de 2040 e 2019, Brasil. **309**

Figura 6 – Gasto esperado a partir da idade  $x$ , Brasil 2019. **311**

Figura 7 – Distribuição dos gastos com internações por idade e sexo, ao longo da vida ( $REL_{b,a}$ ) e condicionados à sobrevivência ( $REL_{s,a}$ ), Brasil 2019. **313**

## Apêndices

Figura A.1 – Indicadores de mudança demográfica – Brasil, 2010 a 2060. **325**

Tabela B.1 – Despesas correntes (em R\$ milhões) do SUS (HF 1.1), dos planos e seguros de saúde (HF 2.1) e das famílias (HF 3.1), segundo funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) – Brasil, 2019. **327**

Tabela B.2 - Composição dos grupos de cuidado selecionados para a projeção segundo funções de saúde **328**

Tabela B.3 – Distribuição (%) dos gastos SIA-SUS por idade, segundo o tipo de documento de registro – Brasil, 2019. **330**

Figura C.1 – Esperança de vida da idade  $a$ , Brasil 2019. **332**

# SUMÁRIO

<b>Prefácio</b>	<b>15</b>
<i>Alexandre Kalache</i>	<b>31</b>
<b>Capítulo 1</b>	
Os idosos brasileiros: muitos além dos 60?	
<i>Ana Amélia Camarano</i>	<b>56</b>
<b>Capítulo 2</b>	
Envelhecimento da população brasileira: projeções da demanda e dos custos de instituições de longa permanência para idosos	
<i>Karla Cristina Giacomini</i>	<b>110</b>
<b>Capítulo 3</b>	
Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: necessidade atual e emergência para as próximas décadas	
<i>Renato Peixoto Veras</i>	<b>170</b>
<b>Capítulo 4</b>	
A epidemiologia do envelhecimento. Novos paradigmas?	
<i>Dalia Elena Romero</i>	
<i>Leo Maia</i>	<b>224</b>
<b>Capítulo 5</b>	
Economia da Longevidade: uma “resposta construtiva” para o envelhecimento populacional no Brasil	
<i>Jorge Félix</i>	<b>286</b>
<b>Capítulo 6</b>	
<b>Perspectivas para o gasto com saúde diante do envelhecimento populacional</b>	
<i>Mirian Martins Ribeiro</i>	
<i>Laura de Almeida Botega</i>	
<i>Fernando Gaiger Silveira</i>	
<i>Luciana Mendes Santos Servo</i>	
<i>Theo Ribas Palomo</i>	
<i>Arthur Welle</i>	

# PREFÁCIO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de julho de 2022, revelaram que o número de pessoas acima de 30 anos no Brasil alcançou 56% da população. Há uma década, não chegava a 50%. Estamos envelhecendo de forma extraordinariamente rápida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), foram necessários 145 anos para a França dobrar a proporção de pessoas idosas (consideradas aquelas com mais de 60 anos) de 10 para 20%. O Brasil o terá feito em 19 anos, entre 2011 e 2030. Comparando nosso país com o Canadá, em 2015, a proporção de idosos era cerca de metade da do país do Norte, respectivamente, de 12,7 e 25,2 %. As projeções indicam que em 2050 seremos tão ou mesmo um pouco mais envelhecidos que tal país, ambos acima de 30%. A diferença é que o Canadá tem, grosso modo, a casa em ordem: meio ambiente, sistema de saúde, educação, empregos dignos, políticas públicas centradas em direitos humanos. E é um país preocupado com o envelhecimento populacional! Não há universidade canadense que não conte com departamentos dedicados a seus múltiplos aspectos, desde pesquisa básica e gerontológica ao treinamento de profissionais preparados para lidar com o envelhecimento, não só, mas, em particular, no que toca a saúde. Para efeito de comparação, apenas 10% das faculdades de medicina no Brasil têm um departamento de Geriatria.

Vivemos a Revolução da Longevidade em um contexto desafiador, na contramão do ocorrido nos países desenvolvidos, que primeiro enriqueceram para depois envelhecerem. Cerca de 33 milhões de brasileiros já chegaram à velhice. Em 2050 teremos duplicado esse número. Em termos proporcionais, chegaremos a mais de um em cada três habitantes com mais de 60 anos em 2065, quando os estudantes universitários de hoje ainda estarão em plena atividade profissional. Contudo,

estamos treinando profissionais para o século XX, não para o futuro. Profissionais da saúde, que aprendem tudo sobre criancinhas, desenvolvimento infantil e mulheres grávidas. E que, no entanto, estarão cada vez mais cuidando e tratando de pessoas idosas. Segundo dados do Cadastro Nacional de Residência Médica, em 2020, apenas 0,7% dos residentes concluíram residência em Geriatria – comparados com 9,5% em Pediatria, 6,6% em Obstetrícia e Ginecologia, 1,4% em Dermatologia e 1% em Cirurgia Plástica. De acordo com a Sociedade Brasileira de Gerontologia e Geriatria, temos uma carência de 28 mil geriatras. E a falta de especialistas só irá crescer, se os jovens médicos continuarem não demonstrando interesse em Geriatria, como o indicado pela falta de procura em residência nessa especialidade. É inquietante que tenhamos 1 residente em Geriatria para cada 13 em Pediatria. Duas vezes mais em Dermatologia. Que estejamos atraindo mais jovens médicos para a cirurgia plástica que para o exercício da prática geriátrica (não de todo surpreendente em um país tão hedonista). Não que eu seja contra termos mais pediatras ou obstetras, se forem necessários, mas os números não refletem a diminuição observada, há décadas, nas taxas totais de fecundidade no Brasil: o número médio de filhos que uma mulher espera ter ao final de sua vida reprodutiva (já em declínio desde os anos 70) está abaixo do nível de reposição (2,1) desde o final do século passado. Se a Taxa de Fecundidade Total (TTF) nacional está em torno de 1,7 filhos há anos, existem estados e regiões (sobretudo nas áreas metropolitanas, mas não só) onde ela já está tão baixa quanto em países europeus, bastante envelhecidos – e preocupados com tais tendências demográficas, diferentemente de nós.

No entanto, não é somente de mais geriatras que precisamos. A carência maior é de profissionais de saúde que estejam familiarizados com os vários aspectos da prática médica ou dos profissionais aliados. Tudo muda com o envelhecimento, da Anatomia, Fisiologia, Fisiopatologia à dosagem de medicamentos, interação entre eles, apresentação de doenças. Em face da ignorância, erros crassos são cometidos, sendo iatrogenia uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade entre pessoas mais velhas, por mais escamoteadas que sejam as estatísticas. Sim,

necessitamos de mais geriatras, porém, mais importante é trazer o saber geriátrico aos cardiologistas, gastroenterologistas, neurocirurgiões, ortopedistas... Seja qual for a especialidade a ser abraçada pelos estudantes de hoje, urge que aprendam mais sobre como exercerão a prática médica ao longo das décadas que terão pela frente, em um país muito mais envelhecido. O mesmo é válido para nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, bem como para arquitetos urbanistas, advogados, designers, especialistas em comunicação. A Revolução da Longevidade impacta a sociedade como um todo e não está sendo acompanhada por uma Revolução da Educação.

Pelo exposto acima, torna-se clara a importância desta publicação reunindo alguns dos mais reconhecidos nomes da comunidade Gerontológica. Somente a disseminação de saberes específicos de qualidade poderá fazer com que o país esteja mais bem preparado para seu rápido envelhecimento. É essencial publicar e disseminar artigos fundamentados por investigações criteriosas, que contribuam para a elaboração de políticas públicas baseadas em evidência.

Os capítulos que compõem essa valiosa publicação chamam atenção para vários aspectos do envelhecimento populacional no Brasil.

Ana Amélia Camarano, sempre tanto nos ensinando, de forma criteriosa e criativa, nos mostra em particular o impacto demográfico da pandemia, que será sentido por muitos anos mais. Destaco um dos pontos centrais de seu texto: *“Além de resultar em mortes precoces, com impacto na expectativa de vida e no crescimento da população em geral, em especial na idosa, a pandemia da Covid-19 está acentuando as incertezas antes existentes quanto às condições de saúde, renda e autonomia que experimentarão os idosos no futuro. Pelo menos até o momento, os idosos brasileiros estão perdendo 4,3 anos do tempo que poderiam ainda viver. Como recuperar isso é uma questão ainda não equacionada – e certamente levará muito mais tempo do que foi gasto na redução.”*

Ana Amélia ressalta o fato de o isolamento social ter tido, como uma de suas consequências, um aumento de transtornos mentais (como depressão, ansiedade) e

de perturbações na saúde em geral, por ter levado muitos brasileiros, idosos ou não, a postergar a procura de serviços de saúde para tratamento de condições agudas ou crônicas. Além disso, muitos apresentaram perda de massa muscular e perdas cognitivas, independentemente da idade ou de ter sido o indivíduo diagnosticado ou não com Covid. E sequer podemos avaliar ainda os impactos da chamada Covid longa. A consequência é clara: uma pressão ainda maior sobre a demanda de cuidados e de serviços de saúde, em um contexto de redução da capacidade da família de cuidar.

Outro aspecto que Ana Amélia salienta em seu capítulo é o efeito adicional da pandemia à feminização do envelhecimento, considerando a menor mortalidade sofrida por mulheres em relação aos homens. O componente de gênero é fundamental em qualquer análise sobre o envelhecimento – como o fato de que mulheres idosas têm maior probabilidade de ficarem viúvas e de viverem sozinhas, frequentemente em situação socioeconômica desvantajosa. Além disso, embora vivam mais do que os homens, como salienta Ana Amélia, elas passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles, tornando-se, portanto, mais dependentes de cuidado. Por serem, tradicionalmente, as principais provedoras de cuidado, o descompasso irá gerar um número ainda maior de mulheres carentes de cuidados no contexto de famílias cada vez menores e menos disponíveis para prover esse cuidado. Como ela afirma, *“No Brasil e na maioria dos países, especialmente naqueles de baixa e média renda, onde os níveis agregados de riqueza são menores e os sistemas de bem-estar são subdesenvolvidos, o ônus financeiro do envelhecimento é predominantemente suportado por famílias ou indivíduos mais velhos, levando à precariedade de financiamento e falta de investimento para permitir o desenvolvimento do setor”*.

De Karla Giacomini não poderíamos esperar senão outra contribuição de peso. Aproveito a oportunidade para homenagear a profissional brilhante que logo no início da pandemia lançou a Frente Nacional de Fortalecimento das Instituições de

Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Visionária, com sua capacidade de liderança, sua experiência e seu profundo conhecimento de políticas públicas, a ex-presidente do Conselho Nacional de Direitos das Pessoas Idosas – quando ele realmente nos representava, não o engodo atual (escrevo este texto em novembro 2022) – em pouquíssimo tempo convocou mais de mil profissionais. As orientações da Frente chegaram aos mais remotos cantos do país, orientando ILPIs no preparo e na resposta que deveriam ter perante a pandemia. Não hesito em dizer que a Frente salvou milhares de vidas, evitando o desastre que outros países – muito mais ricos e supostamente preparados – experimentaram. Sobretudo por conta deles, Karla recebeu em 2021 o Prêmio Zilda Arns pela Defesa e Promoção dos Direitos das Pessoas Idosas, conferido pelo Congresso Nacional. É um orgulho tê-la como vice-presidente do Centro Internacional da Longevidade Brasil.

O capítulo de Karla conversa com o de Ana Amélia enfatizando a importância de desenvolver uma Cultura do Cuidado em um país tão pouco preparado para a Revolução da Longevidade.

Karla descreve experiências inovadoras de cuidado integral na comunidade, como o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), em São Paulo, e o Programa Maior Cuidado, de Belo Horizonte, que podem ser entendidos como inovações sociais que promovem o *Ageing in Place*, evitando a institucionalização com custo-eficácia, ainda que sem subsídios dos governos estaduais ou federal. No entanto, ela ressalta que, ao contrário da tendência internacional de não institucionalizar o cuidado ao idoso, no Brasil a oferta de Centros-dia e centros de convivência é bastante insuficiente e a de apoio às famílias com cuidadores domiciliares é absolutamente excepcional, levando a uma alta demanda do cuidado institucional.

Karla ressalta o quão longe estamos de ter um Estado acolhedor, que cumpra sua obrigação constitucional; que repassa o cuidado para famílias despreparadas, desamparadas, empobrecidas, onde esse cuidado tem uma forte conotação da disparidade de gênero, já que o fardo é muito maior para as mulheres. “É

*desalentador perceber que o governo federal, por intermédio da SNDPI [Secretaria Nacional de Promoção e Defesa da Pessoa Idosa], em três anos, em caráter excepcional e com recursos de emendas parlamentares, conseguiu apoiar apenas um milésimo das ILPI do Brasil.”*

Karla conclui, todavia, com uma nota de esperança. A Década de Envelhecimento Saudável da OMS/ONU se sustenta em quatro eixos: combate ao idadismo; estímulo à implementação de comunidades amigas das pessoas idosas (que tive o privilégio de lançar, em 2007, enquanto diretor do departamento de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS); cuidados de saúde centrados na pessoa; e promoção de cuidados integrados de longa duração.

Na mesma linha, focada na perspectiva da importância de desenvolvermos uma cultura do cuidado integral e centrado na pessoa, somos contemplados com o excelente texto de reflexão de Renato Veras. Um dos pioneiros no estudo do envelhecimento no Brasil, com quem desfruto o privilégio de uma amizade de mais de 50 anos, Renato em muito contribuiu para trazer a questão da longevidade para o panorama nacional, em particular através da criação, em 1993, da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), que agora se transforma no Instituto do Envelhecimento Humano da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Uerj. Trabalho esmerado, que demandou – e demanda – persistência, dedicação e muita competência, há muitos anos demonstrada por seu influente trabalho na comunidade acadêmica como editor da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Renato destaca a premente necessidade de consolidar a estruturação dos modelos assistenciais para as pessoas idosas assinalando, com otimismo, o crescente volume de estudos e publicações nessa direção, ainda que mal contemplados com subsídios das agências financiadoras, em particular do governo federal. Para elas, o envelhecimento populacional parece ser uma agenda para o “futuro”. Renato ressalta a urgência de reflexões da comunidade acadêmica e formadora de opinião do setor de saúde, *“pois ainda precisamos de mais uma dose do remédio que, espero,*

*levará à cura do nosso modelo assistencial*". E conclui dizendo que as novas e árduas demandas desafiam os modelos tradicionais de cuidado, sobretudo quando são levados em consideração os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina fora do alcance da grande maioria dos brasileiros já envelhecidos ou prestes a chegar ao marco dos 60+.

Ainda que nas dimensões do Cuidado haja uma ordem hierárquica – o autocuidado em primeiro lugar, seguido pelo cuidado informal (leia-se, voluntário, da família, do círculo social), o comunitário (de profissionais da saúde e assistência social, remunerados – via de regra, mal – para exercê-lo) e, finalmente, o institucional (majoritariamente, hospitalar), os recursos vão na via inversa – priorizando o institucional, pouco para o comunitário, menos ainda para o informal até chegar a quase nada para possibilitar às pessoas o autocuidado de modo sustentável. A lógica que prevalece é a "hospitalocêntrica", a prioridade é de "tratar da doença" (com frequência, tardiamente), não de evitar seu surgimento. Dessa forma, sacrificam-se as chances de prevenção, reabilitação e redução do impacto na funcionalidade. Disso resulta uma população que envelhece precocemente e mal, refletindo as desigualdades e a falta de políticas que deem suporte à promoção e ao letramento para a saúde, a prevenção e um esforço interdisciplinar, visando o retardamento de doenças e fragilidades, ou seja, pela manutenção da independência e da autonomia pelo mais longo período de vida possível.

Renato conclui ser primordial que os anos a mais de vida que ganhamos nas últimas décadas sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar. Isso requer uma forma diferente e inovadora de cuidar da saúde e proporcionar qualidade de vida aos usuários – seja no Sistema Único de Saúde (SUS), ou no setor privado. E chama atenção de que, para tanto, é essencial bem treinar os profissionais da saúde e da assistência social, conforme as orientações das agências internacionais voltadas para a temática do envelhecimento. É, em última análise, o que vem fazendo a UnATI

há tantos anos e a que se propõe o bem-vindo Instituto do Envelhecimento Humano da Uerj, sob sua direção.

Algo aprendi para o resto da vida quando fiz o mestrado em Saúde Pública na *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, em 1975, através de uma asserção do eminente Professor de Epidemiologia Geoffrey Rose. A mensagem era simples: o que não se mede, permanece invisível. E o que é invisível, é ignorado. Aqui, o grande mérito do capítulo escrito por Dalia Romero e Leo Maia. Terá sido, sem dúvida, um esforço hercúleo, demonstrando competência e discernimento, garimpar tantos dados para traçar um perfil do envelhecimento da população brasileira. Outro mérito que assinalo, a coautoria: uma pesquisadora tarimbada, com uma visão e formação internacionais, de contribuições sólidas, Dalia, com o Leo, que, imagino, seja um jovem. Essas parcerias são fundamentais, contribuindo para criar um manancial de novos talentos através da interação dos mais experientes com os talentos que continuarão a segurar o bastão.

O panorama epidemiológico que traçam aponta para alguns dos principais desafios que nosso envelhecimento populacional gera e continuará gerando à saúde publicado no país. Por um lado, avançamos nas últimas décadas – basta citar o fato de que em 1980, do total de óbitos no Brasil, menos de 40% eram de pessoas acima de 60 anos, ao passo que em 2018 passou a ser 70%. Como costumo dizer, *“envelhecer é bom, morrer cedo, indesejável.”*

Entre os desafios, as disparidades que refletem nossa profunda inequidade, por exemplo, Dalia e Leo mostram que, em 2019, a idade média para a morte da população era de 69,1% entre brancos, 61,4% entre negros (pretos e pardos) e 46,5% entre povos indígenas. Ademais, negros e indígenas também possuem um maior desvio padrão em relação à idade média para a morte do que brancos. Isso significa uma maior concentração de óbitos em idades mais avançadas entre brancos, enquanto a mortalidade de indígenas e negros ocorre em idades mais variadas. As conquistas de anos adicionais de vida não se dão de forma equitativa entre diferentes grupos

raciais ou étnicos. O direito a envelhecer continua sendo negado às populações mais pobres e racialmente discriminadas do país.

Em 2018, a esperança de vida ao nascer era de 80,3 anos para mulheres e 76,8 anos para homens; já aos 60 anos, os números eram de 24,6 e 20,8 anos, respectivamente, para mulheres e homens. Nem por isso as mulheres viviam melhor que os homens. A prevalência da maioria de doenças crônicas era acentuadamente maior entre mulheres que entre homens. Por exemplo, hipertensão arterial (61,6 contra 49,7%), problemas da coluna (35,3 e 25,5%), artrites e reumatismo (25,7 e 8,3%), depressão (15,8 e 6,6%); só em relação a doenças cujo desfecho é comumente mais letal há uma prevalência maior entre homens que mulheres – como câncer (6,3% entre mulheres, 7,4% entre homens) e acidente vascular cerebral (5,0% entre mulheres e 6,4% entre homens).

Dalia e Leo mostram que 33,4% dos homens idosos não apresentavam nenhuma doença crônica, enquanto para as mulheres idosas a percentagem cai para 25,9%. Já 34,4% das idosas acumulavam mais de três doenças crônicas, enquanto entre os homens idosos a percentagem cai para 20%.

A conclusão é clara. As mulheres vivem mais que os homens, mas sofrem muito mais de doenças crônicas, que levam à dependência e à perda de qualidade de vida – como já indicado por Ana Amélia. Cuidam de seus parceiros, geralmente mais velhos que elas, e terminam a vida sós, necessitando de cuidados, sem saber se vão poder arcar com eles – sobretudo as que tiveram menos filhos ou nenhum. Novamente, a questão de gênero e cuidado, já apontada em outros capítulos, se evidencia.

Dalia e Leo concluem que o perfil epidemiológico do Brasil indica a precariedade da vida de milhões de brasileiros e brasileiras, que já chegam à “velhice” com um acúmulo de doenças crônicas, convivendo com progressivo grau de fragilidade. Muito embora o país disponha de instituições fundamentais para o enfrentamento dos desafios decorrentes, como um SUS público e universal, “o sucesso de nossas

*pretensões, firmadas em acordos internacionais, leis e na própria Constituição, dependerá de uma mudança no caminho que temos seguido em anos recentes....a garantia de um envelhecimento saudável da população brasileira dependerá de um resgate e um aprofundamento de nossa seguridade social, com ações que extrapolem o âmbito da saúde e consigam garantir condições de vida digna de acordo com a complexidade de cada cidadão...a tragédia social, derivada não da Covid-19, mas do desmonte do aparato e da capacidade estatal, mostra-nos que envelhecer no Brasil tem sido perigoso.”*

Em outro capítulo deste compêndio encontramos o ensaio de Jorge Félix, cuja contribuição acadêmica tem sido notável nos últimos anos. Jorge tem tido também um papel de destaque nas mídias, disseminando conceitos bem fundamentados para o grande público, tarefa imprescindível levando em conta a desinformação – alimentada pelos interesses dúbios da indústria anti-ageing. Não só: em face da Revolução da Longevidade, é imperativo que os profissionais dos veículos de comunicação se eduquem e busquem fontes idôneas. Eles necessitam se familiarizar com a temática do envelhecimento tanto quanto profissionais da saúde, da assistência social ou da economia.

Um dos méritos deste ensaio é traçar um histórico de como fatores culturais e econômicos, ao longo do tempo, influenciam a forma como se percebe o envelhecimento. O texto propõe uma reflexão sobre conceitos emergentes e suas possibilidades econômicas, estabelecendo um diálogo com a literatura à luz de experiências internacionais em Economia da Longevidade que tenham o potencial de ser adaptadas para a realidade brasileira. Seu objetivo é o de oferecer respostas construtivas para o bem-estar da população idosa.

Como apontam outros capítulos, a alteração do perfil das famílias – descrita, há anos, por Ana Amélia, como crescendo verticalmente e não horizontalmente como no passado – leva a uma maior demanda pelo cuidado de longa duração. No entanto, ainda guardamos na memória coletiva a imagem de uma família estendida, em

que os poucos “idosos” (avôs, avós, muitas vezes que sequer haviam chegado aos 60 anos) contavam com um arsenal de potenciais cuidadores caso evoluíssem para uma situação de dependência. Sobretudo, uma memória de família com muitas mulheres, filhas, noras, netas, que ainda não haviam ingressado na força de trabalho remunerada e, assim, estavam disponíveis para arcar com as funções de cuidadoras, no cuidado que se dava, essencialmente, dentro de casa. O papel das mulheres era, então, cuidar. Por outro lado, tal cuidado ocorria por um tempo reduzido, pois as respostas terapêuticas eram limitadas, já que a morte se dava em pouco tempo.

Jorge argumenta que a lógica do consumo é profundamente alterada pelas transições demográfica e epidemiológica, levando à necessidade de novas estratégias refletidas na perspectiva dos países que adotaram a denominada Economia da Longevidade (*Silver Economy ou Longevity Economy*), cuja finalidade é a construção de complexos econômicos industriais da saúde e do cuidado que definirão o papel de cada país na “geopolítica do envelhecimento”. Tudo isso em um ambiente de transformações dinâmicas e muitas incertezas sanitárias diante do risco de novas pandemias.

Destaco o trecho do ensaio em que Jorge afirma: *“A lógica produtivista assume a população idosa apenas como um custo, uma carga, um segmento dependente. Essa dependência é matematizada em uma taxa (ou razão) hoje amplamente questionada por certa literatura econômica, seja por desprezar o potencial da tecnologia na manutenção da independência e autonomia (Ervik, 2009) ou por ignorar a heterogeneidade da velhice quanto à renda (Neri, 2007) e à inserção social (Debert, 1999), seja, na outra ponta, por desconsiderar o trabalho infantil na contemporaneidade, sobretudo nos países mais pobres (Sen, 2000).”*

E nós? Continuaremos na dependência de tecnologias importadas? Conseguiremos despertar o interesse e fazer fluir a energia positiva que a longevidade pode gerar? Ou ficaremos estagnados, lamentando o envelhecimento, negando-o, condenando-o? Pior, mal empregando recursos preciosos, por serem escassos.

Essas são algumas das questões centrais expostas com maestria por um grupo de autores desse compêndio no capítulo que, aleatoriamente, abordo por último. Gosto muito de artigos com vários autores de diferentes instituições por trazerem percepções complementares para tratar de temas que exigem interdisciplinaridade. São imperativos, no caso, para decifrar os desafios dos gastos com saúde, por idade e sexo, e as perspectivas diante do envelhecimento populacional. Tanto mais quando se observa a sinergia de excelências, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), da Faculdade de Economia e Administração da USP (FEA-USP) e da Unicamp, sob a batuta de Mirian Martins Ribeiro, da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Avançamos muito nos últimos anos. Apesar de todas as tentativas sofridas de inviabilizar o SUS, criamos o maior sistema universal de Saúde do mundo, mas bem sabemos que ele enfrenta imensos desafios, como se não bastasse o nível insuficiente de financiamento público para permitir o acesso universal, igualitário e integral, já evidente há muitos anos. Como apontado em outros capítulos, retrocedemos. E a Emenda Constitucional 95 veio agravar ainda mais esse quadro de participação insatisfatória do setor público no total do financiamento da saúde no Brasil, reduzido atualmente a pouco mais que 40%, o mais baixo nível já alcançado. Entre os mais pobres, o gasto proporcional de seus reduzidos orçamentos familiares para custeio da saúde aumenta. O desmantelamento da Farmácia Popular foi sem dúvida um dos retrocessos – entre tantos na área social – do atual governo. Ao mesmo tempo, vemos os gastos no setor privado aumentarem, sabendo que estão concentrados em um segmento decrescente da população. Não culpemos, portanto, o envelhecimento populacional e sim o retrocesso no financiamento de um sistema de saúde em um país tão desigual, que envelhece pouco amparado por políticas públicas. Inevitavelmente, acabamos por priorizar os grupos privilegiados, excluindo os mais pobres e adoecidos, envelhecidos precocemente, à margem

dos avanços tecnológicos que, quando disponíveis, podem trazer muitos anos de qualidade de vida aos mais anos vividos.

Um dos méritos do capítulo é o de separar entre os gastos privados aqueles intermediados por planos daqueles diretos do bolso, que permaneceram, no cômputo geral, em torno de 24% ao longo dos últimos seis anos. Além disso, os autores usam dados bem recentes, inclusive projeções populacionais realizadas por Camarano ainda, em 2022, já incorporando os efeitos da pandemia como anteriormente mencionado.

Um ponto salientado no capítulo é pouco considerado na literatura: embora o envelhecimento populacional cause pressão para os gastos com saúde, o declínio da população muito jovem, sobretudo crianças de 0 a 4 anos, exerce um efeito oposto, levando a um declínio nos gastos dessa idade. Como indicam os autores do capítulo, mais estudos e escrutínio são necessários para compreender melhor a dinâmica entre financiamento/função de saúde/fatores demográficos para as próximas décadas.

O tema da utilização de novas tecnologias relacionada ao envelhecimento é recorrente, nos mais variados aspectos. Por um lado, elas podem aumentar substancialmente os custos imediatos – por exemplo, no tratamento de episódios agudos de doenças crônicas. Por outro, trazem também o potencial de recuperar capacidades funcionais, levando a reduções de gastos com cuidado de longa duração. O aumento no uso de novas tecnologias no campo do cuidado em países já envelhecidos continuará. Como ressaltou Jorge Félix, a tendência para o futuro próximo é a adoção, por inúmeros países, da Economia da Longevidade, com incentivos fiscais e investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D), de forma ainda mais ousada e orientada para a exportação.

Tendo a concordar com ele salientando que é preciso virar esse jogo. A ainda incipiente atenção de startups no setor, em nosso país, precisa de incentivos em

face das demandas que a rapidez do nosso envelhecimento exigirá. Os países em desenvolvimento que primeiro desenvolverem tecnologias eficientes e de baixo custo poderão não só beneficiar sua própria população, como também terão o potencial de exportá-las para muitos outros.

Demografia é destino e impacta a sociedade como um todo – e o setor econômico (sobretudo ligado a novas tecnologias) já está percebendo o potencial que o mercado trará. Sem jamais menosprezar o aspecto humano, do olho no olho, do contato, do afeto. A velhice não se resume a um acúmulo de anos; envelhecer é mais complexo que isso. Parafraseando o presidente eleito Luis Inácio Lula da Silva, *“o que envelhece uma pessoa não é a quantidade de anos que tem, mas a falta de um propósito”*. E quantos brasileiros apenas sobrevivem, longe de poderem gozar de propósitos. A desigualdade, nossa marca perversa, continuará a excluir milhões de pessoas já envelhecidas ou que estejam prestes a ultrapassar o marco cronológico de 60+. A pandemia bem revelou: pessoas já apresentavam comorbidades muito antes dos 60 anos. Não foi a idade que fez parte delas se tornarem “grupo de risco”, mas sim uma vida de exclusão social e dificuldades em acessar serviços ou adotar estilos de vida saudáveis.

O Brasil de hoje, em que 56% da população vive com insegurança alimentar e 33 milhões estão famintos. Voltamos ao Mapa da Fome da Organização das Nações Unidas (ONU). Isso impossibilita um envelhecimento digno para milhões que certamente não tem assegurados “anos dourados” pela frente. Não lhes resgatará qualidade de vida pois nunca a tiveram tido.

As promessas da tecnologia em um país tão desigual têm graves limitações. Um país em que o número de smartphones equivale ao número de habitantes pouco significa – pois tantos podem ter um smartphone nas mãos e os pés no esgoto, realidade de 50% da população. De que vale estarmos em plena IV Revolução Industrial se muitos brasileiros ainda não usufruem dos benefícios das três primeiras?

Um alerta final. Conforme o artigo que o Grupo Temático Envelhecimento e Saúde Coletiva da Abrasco, que tenho o privilégio de coordenar, publicou em 7 de abril de 2020, poucas semanas após a entrada do coronavírus em nosso país era fácil prever que a pandemia no Brasil teria uma face distinta: mais jovem (pelas comorbidades precoces); mais desigual (com muitas mais mortes entre os pobres, os que vivem na periferia, nas quilombolas, entre os povos indígenas); mais escura (com muitas mais mortes entre negros - pretos e pardos); e mais feminina, não pelo número de mortes, que prevíamos, seria maior entre homens, mas pelas consequências socioeconômicas – mulheres que primeiro perderam seus empregos, já precários, e que arcariam com a maior carga de cuidado, dos filhos ou netos em casa, dos pais ou avós, enfermos ou dependentes, do cônjuge não preparado para o isolamento social, com a violência doméstica e com as dificuldades em se reinserir no mercado de trabalho quando as medidas de confinamento pudessem ser relaxadas. Apontamos também que a pandemia deflagraria um verdadeiro tsunami de idadismo, de negacionismo, de culpabilização das pessoas idosas pelo custo sanitário e social. Frases como *“E daí?”* *“Todos nós iremos morrer um dia.”* *“Eu não sou coveiro, tá?”* *“Chega de frescura, de mimimi.”* marcaram declarações do presidente Jair Bolsonaro sobre a pandemia de Covid-19.

A pandemia foi um sinal de alerta. Ela não inventou as mazelas nacionais, apenas as desnudou. Entre tais mazelas, o idadismo estrutural. Somos um país que não aprende facilmente com as lições das crises, que não passa a limpo sua história. Sequer respeitamos o luto daqueles que perderam avós, pais, filhos, amigos queridos. Foram, no mínimo, 700 mil mortes prematuras; a maioria poderia ter sido prevenida. Ao invés de empatia, solidariedade, compaixão, o luto teve como resposta a dor silenciada, o escárnio.

Precisamos dar um salto qualitativo. Preconceitos e discriminações não são eliminados por passes de mágicas e sim através de autoeducação, de reflexão, de discernimento e de empatia. Ou seguiremos sendo um país sexista, racista,

LGBTista, capacitista – e idadista. Como afirmou Angela Davis, a líder ativista contra o racismo nos Estados Unidos, *“não basta não ser racista, é preciso ser antirracista”*. Parafraçando-a, não basta não ser idadista, é preciso ser anti-idadista.

É com esse espírito que, inspirados pelo singular Pequeno Manual Antirracista, livro de Djamila Ribeiro, o coletivo Velhices Cidadãs, do qual sou cocoordenador, está escrevendo o Pequeno Manual Anti-idadista, a 84 mãos. Somos 42 coautores, um grupo interdisciplinar e intergeracional. Precisamos romper barreiras e ser ativistas. Em comum com todos os outros “ismos”, o idadismo é nutrido por quatro “Is”: a Ideologia de um grupo que acha que vale mais que outro; a Institucionalização de tal ideologia (implementando mecanismos e criando barreiras); o Interpessoal (quando tudo é feito para colocar o “outro” inferior, para baixo, minando sua autoestima, sua autoconfiança) até terminar no quarto “i”, o da Internalização – o objetivo final da ideologia supremacista, quando a vítima, o discriminado, acaba aceitando que não vale mesmo tanto quanto os outros. Em um país como o nosso, graças a um quinto “i”, o da Inequidade, caldo de cultura que facilita e incentiva todo tipo de discriminação, temos em mãos uma tarefa complexa. Somente com determinação daremos conta. E para isso precisamos da contribuição acadêmica que esse conjunto de textos tão bem ilustra.

Alexandre Kalache

*Presidente do Centro Internacional de Longevidade Brasil (International Longevity Centre Brazil – ILC-BR) e co-diretor da Age Friendly Foundation.*

# Os idosos brasileiros: muito além dos 60?

Ana Amélia Camarano

## Introdução

De acordo com a legislação brasileira (BRASIL, 2003), a população idosa é formada por um grupo etário muito longo, 60 anos ou mais – ou seja, inclui pessoas com 60, 70, 80, 90 e 100 anos ou mais. Só isso já acarreta uma grande heterogeneidade; ter 60 anos é diferente de ter 80, por exemplo. Por isso, é comum que ela seja dividida em dois subgrupos pelos estudos acadêmicos e demográficos para efeitos de políticas públicas: idosos novos (60-79 anos) e muito idosos (80 anos ou mais). Este último grupo recebeu prioridade especial por parte do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Além disso, citam-se outras heterogeneidades advindas do gênero, da cor, do estrato social, o que faz com que pessoas da mesma idade envelheçam diferentemente.

O interesse na população idosa deve-se ao fato de ser o grupo populacional que mais cresce e é o mais exposto a doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitos deles culminando em sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e consequente necessidade de cuidados.

A pandemia da Covid-19 afetou essa população pelo aumento da sua mortalidade, consequentemente reduzindo o seu ritmo de crescimento. A letalidade por Covid do grupo de 60 a 79 anos é maior do que a da população com 80 anos ou mais (Camarano, 2021). No entanto, pouco se sabe sobre as sequelas deixadas pela Covid, mas acredita-se que seus sobreviventes estão colocando pressão ainda maior sobre a demanda de cuidados e de serviços de saúde, em um contexto de redução da capacidade da família para cuidar.

Neste artigo, analisa-se a trajetória demográfica e de morbidade dos idosos brasileiros e traça-se um cenário sobre o seu crescimento futuro levando em conta

o impacto da pandemia da Covid-19. Em razão da maior fragilidade desse grupo e da sua maior demanda, mediu-se o “descompasso” entre a demanda e a oferta de cuidados. Além disso, projetaram-se o número de idosos que devem demandar cuidados e o custo monetário que o seu atendimento acarretaria.

## Método

O trabalho consiste na elaboração de um cenário de crescimento da população brasileira entre 2020 e 2040 e da demanda de cuidados por parte da população idosa, buscando captar o efeito da mortalidade pela Covid-19. A elaboração desse cenário contou com uma grande dificuldade, que foi a escassez de dados: a não realização do Censo Demográfico de 2020, o atraso na divulgação de informações sobre nascimentos e mortes e a forma como os dados de óbitos foram agregados para fins de divulgação.

Dada a não realização do Censo Demográfico de 2020, a população deste ano aqui utilizada é resultado de uma projeção populacional baseada na população de 2010 (Camarano, 2014a), ajustada pela mortalidade por Covid. O método usado para as projeções é o das componentes principais, que considera o comportamento da mortalidade e da natalidade desagregadamente. Assumiu-se que as migrações internacionais não teriam impacto na dinâmica demográfica da população brasileira. O horizonte temporal é 2040, e os resultados estão desagregados por sexo e grupos de idade.

Para se conhecer o perfil demográfico da população idosa e suas condições de morbidade, com ênfase nas suas condições de fragilidade, utilizou-se uma análise descritiva. Foi traçada a evolução da mortalidade, buscando-se medir o impacto dos óbitos pela Covid-19 na expectativa de vida ao nascer ( $e_0$ ) e aos 60 anos ( $e_{60}$ ) e no crescimento futuro dessa população. As estimativas da expectativa de vida ao nascer e aos 60 anos foram feitas para o ano de 2021, com base nos dados de óbitos deste ano, disponibilizados pelo Datasus, e da

população de 2021 calculados por Camarano (2014a). A metodologia utilizada foi a da tabela de sobrevivência (Hinde, 1998).

Para projetar a mortalidade, considerou-se que a sobre mortalidade pela Covid só ocorre entre 2020 e 2023. Trabalhou-se com a hipótese de redução dessa sobre mortalidade de forma progressiva; 50% em 2022, 75% em 2023 e eliminada em 2024. A partir daí, assume-se que a mortalidade continuará caindo, como previsto na projeção de Camarano (2014a). Para a fecundidade, assumiu-se a mesma hipótese utilizada por Camarano (2014a), declínio monotônico ao longo do período.

Com base nos resultados e para inferir o descompasso entre a demanda e a oferta de cuidados, calculou-se o índice de dependência de cuidados adaptado de Budlender (2008), que mostra relação entre as necessidades de cuidados de uma sociedade e a sua capacidade de provê-las. A capacidade de prover cuidados é definida como a relação existente entre as pessoas com idade inferior a 12 anos e superior a 75 e a população de 15 a 74 anos. Neste texto, foi considerada a população com idade inferior a 15 e igual ou superior a 75 anos.

Sugere-se no presente trabalho um ajuste, ou seja, a utilização de um peso nesse indicador, para contemplar as heterogeneidades dos dois grupos no tocante à demanda e à oferta de cuidados. Assume-se que os maiores demandantes de cuidados são as crianças menores de 6 anos e as pessoas com 85 anos ou mais, cujo peso é um. Por restrições dos dados, consideram-se aqui as crianças menores de 5 anos e os octogenários como um todo. Já para as demais crianças (5-14 anos) foi considerado um peso de 0,5. Também foi alocado um peso de 0,5 para as pessoas de 70 a 79 anos, que foram incluídas como provedoras de cuidados.

Foi feita também uma projeção da população idosa que demandará cuidado e dos custos monetários do atendimento dessa demanda, inclusive para aqueles que são cuidados por pessoas não remuneradas. Assumiu-se que cada idoso teria apenas um cuidador e que este seria pago pelo valor médio percebido por aquele remunerado.

Os dados utilizados são provenientes dos Censos Demográficos de 1980 e 2010, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua anual de 2020, da trimestral de 2021 e das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019, todos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram consideradas também as informações do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Datasus do Ministério da Saúde, e do Registro Civil. Nesse caso, os dados de mortalidade desagregados por sexo, idade e causas de morte disponibilizados para 2021 são preliminares.

## Resultados

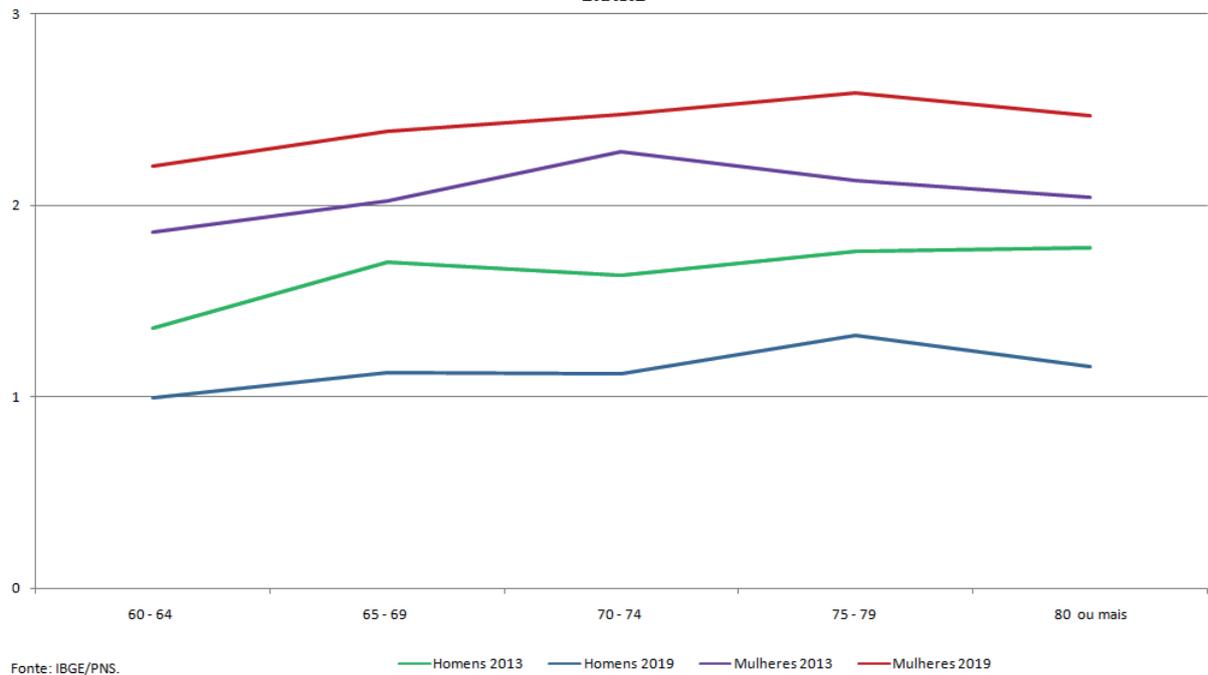
Em 1980, a população idosa era constituída por cerca de 7,2 milhões de pessoas, o que representava 6,1% do total da população brasileira. Em 2010, esse contingente atingiu cerca de 20,5 milhões, representando 10,8% da população total. Em 2018, projetou-se que esse contingente estaria em torno de 28 milhões de habitantes em 2020 (IBGE, 2018). Mas ao longo de 2020, foram registrados 151.757 óbitos<sup>1</sup> de idosos pela Covid-19 não computados nessa projeção.

Outra característica desse grupo é a sua feminização. Segundo a PNAD de 2020, 57,7% dos idosos eram do sexo feminino, e a proporção de mulheres idosas morando sozinhas será mais elevada do que a de homens, aproximadamente 17,4% e 12,2%, respectivamente.

Os idosos brasileiros declararam ter em média 1,8 doença crônica em 2019, sendo essa média mais elevada entre as mulheres, 2,4; estima-se, portanto, que cerca de 25,8 milhões de idosos reportaram ter pelo menos uma doença crônica nesse ano. Apresenta-se no Gráfico 1 o número médio de doenças crônicas investigadas pelas Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019 para a população idosa, por sexo e por grupos de idade.

<sup>1</sup> Portal da Transparência. Central de Informações do Registro Civil [internet]. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/especial-covid>. Acesso em: out. 2021.

**GRÁFICO 1**  
**NÚMERO MÉDIO DE DOENÇAS CRÔNICAS DA POPULAÇÃO IDOSA POR SEXO E GRUPOS DE IDADE**  
**BRASIL**



O número médio de doenças cresce com a idade e é significativamente maior entre as mulheres. Observou-se um aumento nesse indicador entre 2013 e 2019 para as mulheres de todas as idades e uma redução para os homens também de todas as idades. Em 2019, as mulheres idosas reportaram duas vezes mais doenças do que os homens. Na Tabela 1, apresentam-se as principais doenças crônicas que afetavam os idosos brasileiros em 2013 e 2019, desagregadas por sexo: hipertensão, doença de coluna ou costas, colesterol alto, diabetes e artrites ou reumatismo. No caso da hipertensão, cerca de 50% dos homens e 60% das mulheres declararam experimentá-la em 2019. As mulheres apresentavam proporções mais elevadas para todas as doenças pesquisadas, à exceção de doenças do coração. As proporções de idosos que declararam experimentar as doenças pesquisadas aumentaram entre 2013 e 2019 para ambos os sexos, à exceção dos homens, cuja

proporção que reportou ter artrite/reumatismo diminuiu. O aumento principal foi observado para doenças do coração.

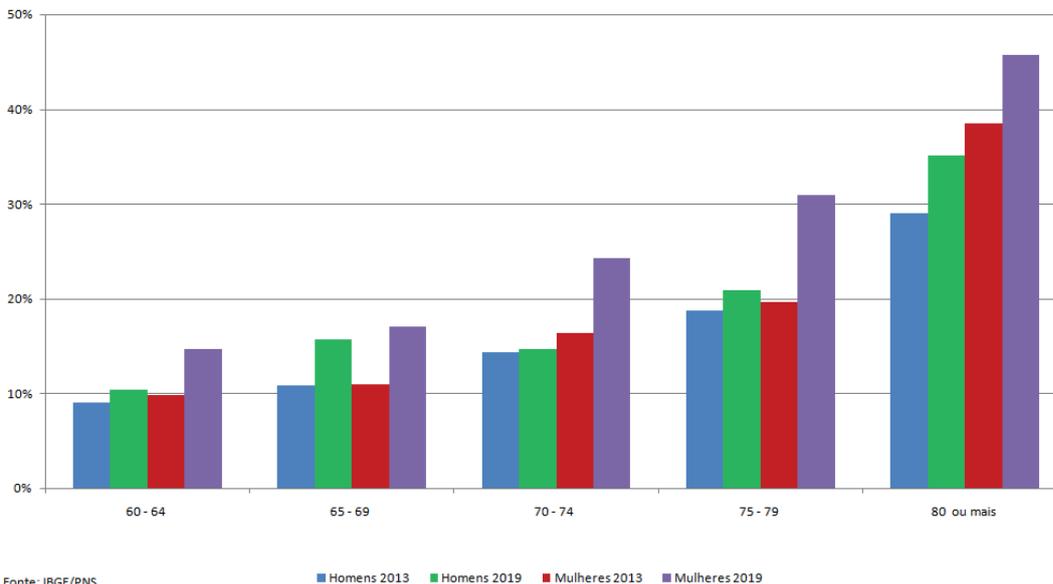
**TABELA 1**  
**PROPORÇÃO DE IDOSOS QUE TÊM DOENÇAS CRÔNICAS POR TIPO DE DOENÇA E SEXO**  
**BRASIL**

	2013			2019		
	HOMEM	MULHER	TOTAL	HOMEM	MULHER	TOTAL
Doença de coluna ou costas	24,1	31,2	28,1	25,5	35,3	31,1
Artrite ou reumatismo	9,7	21,6	16,4	8,3	25,7	18,2
Diabetes	16,1	19,7	18,1	18,9	21,2	20,2
Hipertensão	45,3	54,8	50,6	49,3	59,4	55,0
Doença do coração	12,3	10,7	11,4	13,2	13,1	13,1
Depressão	4,8	13,2	9,5	6,6	15,8	11,8
Colesterol alto	17,0	30,0	24,3	19,9	32,8	27,2
Pelo menos uma doença crônica	<b>73,1</b>	<b>81,2</b>	<b>77,7</b>	<b>60,1</b>	<b>86,2</b>	<b>74,9</b>

Fonte: IBGE/PNS.

No Gráfico 2, apresenta-se a proporção de idosos com dificuldades para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVDs) em 2013 e 2019 por grupos de idade e sexo. Chama-se a atenção para o crescimento dessa proporção, cerca de 54% e 86% para homens e mulheres, respectivamente. Entre os homens, o maior crescimento foi observado para o grupo de 60 a 69 anos; entre as mulheres, para as de 70-79. As mulheres já apresentavam uma proporção bem mais elevada do que os homens, e a diferença relativa entre os dois grupos cresceu no período, especialmente entre os idosos mais jovens.

**GRÁFICO 2**  
**PROPORÇÃO DE IDOSOS COM DIFICULDADES PARA AS ABVDs POR SEXO E GRUPOS DE IDADE**  
**BRASIL**



Na Tabela 2, apresenta-se a proporção de idosos que declarou ter dificuldades para as atividades da vida diária e precisar de ajuda para realizá-las, bem como a proporção destes que recebe ajuda por sexo e grandes grupos de idade. Os dados se referem a 2019. Como esperado, a proporção de quem precisa de ajuda aumenta com a idade; é ligeiramente mais elevada entre os homens de 60 a 79 anos comparativamente às mulheres. Já entre os octogenários, as mulheres são mais demandantes. Com relação ao recebimento de ajuda, as diferenças entre os sexos não são expressivas. A idade afeta positivamente o recebimento de ajuda.

**TABELA 2**  
**PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA COM DIFICULDADE PARA AS ABVDs**  
**QUE PRECISA DE AJUDA E RECEBE, POR SEXO E GRUPO DE IDADE**  
**BRASIL, 2019**

	PRECISA			RECEBE		
	HOMEM	MULHER	TOTAL	HOMEM	MULHER	TOTAL
60 - 69	27,5	20,8	23,4	90,9	88,5	89,6
70 - 79	32,6	30,8	31,4	93,8	92,9	93,2
80 ou mais	46,6	55,3	52,4	97,3	98,2	97,9
<b>Total</b>	<b>34,0</b>	<b>33,9</b>	<b>34,0</b>	<b>94,0</b>	<b>94,3</b>	<b>94,2</b>

Fonte: IBGE/PNS.

Em 2013, entre os idosos brasileiros com dificuldades para as ABVDs, 88,7% dos homens e 93,1% das mulheres relataram ter pelo menos uma das 12 doenças crônicas investigadas pela PNS. Essa proporção diminuiu para 80,4% entre os homens e se manteve em 93,0% entre as mulheres em 2019.

Entre 1980 e 2019, a  $e_0$  da população brasileira masculina aumentou 13,4 anos, e a feminina, 14,4 anos, o que significou incrementos médios anuais de 0,35 ano ou cerca de quatro meses/ano. Em 2019, esta última apresentou uma expectativa superior em 5,2 anos em relação à masculina (Tabela 3). Nesse ano, a  $e_{60}$  atingiu cerca de 21,8 anos para os homens idosos e 25,3 anos para as mulheres. No período considerado, observaram-se incrementos de 6,5 e 7,5 anos para os homens idosos e as mulheres, respectivamente.

**ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER ( $e_0$ ) E AOS 60 ANOS ( $e_{60}$ )**

**BRASIL**

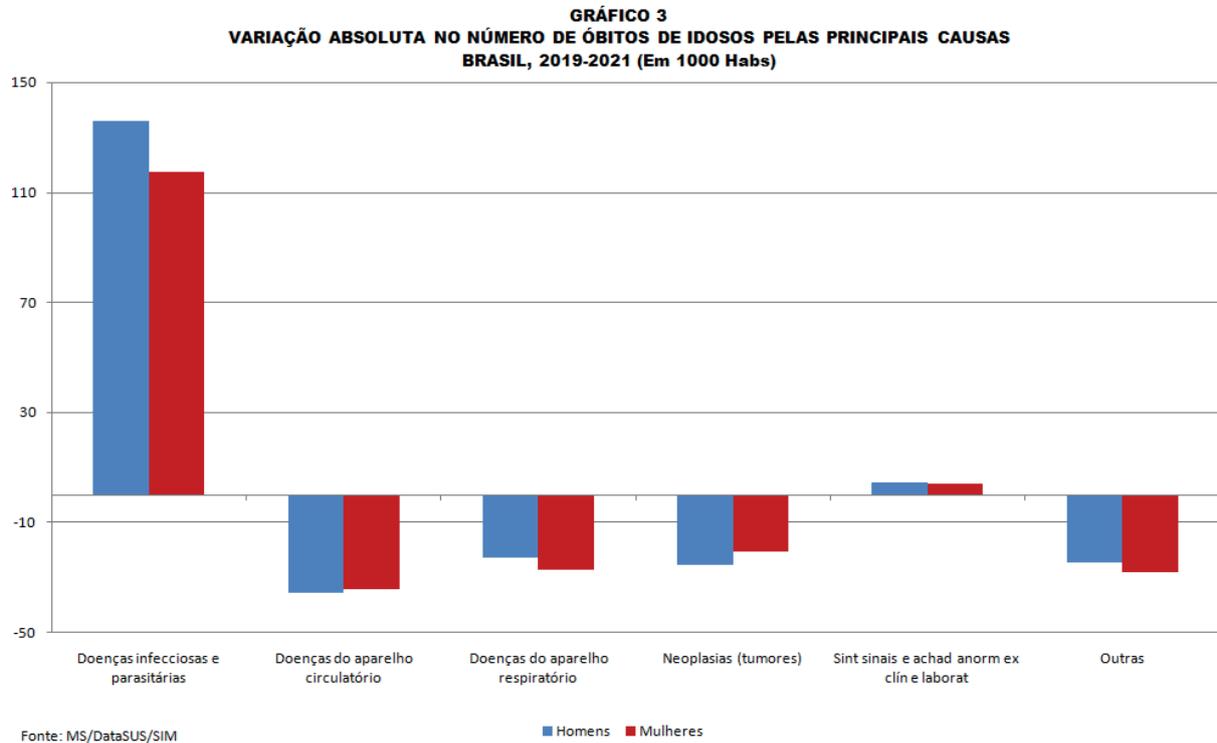
	Diferença				
	1980	2019	2021	2019-1980	2021-2019
<b>HOMEM</b>					
$e_0$	59,3	72,8	69,3	13,4	-3,5
$e_{60}$	15,4	21,8	18,4	6,5	-3,5
<b>MULHER</b>					
$e_0$	65,7	80,1	74,5	14,4	-5,7
$e_{60}$	17,8	25,3	20,2	7,5	-5,1

Fonte: IBGE/Censo Demográfico de 1980; PNAD contínua de 2019; Ministério da Saúde (SIM).

Elaboração da autora.

Entre 2019 e 2021, o total de óbitos brasileiros passou de 1.279.723 para 1.733.598, ou seja, foram 453.875 óbitos a mais. Em relação aos sexagenários, o acréscimo foi de cerca de 44 mil óbitos, dos quais 75,0% foram masculinos. Esse acréscimo ocorreu pelo grande aumento das doenças infectocontagiosas, 253.403 novos óbitos; um acréscimo de 9,4 vezes para os homens e de 7,7 para as mulheres. Por outro lado, assistiu-se a uma redução do número de óbitos por doenças dos

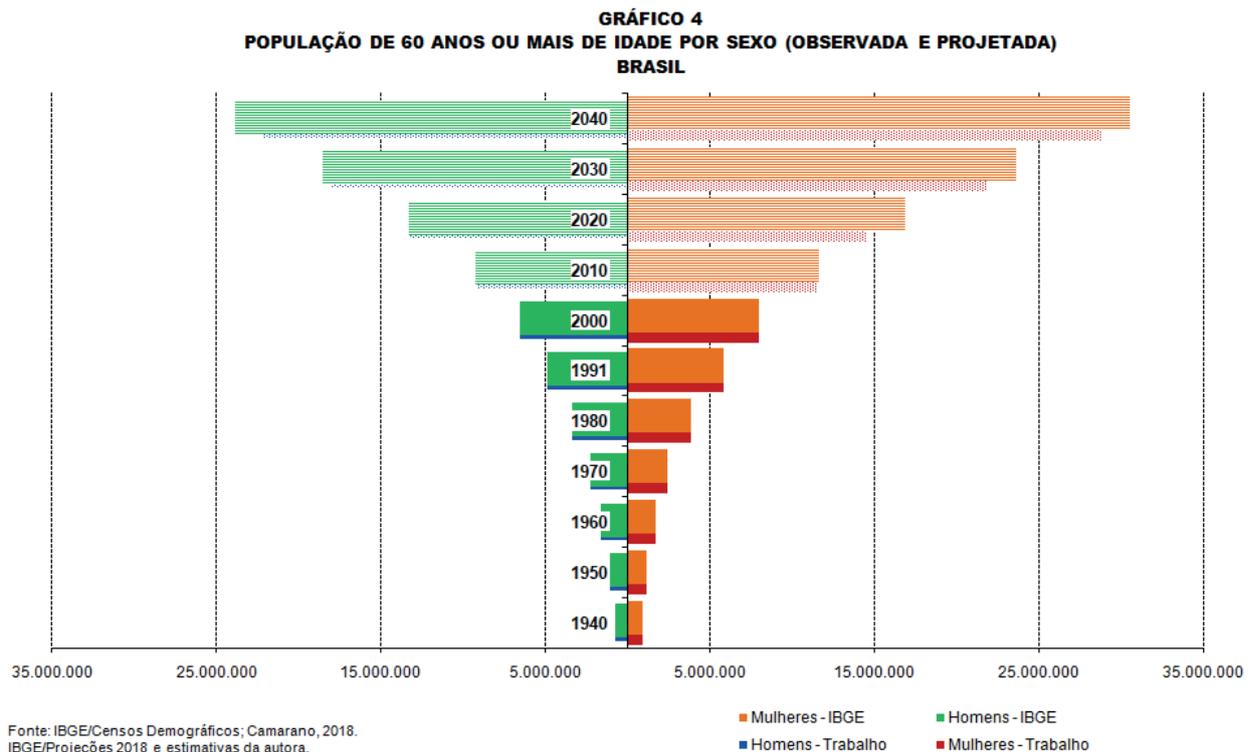
aparelhos respiratório, circulatório e neoplasias, o que beneficiou ambos os sexos. Esse comportamento foi muito semelhante entre os sexos (Gráfico 3).



Chama-se a atenção para outro aumento ocorrido no período, que foi o de óbitos classificados como “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte”. Foram cerca de nove mil óbitos a mais, entre os dois anos considerados, mais expressivo entre os homens. É possível que esses óbitos sejam decorrentes da Covid-19, cuja classificação como tal é subestimada dadas as dificuldades para diagnósticos mais assertivos sobre contaminações. Entre 1/01 e 14/02 de 2022, mais 18.776 óbitos de sexagenários ocorreram pela Covid. Esses óbitos já estão afetando o tempo vivido pelos brasileiros e o crescimento da população de idosos a curto e médio prazos (Tabela 3). Estima-se uma redução na  $e_0$  da população masculina de 3,5 anos e de 5,7 para

a feminina entre 2019 e 2021. A perda estimada para os idosos é de cerca de 3,5 e 5,1 anos para homens e mulheres, respectivamente.

Apresentam-se no Gráfico 4 os resultados de um exercício inicial de projeção da população idosa até 2040. Partiu-se dos dados projetados para 2020, ajustados pelos óbitos por Covid-19, o que resultou em uma redução de cerca de 200 mil pessoas ainda em 2020, das quais 78,0% eram idosas. Esses resultados estão comparados à projeção do IBGE, realizada em 2018, que não incorporou a mortalidade por Covid, o que permite inferir o efeito desses óbitos no crescimento da população. A tabela 4 apresenta os valores obtidos nessa projeção, desagregados por sexo e grupos de idade.



## Os idosos brasileiros: muito além dos 60?

**TABELA 4**

**HOMENS**

GRUPO ETÁRIO

	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>	<b>2035</b>	<b>2040</b>
0	6.498.612	7.348.306	5.772.788	4.917.988	4.487.328
5	6.485.457	6.486.764	7.331.922	5.760.383	4.907.817
10	7.557.766	6.448.603	6.448.705	7.292.748	5.732.626
15	8.033.537	7.404.061	6.321.965	6.336.844	7.182.960
20	17.265.045	15.187.422	13.500.944	12.482.097	13.359.720
30	16.804.719	16.742.000	14.716.504	13.122.216	12.168.837
40	14.104.714	15.913.393	15.684.196	13.845.699	12.398.376
50	11.327.592	12.666.376	13.966.325	13.879.396	12.353.292
60	7.677.918	9.215.867	10.040.262	11.275.653	11.409.156
70	4.006.579	5.238.015	6.225.987	7.048.416	8.213.835
80	1.603.675	1.372.608	1.763.433	2.179.655	2.562.233
<b>TOTAL</b>	<b>101.365.614</b>	<b>104.023.415</b>	<b>101.773.031</b>	<b>98.141.094</b>	<b>94.776.180</b>

**MULHERES**

GRUPO ETÁRIO

	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>	<b>2035</b>	<b>2040</b>
0	6.202.134	7.015.705	6.320.433	5.515.165	4.697.758
5	6.195.178	6.193.471	7.003.244	6.309.473	5.505.833
10	7.564.591	6.181.771	6.177.982	6.986.625	6.295.306
15	8.068.332	7.518.314	6.142.338	6.142.183	6.950.221
20	17.415.442	15.503.661	13.578.653	12.219.861	13.031.074
30	17.157.101	17.179.106	15.246.139	13.365.863	12.039.845
40	14.421.377	16.634.070	16.507.791	14.680.898	12.897.104
50	11.728.206	13.480.418	15.254.521	15.209.393	13.589.046
60	8.177.878	10.185.893	11.379.442	13.026.583	13.137.142
70	4.435.893	6.144.040	7.498.492	8.617.625	10.140.294
80	1.957.877	2.189.580	2.900.050	4.073.980	5.528.126
<b>TOTAL</b>	<b>103.324.008</b>	<b>108.226.028</b>	<b>108.009.087</b>	<b>106.147.648</b>	<b>103.811.750</b>

**TOTAL**

GRUPO ETÁRIO

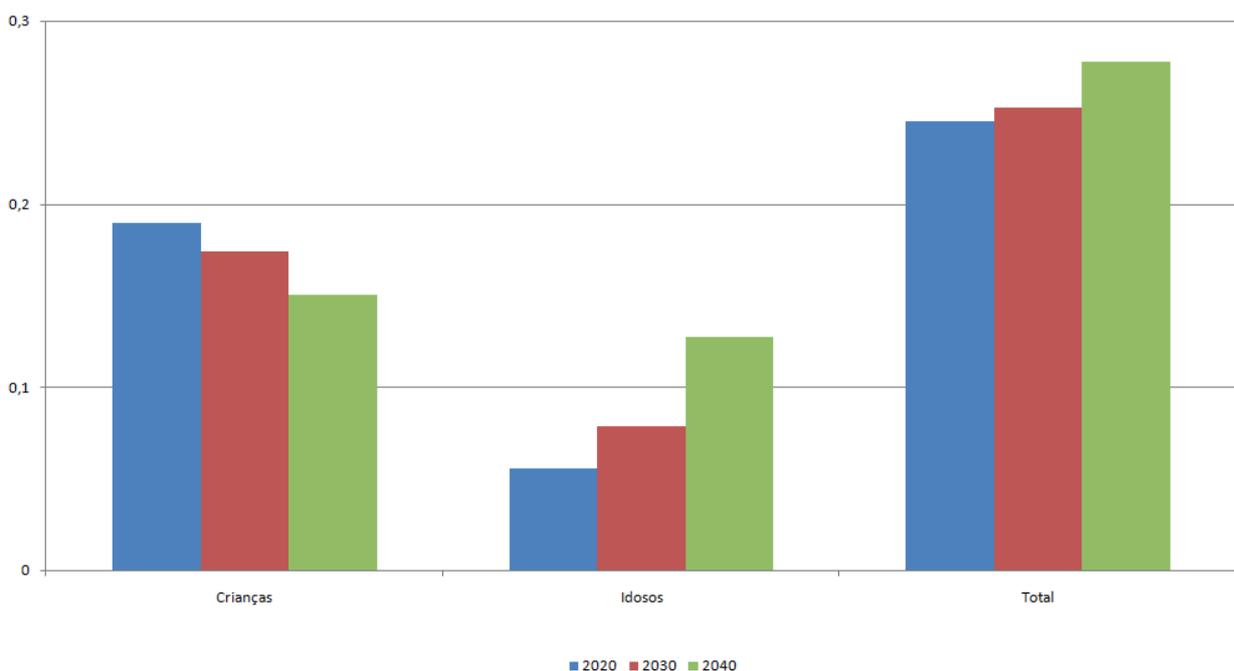
	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2030</b>	<b>2035</b>	<b>2040</b>
0	12.700.746	14.364.011	12.093.221	10.433.152	9.185.086
5	12.680.635	12.680.235	14.335.166	12.069.856	10.413.650
10	15.122.357	12.630.374	12.626.687	14.279.373	12.027.932
15	16.101.869	14.922.375	12.464.303	12.479.027	14.133.181
20	34.680.487	30.691.084	27.079.597	24.701.958	26.390.793
30	33.961.820	33.921.106	29.962.643	26.488.079	24.208.682
40	28.526.091	32.547.463	32.191.988	28.526.596	25.295.479
50	23.055.798	26.146.794	29.220.845	29.088.789	25.942.338
60	15.855.796	19.401.760	21.419.704	24.302.236	24.546.298
70	8.442.472	11.382.055	13.724.479	15.666.040	18.354.130
80	3.561.552	3.562.188	4.663.483	6.253.634	8.090.359
<b>TOTAL</b>	<b>204.689.622</b>	<b>212.249.443</b>	<b>209.782.117</b>	<b>204.288.742</b>	<b>198.587.929</b>

Fonte: Estimativas da autora.

Como esperado, os resultados da projeção incorporando a mortalidade por Covid-19 indicam um crescimento menor para a população idosa do que a projetada pelo IBGE. Para 2030, por exemplo, pode-se esperar cerca de 2,3 milhões de idosos a menos do que nessa projeção. Já para 2040, a diferença poderá ficar em torno de 3,4 milhões. No entanto, nesse ano, o contingente de sexagenários ainda deverá alcançar um total de 50,9 milhões, o que significará 25,7% da população total. Como a mortalidade por Covid-19 atinge mais os homens, a consequência pode ser um incremento ainda maior na proporção de mulheres entre os idosos (Gráfico 4).

No Gráfico 5, apresenta-se o índice de dependência de cuidados, o qual indica que em 2020 existiam 24,5 pessoas dependentes para cada cem cuidadores potenciais. Esse valor era composto por 19,0 crianças e por 5,5 idosos para cem cuidadores. Os resultados apontam para uma queda da demanda de cuidados por crianças para 15,1 para cada cem adultos em 2040. Por outro lado, pode-se esperar que a demanda da parte dos idosos venha mais do que dobrar: de 5,5 para 12,7 por cem cuidadores.

**GRÁFICO 5**  
**ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADO**  
**BRASIL**



Pelos dados da PNS de 2019, observa-se que são os familiares não remunerados os principais cuidadores dos idosos dependentes (Tabela 5). Incluíram-se na mesma tabela os valores médios pagos anualmente aos cuidadores remunerados, com base no valor declarado à PNAD Contínua do terceiro trimestre de 2021. Estimaram-se também os gastos que as famílias poderiam ter se pagassem os cuidadores não remunerados de acordo com o valor médio recebido pelo remunerado. A tabela 6 apresenta uma síntese dos resultados das projeções e dos valores monetários que as famílias teriam que arcar se fossem pagar todos os cuidadores.

**TABELA 5**  
**PESSOAS DE 60 ANOS OU MAIS QUE DECLARARAM RECEBER AJUDA NAS ABVDs**  
**SEGUNDO O TIPO DE AJUDA POR SEXO E O CUSTO DA AJUDA**  
**BRASIL, 2019**

	TIPO DE AJUDA (Por 1000 Habs)		CUSTOS (Em Milhões R\$)	
	HOMEM	MULHER	HOMEM	MULHER
Não Remunerada*	1.115,7	1.872,6	14.961,5	25.111,5
Remunerada no domicílio	123,0	440,5	5.907,8	2.195,5
<b>Não recebe</b>	<b>58</b>	<b>118</b>		

Fonte: IBGE/PNS.

\* Se fossem pagos com base no salário do cuidador remunerado de 2021.

## Discussão

O crescimento do contingente da população idosa brasileira foi resultado de elevadas taxas de fecundidade no período 1950-1970 (*baby boom*) e da redução da mortalidade em todas as idades, em curso no país desde os anos 1950. A queda da mortalidade nas idades mais avançadas tem contribuído para que esse segmento populacional, o qual passou a ser mais representativo no total da população, sobreviva por períodos mais longos, resultando no envelhecimento pelo topo. Este altera a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população idosa também envelhece.

A menor mortalidade da população feminina resulta na feminização da velhice, levando à constatação de que *“o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres”* (Goldani, 1999, p. 78). De acordo com Lloyd-Sherlock (2004), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Mulheres idosas, por exemplo, têm maior probabilidade de ficarem viúvas e de viverem sozinhas muitas vezes, em situação socioeconômica desvantajosa. Além disso, embora vivam mais do que os homens, passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que eles (Camarano, 2017; Guimarães & Andrade, 2020), tornando-se mais dependentes de cuidado, apesar de tradicionalmente serem as cuidadoras. O cuidado a membros dependentes da família é determinado pelas trocas intergeracionais e apresenta fortes características de gênero.

A redução generalizada da mortalidade, que tem resultado na democratização da sobrevivência, tem como consequência não só o ritmo de crescimento mais elevado da população idosa e sua maior heterogeneidade. É resultado de melhorias nas condições de saúde experimentadas por esse grupo ao longo de suas vidas, desde a vacinação na primeira infância até o avanço da tecnologia médica, que embora de forma desigual, beneficiou grande parte da população brasileira, especialmente a mais velha. A título de exemplo, dadas as condições de mortalidade vigentes em 1980, de cada mil indivíduos nascidos vivos, 247 podiam esperar completar 80 anos; em 2019, esse número passou para 532 (Camarano, 2017). Reconhece-se que essa é uma grande conquista social, mas que tem trazido grandes desafios.

O aumento da expectativa de vida não veio acompanhado pela redução na morbidade. Alguns estudos estimam um crescimento da carga de doenças para condições crônicas em um cenário de rápido processo de envelhecimento (Schramm et al., 2004). É comum que as doenças crônicas resultem em sequelas limitantes de um bom desempenho funcional, gerando situações de dependência e necessidade de cuidados. Nos Estados Unidos, foi observado que as principais doenças crônicas relacionadas à perda de capacidade funcional são artrite/reumatismo, doenças

cardíacas e hipertensão (Lafortine & Balestat, 2007). Hipertensão atinge mais da metade dos idosos brasileiros.

Guimarães e Andrade (2020) fizeram uma mensuração da carga global de doenças para as unidades da federação brasileira, utilizando-se de dados da PNS de 2013. Encontraram para a população total um aumento na proporção de anos a serem vividos com múltiplas morbidades. Por exemplo, aos 60 anos, mais da metade (53,6%) da expectativa de vida convive com elas. Independentemente da idade, as mulheres convivem por mais tempo do que os homens. É o que diz a literatura: apesar de viverem mais que os homens, as mulheres passam por um período mais longo experimentando doenças e fragilidades do que eles.

Também utilizando-se de dados da PNS de 2013, Melo & Lima (2020) encontraram uma prevalência de múltiplas morbidades entre os idosos brasileiros (53,1%). Os do sexo feminino, mais envelhecidos, que não eram solteiros, especialmente os viúvos, e que possuíam plano de saúde, exibiram maior carga de morbidades. O fato de se ter plano de saúde pode ter propiciado maior diagnóstico e afetado as medidas de carga de saúde.

Em 2019, os idosos brasileiros apresentavam em média 1,8 doença crônica, sendo que essa média para as mulheres foi mais alta, 2,4, e crescente no período. As principais doenças crônicas que os afetaram foram hipertensão, doença de coluna ou das costas, colesterol alto, diabetes e artrites/reumatismo. No caso da hipertensão, cerca de 50% dos homens e 60% das mulheres declararam experimentá-la. Ressalta-se, no entanto, que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde. O maior acesso aos serviços de saúde pode proporcionar a elas maiores chances de manterem as doenças sob controle e, no caso de contraírem a Covid, de ficarem menos expostas aos riscos de morte e de hospitalização. Segundo o Boletim Epidemiológico do

Ministério da Saúde,<sup>2</sup> 55,9% das internações por Covid-19 na rede SUS foram de homens, proporção semelhante à observada para os óbitos por Covid-19.

A proporção de idosos com dificuldades para as ABVDs aumentou, tendo as mulheres apresentado um crescimento bem mais elevado que os homens, o que é coerente com o aumento da proporção de idosos que declararam ter doenças crônicas. O crescimento foi mais elevado entre os mais jovens, tendência já observada quando se compararam 2008 e 2013 (Camarano, 2017). A diferença relativa também cresceu no período. No entanto, a proporção que residia em casa de parentes diminuiu para ambos os sexos; passou de 10,8% para 7,4%, e esse decréscimo foi devido à redução na proporção de mulheres – diminuiu de 14,6% para 8,9%. Porém, continuou mais elevada para as mulheres. Assumindo que as pessoas que moram com parentes o fazem por necessidade de cuidados, sejam instrumentais ou financeiros, a elevada proporção de idosas morando sós pode sinalizar para um déficit de cuidados. No caso das mulheres, este é mais acentuado ainda porque a proporção de mulheres idosas que moram sozinhas é mais alta. Mas isso também pode estar acontecendo entre os homens.

Utilizando-se de dados da pesquisa Elsi-Brasil, Nunes et al. (2020) encontraram uma associação entre a ocorrência de múltiplas morbidades e o risco de desenvolvimento de formas clinicamente graves da Covid-19 entre a população com 50 anos ou mais. Estimaram que pelo menos 34 milhões de indivíduos nessa faixa etária, cerca de 52%, experimentavam alguma das morbidades avaliadas, apontando para um contingente elevado de pessoas vivendo sob o risco de adquirir Covid-19 grave. Doenças cardiovasculares e obesidade foram as condições mais frequentes em ambos os sexos, o que se observou em todas as regiões do país, apesar de diferenças relativas e absolutas na ocorrência dos problemas. Os grupos de menor escolaridade apresentaram uma prevalência mais alta de doenças crônicas isoladas

<sup>2</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial n. 89. Doença pelo coronavírus – Covid-19, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_89\\_23nov21\\_fig37nv.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_89_23nov21_fig37nv.pdf/view). Acesso em: 02 fev 2022.

e de multimorbidade, realçando os efeitos das desigualdades sociais na saúde dos idosos. Essas desigualdades aumentaram no processo de pandemia e afetaram diferentemente as taxas de mortalidade.

Taxas de mortalidade são fortemente afetadas por idade e sexo, o que se acentua no caso de síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) e, conseqüentemente, da Covid-19. Observou-se um acréscimo no total de óbitos da população total entre 2019 e 2021, principalmente entre os homens, a despeito da predominância da população feminina. Embora os óbitos pela Covid tenham atingido populações de qualquer idade, têm incidido de forma mais grave entre os idosos, dada a alta prevalência de múltiplas morbidades. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde,<sup>3</sup> cardiopatia e diabetes foram os principais fatores de risco para mortalidade por Covid-19 entre os idosos brasileiros falecidos na última semana de janeiro de 2022.

Embora as mortes por Covid sejam concentradas nas idades avançadas, o aumento das taxas de mortalidade da população idosa já está provocando um impacto tanto na expectativa de vida ao nascer como aos 60 anos. Chama-se a atenção para o fato de que a expectativa de vida ao nascer cresceu, em média, 0,35 ano por ano (quatro meses) para ambos os sexos entre 1980 e 2019. No entanto, entre 2019 e 2021, estima-se uma redução de 3,5 anos para a população masculina e de 5,7 anos para a feminina. Já a perda estimada para os idosos é de cerca de 3,5 anos para os homens e de 5,1 para as mulheres.

Reconhece-se que os óbitos por Covid poderiam ter ocorrido por outra causa, já que esse grupo populacional é acometido por múltiplas morbidades, mas isso não foi possível controlar. Da mesma forma, acredita-se na existência de uma mortalidade indireta pela Covid, ou seja, daquelas pessoas que morreram por outra

<sup>3</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial n. 98. Doença pelo coronavírus – Covid-19, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-98-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>. Acesso em: 02 fev 2022.

causa, por não terem conseguido ou não terem procurado tratamento médico dada a pandemia.

Por exemplo, o Painel Oncológico Brasil/Datasus aponta uma queda de diagnósticos de cânceres entre idosos brasileiros comparando 2019 e 2021. Estes passaram de 284.500 casos para 127.330,<sup>4</sup> ou seja, uma queda de 55,2%. É sabido que um diagnóstico mais tardio de tumores está relacionado a um pior prognóstico, a tratamento mais agressivos e a desfechos piores.

Além do aumento das taxas de mortalidade, a pandemia está trazendo uma mudança no padrão de causas de morbidade e mortalidade. Depois de a população brasileira ter passado por um processo de substituição progressiva das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônicas e degenerativas como principais causas de mortalidade e morbidade, parece que se pode falar de uma volta ao primeiro perfil. Outra diferença importante do segundo perfil é que o pico da mortalidade, inclusive pelas doenças infectocontagiosas como a Covid, ocorre nas idades mais avançadas e não na primeira infância. Seria esse um movimento de contra transição, representado pelo surgimento de novas doenças? Ocorre conjuntamente com uma redução do número de óbitos por doenças dos aparelhos respiratório, circulatório e neoplasias.

Segundo Omran (1971, *apud* Servo, 2014), a transição epidemiológica seria o processo de substituição das doenças infecciosas e parasitárias como principais causas de mortalidade e morbidade pelas doenças cardiovasculares, neoplasias e demais doenças crônicas. O primeiro estágio também se caracteriza pelo fato de o pico da mortalidade ocorrer na primeira infância e o outro nas idades mais avançadas. Esse novo perfil epidemiológico está associado a envelhecimento populacional, desenvolvimento econômico, industrialização e urbanização.

4 Painel Oncológico Brasil/Datasus. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL\\_ONCO/PAINEL\\_ONCOLOGIABR.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?PAINEL_ONCO/PAINEL_ONCOLOGIABR.def). Acesso em: 14 fev 2022.

A mortalidade é uma variável importante na determinação do crescimento populacional. Tornou-se ainda mais importante dado o seu aumento significativo durante a pandemia. Esse aumento antecipa uma tendência já apontada para a redução do crescimento populacional prevista para o final da década de 2030 (Camarano,2014a). Essa redução poderá ainda ocorrer nesta década (2020), não só pelo aumento da mortalidade, mas também pela redução mais do que esperada no número de nascimentos, devido à pandemia. Esta ocasionou um aumento da mortalidade materna e levou a um adiamento das gestações planejadas. Chama-se a atenção para a tendência apontada de redução da população total, o que aumenta a proporção da população idosa nesse total e afeta as relações intergeracionais.

Apesar da pandemia, as projeções apontam que a população de idosos deverá continuar a crescer nos próximos vinte anos, num ritmo mais acentuado do que o restante da população. Como já se mencionou, os futuros idosos brasileiros já nasceram, e fazem parte desse grupo os *baby boomers*, que estão se transformando nos *elderly boomers*. Não será apenas uma coorte numerosa, mas uma coorte muito diferente qualitativamente das anteriores, principalmente as mulheres. A trajetória dos *baby boomers* foi influenciada pela cultura do consumo e pela maior participação feminina no mercado de trabalho. Foi incutida neles a ideia da obrigação de envelhecerem ativos para não se tornarem um peso para a sociedade e para a família. Essa visão contrapõe-se ao contrato intergeracional, que estabelece que os pais cuidem dos filhos quando crianças e que estas vão cuidar dos pais quando estiverem velhos.

Dentre a população idosa, observa-se um crescimento mais acentuado da população de 80 anos ou mais, o que leva a um envelhecimento da população idosa e traz como consequência um aumento na proporção de pessoas que vão necessitar de ajuda para o desempenho das atividades básicas do cotidiano. Esse aumento já foi observado entre 2013 e 2019, independentemente das variações demográficas.

Pode refletir maior heterogeneidade da nova coorte de idosos, mas será reforçado pela dinâmica demográfica.

O aumento da população que demandará cuidados pode vir acompanhado de um tempo maior vivido na condição de demandantes. De acordo com Jacobzone (1999), com base nos dados disponíveis para os países-membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), os indivíduos vivem em média entre dois e quatro anos dependentes de cuidados mais intensivos no final de suas vidas. Estimativas de Camarano (2017) apontam que o número de idosos brasileiros que deverão necessitar de cuidados prolongados poderá crescer entre 61% e 77% entre 2010 e 2030, e que os homens e as mulheres deverão passar 4,2 e 4,7 anos, respectivamente, demandando cuidados de longo prazo.

Esse crescimento expressivo da população demandante de cuidados ocorre em um contexto de transformações estruturais acentuadas nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade, da queda da fecundidade e do ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho. Essas mudanças afetam substancialmente a capacidade de as famílias ofertarem cuidados à população idosa, bem como os contratos tradicionais de gênero, em que a mulher é cuidadora e o homem, provedor. Hoje, a mulher brasileira está assumindo cada vez mais o papel de provedora; de acordo com a PNAD 2020, a sua renda foi responsável por cerca de 42% da renda das famílias brasileiras. No entanto, elas ainda mantêm a responsabilidade pelo cuidado dos seus membros dependentes.

Além disso, pouco se sabe sobre as sequelas deixadas pela Covid, e seu impacto na demanda por cuidados só será devidamente conhecido após passada a pandemia. Estudos mencionam problemas cardíacos e neurológicos, depressão e ansiedade como resultado da doença (Estrela et al., 2021). Xie, Bowe & Al-Aly (2021), em análise feita para os Estados Unidos, identificaram 33 sequelas que afetam os sistemas nervoso, mental, neurocognitivo, cardiovascular ou gastrointestinal. A gravidade

das sequelas é mais severa nos indivíduos com precárias condições de saúde e varia com a gravidade da infecção. No entanto, elas são importantes também para os indivíduos que não foram hospitalizados pela Covid. Como esse grupo representa a maioria das pessoas que foram infectadas, pode significar um grande número de sequelados pressionando o sistema de saúde e de cuidados.

O isolamento social deve estar levando a um aumento de depressão, ansiedade, perda de massa muscular e perdas cognitivas, independentemente de o indivíduo ter adquirido ou não Covid – o que significa ainda mais pressão sobre a demanda de cuidados e de serviços de saúde, em um contexto de redução da capacidade da família de cuidar.

O índice de dependência de cuidados aponta para mais do que uma duplicação da demanda de cuidados por parte da população idosa e uma redução da demanda para crianças. Chama-se a atenção para o fato de que essa medida representa uma demanda potencial bruta, pois nem todos os idosos considerados terão dependência funcional, e certamente uma parte da população de 15 a 75 anos terá. Ou seja, ela mede apenas o efeito idade nessa relação.

Foi visto que são os familiares não remunerados os principais cuidadores de idosos dependentes. A responsabilização da família pelo cuidado com os membros dependentes assume que os cuidadores, especialmente as mulheres, não incorrem em custos financeiros ou emocionais na prestação de cuidados (Goldani, 2004). Mas na verdade, cuidar custa. Custa tempo, dinheiro, acarreta perda de oportunidades, principalmente no mercado de trabalho, riscos para a saúde, isolamento social, desestimula a reprodução, entre outros fatores. Como o cuidado familiar é realizado no ambiente doméstico, isso o faz socialmente invisível. Não é recompensado e não gera direitos sociais como o trabalho formal, considerado produtivo (Camarano, 2014b). Mas gera grandes benefícios tanto no âmbito público quanto no privado.

Dos 2,4 milhões de idosos que declararam precisar de ajuda, apenas 23,4% declararam receber ajuda remunerada. A preços de 2021, isso significou um gasto anual de R\$ 7,6 bilhões. Para remunerar os demais, seriam precisos mais R\$ 40,1 bilhões. Ou seja, poucas famílias terão acesso ao cuidado remunerado se não houver uma ajuda do Estado, o que pode fazer diferença na qualidade da atenção recebida. No caso brasileiro, a ajuda financeira da seguridade social para que o segurado possa pagar por esse tipo de serviço só ocorre no caso da aposentadoria por invalidez.

A lei n. 8.213, de 1991<sup>5</sup>, no seu artigo 45, estipula que:

*“o valor da aposentadoria por invalidez do segurado que necessitar da assistência permanente de outra pessoa será acrescido de 25% (vinte e cinco por cento).*

*Parágrafo único. O acréscimo de que trata este artigo:*

*a) será devido ainda que o valor da aposentadoria atinja o limite máximo legal;*

*b) será recalculado quando o benefício que lhe deu origem for reajustado;*

*c) cessará com a morte do aposentado, não sendo incorporável ao valor da pensão”.*

Sintetizando, o cuidado com o idoso dependente só ocorrerá de forma eficaz e equitativa com o apoio público, pois os custos financeiros, físicos e emocionais são muito altos. Embora a Constituição de 1988 e o Estatuto do Idoso incentivem a aproximação dos filhos com os pais, a tradução disso em práticas eficazes para o cuidado dos idosos só terá resultado efetivo quando políticas sociais para ajudar a família a cuidar sejam implantadas.

### Considerações finais

Não há dúvida de que o alongamento das vidas é uma das conquistas sociais mais importantes da segunda metade do século XX. Expectativas de vida em torno de cem anos foram projetadas para os países em desenvolvimento para meados deste século. Mas mudanças nem sempre acontecem em uma única direção. Avanços e retrocessos são parte da História. Além de resultar em mortes precoces, com impacto

<sup>5</sup> Ver [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm). Acesso em: 03 fev 2022.

na expectativa de vida e no crescimento da população em geral, em especial na idosa, a pandemia da Covid-19 está acentuando as incertezas antes existentes quanto às condições de saúde, renda e autonomia que experimentarão os idosos no futuro. Pelo menos até o momento, os idosos brasileiros estão perdendo 4,3 anos do tempo que poderiam ainda viver. Como recuperar isso é uma questão ainda não equacionada – e certamente levará muito mais tempo do que foi gasto na redução.

Visões negativas a respeito do aumento da expectativa de vida associam-na a um aumento no tempo em que os idosos experimentarão perdas de capacidade física, cognitiva e autonomia, onerando os serviços de saúde e impondo sobrecarga às famílias. Pouco se sabe sobre as sequelas deixadas pela Covid, acrescidas dos efeitos do isolamento social, mas acredita-se que os sobreviventes estão colocando ainda mais pressão sobre a demanda de cuidados e de serviços de saúde, em um contexto de redução da capacidade da família de cuidar. Como consequência, acredita-se que uma visão negativa da velhice e dos idosos está se acentuando no transcorrer da pandemia e, com ela, um aumento dos preconceitos com relação a essa população.

Para finalizar, destaca-se que a pandemia reforçou os desafios já acarretados pelo envelhecimento, ou seja, as demandas por políticas públicas se intensificaram, especialmente as relativas à renda, aos cuidados e à saúde. O atendimento dessas demandas é de fundamental importância para que a população brasileira possa ir muito além dos 60.

### **Agradecimentos**

A autora agradece a Daniele Fernandes pelo processamento e pelas tabulações dos dados aqui utilizados.

## Referências bibliográficas

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm). Acesso em: out. 2021.

BUDLENDER, D. The statistical evidence on care and non-care work across six countries. *Gender and Development, Programme Paper number 4*. Geneva: United Nations, December 2008. Disponível em: [https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/F9FEC4EA774573E7C1257560003A96B2](https://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/F9FEC4EA774573E7C1257560003A96B2). Acesso em: out. 2021.

CAMARANO, A. A. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea, 2014a. p. 177-210.

CAMARANO, A. A. Quanto custa cuidar e quem paga por isto? In: CAMARANO, A. A. (org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?* Rio de Janeiro: Ipea, 2014b.

CAMARANO, A. A. Cuidados para a população idosa: demandas e perspectivas. Banco Mundial, 2017 (mimeo).

CAMARANO, A. A. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, n. 28, 2021. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=37679&Itemid=9-](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=37679&Itemid=9-). Acesso em: fev. 2022.

ESTRELA, M. C. A. et al. Covid-19: sequelas fisiopatológicas e psicológicas nos pacientes e na equipe profissional multidisciplinar. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 6, p. 59.138-59.152, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n6-349>. Acesso em: Acesso em: fev. 2022.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 75-114.

GOLDANI, A. M. Relações intergeracionais e reconstrução do Estado de bem-estar: por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: CAMARANO, A. A. (org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Ipea, 2004. v. 1. p. 211-250.

GUIMARÃES, R. F.; ANDRADE, F. C. D. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 37, e0117, p. 1-15, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0117>. Acesso em: fev. 2022.

HINDE, A. *Demographic methods*. London: Arnold Publishers, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. *Projeção da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período 2010-2060*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=destaques>.

Acesso em: out. 2021.

JACOBZONE, S. *Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives*. Paris: OECD, 1999. Disponível em: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ageing-and-care-for-frail-elderly-persons\\_313777154147](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/ageing-and-care-for-frail-elderly-persons_313777154147). Acesso em: out. 2021.

LAFORTINE, G.; BALESTAT, G. *Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. Paris: OECD, 2007 (OECD Health Working Papers, n. 26). Disponível em: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/trends-in-severe-disability-among-elderly-people\\_217072070078](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/trends-in-severe-disability-among-elderly-people_217072070078). Acesso em: out. 2021.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (ed.). *Living longer: ageing, development, and social protection*. London, Nova York: United Nations Research Institute for Social Development, Zed Books, 2004.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 10, p. 3.869-3.877, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>. Acesso em: fev. 2022.

NUNES, B. et al. Envelhecimento, multimorbidade e risco para Covid-19 grave: ELSI-Brasil, 2020. Scielo Preprint. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.703>. Acesso em: fev. 2022.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SERVO, L. 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. 491-510.

XIE, Y.; BOWE, B.; AL-ALY, Z. Burdens of post-acute sequelae of COVID-19 by severity of acute infection, demographics and health status. *Nature Communications*, v.12, n. 6.571, p. 11-12, 2021.

# Envelhecimento da população brasileira: Projeções da demanda e dos custos de instituições de longa permanência para idosos

Karla Cristina Giacomini

## 1. Introdução

Os “cuidados de longa duração” (CLD) se referem aos cuidados continuados ou serviços que as pessoas mais velhas precisam para ajudá-las a realizar as atividades relativas a cuidados pessoais e tarefas domésticas, bem como para manter relações sociais (Muir, 2017). A denominação CLD se origina da tradução da expressão inglesa *long-term care* e se refere ao “apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo às pessoas que o necessitam, independentemente da idade” (Camarano, 2010).

Em 2015, um estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT) acerca da cobertura de CLD para pessoas idosas em 46 países destacou que tais necessidades permanecem ignoradas na maioria dos países investigados. O cuidado informal para idosos dependentes ainda é a regra, mas tal modelo não é sustentável, principalmente pelo fato de os potenciais cuidadores informais também estarem envelhecendo (Scheil-Adlung, 2015) e o perfil das famílias e o papel das mulheres terem-se alterado rapidamente (Camarano, 2014).

De acordo com Scheil-Adlung (2015), no Brasil, dentre os indicadores investigados em relação à percentagem da população com 65 ou mais anos de idade coberta com CLD, os resultados são preocupantes. A média de despesa pública em CLD no período 2006-2010 e em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) para este público, em porcentagem do PIB per capita em 2013, foi a tal ponto

irrisória que a autora a considerou nula (zero). O número de trabalhadores formais de CLD por 100 pessoas com 65 anos ou mais de idade também foi considerado 0 (zero). Quanto aos custos, a OIT (2015) definiu um limiar relativo de USD 1.461,80 de paridade do poder de compra destinados aos CLD para idosos (Scheil-Adlung, 2015). Além disso, na mesma avaliação, a lacuna de cobertura devido ao número insuficiente de trabalhadores formais de CLD (limiar relativo: 4,2 trabalhadores por 100 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos) seria de 100%. Para preencher a lacuna de CLD no país, seriam necessários mais de 650.000 cuidadores formais. Porém, somente ofertar os cuidadores formais não configura uma política de CLD (Scheil-Adlung, 2015).

Uma política pública de cuidados de longa duração (CLD) poderia ser compreendida como uma tentativa de equilibrar as responsabilidades concorrentes entre os indivíduos, as famílias, o Estado e o mercado no desenvolvimento de programas para atender às necessidades humanas. Pensar políticas públicas de CLD significa analisar os dados empíricos disponíveis e vislumbrar possíveis cenários futuros, na expectativa de colaborar para reduzir iniquidades e apontar lacunas no sistema de informações ou falhas da gestão.

O desafio do cuidado aos idosos é particularmente sentido nos países de baixa e média renda, onde o desenvolvimento de políticas de CLD não acompanha o ritmo do envelhecimento da população (Feng, 2019). Na América Latina e no Brasil, o acelerado e intenso processo de envelhecimento populacional acontece em um contexto de marcada desigualdade social e de gênero, o que representa um desafio ainda maior para a oferta de políticas de CLD (Camarano, 2010; Miranda, Mendes & Silva, 2016). Ademais, observa-se o maior acometimento das pessoas idosas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que aumenta a chance de incapacidade funcional e a complexidade nos cuidados. Em contrapartida, a urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de emprego, famílias menores e mais mulheres inseridas no mercado de trabalho reduzem o contingente

de pessoas disponíveis para o cuidado das pessoas idosas dependentes de cuidados (Camarano & Kanso, 2010).

No Brasil, frente à inexistência de uma política nacional de CLD, a expressão prática mais clara desta lacuna se traduz na oferta reduzida e heterogênea de cuidados institucionais. Porém, ainda há muito desconhecimento e preconceito acerca deste modelo de cuidado, que existe à revelia de um olhar regulador e impulsionador da sua qualidade pelo Estado brasileiro (Villas-Boas et al., 2021). Dessa forma, este trabalho propõe uma análise prospectiva acerca das demandas por CLD, com ênfase nos cuidados institucionais para idosos, a partir de fontes de dados disponíveis.

## 2. Percurso metodológico

De acordo com a norma mais recente que regulamenta o funcionamento de unidades de acolhimento para idosos, a RDC – Anvisa nº 502/2021:

*“Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (Brasil, 2021).*

As ILPI cumprem um imprescindível papel social e de saúde (Villas-Boas et al., 2021) e se prevê um aumento na necessidade de oferta de vagas (Camarano, 2014). Porém, no Brasil, segundo Born & Boechat (2016), ainda que as ILPI constituam parte da rede de assistência social, em geral, elas não são criadas em decorrência da implementação de uma política de CLD, mas de demandas da comunidade (Born & Boechat, 2016), ou seja, elas são a prova cabal da falta de uma política de CLD.

Talvez por essa razão, ao contrário das informações sobre vagas em unidades de internação ou número de consultas na atenção primária, para os CLD não há fontes de dados contínuas, oficiais e comparáveis que possam informar as políticas regionais ou nacionais, inclusive aquelas referentes às ILPI (Lacerda et al., 2021). O país carece de informações básicas sobre estas instituições, por exemplo: quantas são; onde estão localizadas; qual a sua natureza jurídica; que serviços e atividades oferecem

aos residentes. Os sistemas de Saúde e de Assistência Social tampouco dispõem de informações sistematizadas e compartilhadas sobre a população assistida.

Na perspectiva de avaliar a oferta e a demanda de CLD na população adulta e idosa brasileira, este estudo quantitativo, ecológico e exploratório utiliza dados secundários públicos extraídos de diferentes fontes de pesquisa consultadas, incluindo o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e os dados institucionais dos censos de abrangência nacional realizados no país. Serão considerados o crescimento da demanda e a projeção de custos para o Estado, assumindo-se a mesma estrutura de CLD para idosos (formais e informais) existentes em 2019. Este período se justifica por ainda não ter sido afetado pela pandemia da Covid-19.

### 3. Resultados

Na literatura e na legislação se encontram referências a ILPI, casas de repouso, lares, hotéis, asilos (Camarano, 2010) e, mais recentemente, clínicas geriátricas. É importante reconhecer que a dificuldade de se caracterizar uma ILPI não existe apenas no Brasil. Em pesquisa feita em 18 países por Stanford et al. (2015) sobre *nursing homes*, concluiu-se que se tratava de uma residência coletiva, que oferece cuidados 24 horas por dia para pessoas com necessidades de saúde e que requerem ajuda para as atividades da vida diária (AVD). Em 37% dos países pesquisados, embora não sejam uma enfermaria, médicos visitam as instituições, que podem contar ou não com profissionais da área de saúde e oferecer ou não cuidados paliativos e terminais. Também oferecem CLD e/ou reabilitação com o objetivo de evitar internações hospitalares e facilitar altas, funcionando como cuidados de transição (Stanford et al., 2015).

Quanto à codificação como atividade econômica, no Brasil, as ILPI são consideradas atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares, pertinentes à Seção Q, divisão 87 do Cadastro Nacional de Atividades Econômicas (CNAE, 2022). Porém, nesta seção estão listadas

as clínicas e residências geriátricas, sendo possível identificar: casa de repouso para idosos; casa geriátrica com internação; centro geriátrico com internação; centro médico geriátrico; clínica geriátrica com internação; residência geriátrica. Contudo, instituições que prestam serviços tanto de ILPI (CNAE 87115-02), quanto de Clínica Geriátrica (CNAE 87115-01) precisam ter os dois CNAE registrados no seu Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e cumprir com as exigências para ambos os tipos de entidades, descritas em diferentes normas (CNAE, 2022). E, ainda, apesar da existência de mecanismos de fiscalização de ILPI (Giacomin & Couto, 2010), a fiscalização varia conforme o (des)interesse da gestão pública sobre esses espaços.

Tudo isso concorre para uma dificuldade a mais na regulação, na fiscalização e no conhecimento acerca dos serviços ofertados, como será visto a seguir.

### 3.1 Censo de unidades de acolhimento institucional 2019

Embora formalmente renomeadas como ILPI, este termo ainda não foi assimilado pela comunidade institucional, nem pelas políticas sociais, nem pela população. Para a Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004), trata-se de unidades de acolhimento institucional.

Desde 2010, o SUAS realiza anualmente um censo sobre os cuidados institucionais ofertados no âmbito da PNAS (Brasil, 2004), divulgados pelo Portal Censo SUAS. Respondem, virtualmente, a este censo apenas ILPI vinculadas à política de assistência social, com ou sem convênio com o poder público. Esta plataforma contém o banco Acolhimento Municipal Recursos Humanos (Banco RH) e o Acolhimento Municipal e Estadual: dados gerais (Banco geral ILPI) (Brasil, 2020). Na primeira base, as unidades amostrais foram as ILPI e na segunda base, os trabalhadores das ILPI. As duas bases foram vinculadas pela variável comum de identificação das ILPI, conforme Cadastro do Sistema Único de Assistência Social (CadSUAS). O banco de dados ainda possui

outras informações que não foram incluídas neste estudo. Do presente estudo participaram todas as ILPI que alimentaram o Banco de Dados do Censo SUAS- 2019.

Quanto ao tipo de oferta de serviços de acolhimento, de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais<sup>1</sup>, 94% se referem a cuidados institucionais de longa permanência, estando divididos em (Brasil, 2009):

- Abrigo institucional: oferece acolhimento para pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência. Excepcionalmente, a natureza do acolhimento deverá ser de longa permanência. Idosos(as) com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos etc. – devem ser atendidos na mesma unidade;

- Casa-lar: unidade residencial que deve possuir em seu quadro de funcionários, um educador social como residente responsável pelo atendimento aos idosos juntamente com uma equipe técnica especializada nos cuidados das AVD;

- Serviço de acolhimento em repúblicas: destinado a idosos que tenham capacidade de gestão coletiva da moradia e condições de desenvolver, de forma independente, as AVD, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de auto-ajuda;

- Outras formas: incluem casas de passagem, residências inclusivas para pessoas com deficiência.

Além dessas ainda existem residências inclusivas para adultos e pessoas com deficiência que não são objeto deste capítulo.

---

<sup>1</sup> Aprovada pelo Conselho Nacional da Assistência Social, conforme resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.

O Censo SUAS 2019 identificou 1.784 serviços de acolhimento destinados a pessoas idosas, conforme apresentado na Tabela 1.

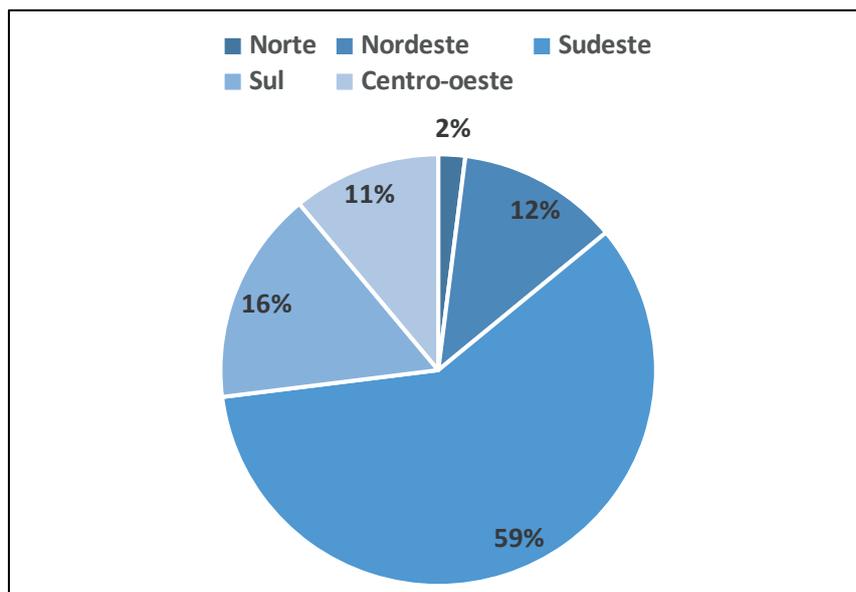
**Tabela 1** – Tipo e oferta de serviços de acolhimento credenciados junto ao Sistema Único de Assistência Social. Brasil, 2019

Tipo	Censo SUAS 2019	
	N	%
Abrigo institucional (Instituição de Longa Permanência para Idosas/os - ILPI)	1.669	93,55
Casa-lar	75	4,20
República	19	1,07
Outros	21	1,18
<b>Total</b>	<b>1.784</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

O número de ILPI credenciadas ao SUS se distribui desigualmente no país (Gráfico 1).

**Gráfico 1** – Distribuição proporcional das 1.784 unidades de acolhimento institucional para idosos, segundo a Região – Censo SUAS, 2019.



Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

Quanto à natureza jurídica, apenas 195 (10,9%) ILPI eram governamentais, sendo 185 (10,4%) municipais, 10 (0,5%) estaduais e nenhuma federal. Quando analisado o tempo de implantação da unidade de acolhimento, 42,8% do total de ILPI existem há mais de 40 anos (N=763). Contudo, no mesmo Censo, chama atenção o fato de que das 297 unidades de acolhimento destinadas a adultos com deficiência, 44,1% (N=131) foram criadas nos últimos cinco anos, o que sugere um aumento da demanda deste tipo de serviço (dados não apresentados).

A distribuição da população idosa acolhida quanto ao sexo e à faixa etária está apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2** – Distribuição da população idosa acolhida segundo o sexo e a faixa etária – Censo SUAS 2019

Faixa etária	Sexo				Total	
	Homem		Mulher			
	N	%	N	%	N	%
Menor de 60 anos	1.755	5,65	1.537	4,76	3.292	5,19
60 a 79 anos	19.954	64,21	15.779	48,84	35.733	56,38
80 anos ou mais	9.365	30,14	14.990	46,40	24.355	38,43
<b>Total</b>	<b>31.074</b>	<b>100,0</b>	<b>32.306</b>	<b>100,0</b>	<b>63.380</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

A maioria das ILPI (68,71%) afirma não ter restrições quanto ao acesso de públicos específicos, conforme apresentado na Tabela 3.

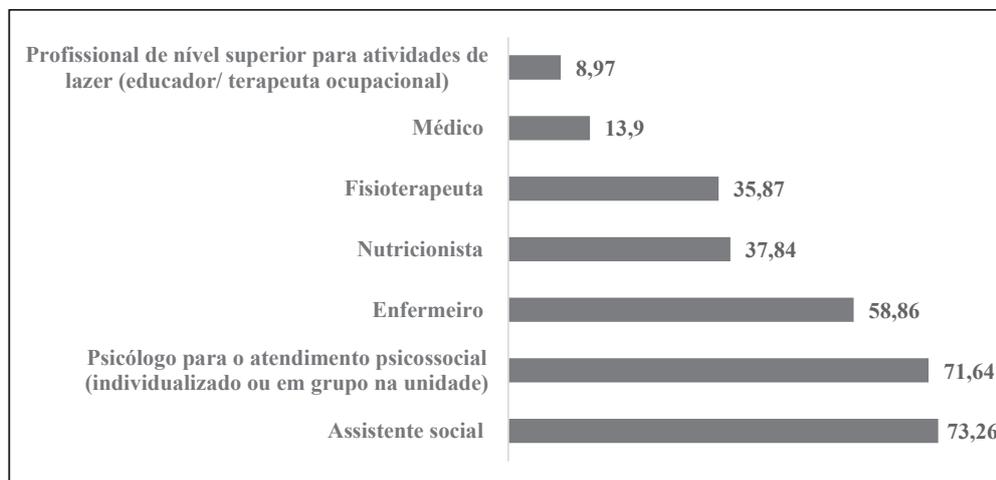
**Tabela 3** – Número e proporção de unidades que aceitam acolher pessoas de acordo com certas características selecionadas

Características pessoais	Sim		Acolhidos atualmente	
	N	%	N	%
Pessoas com Doença Mental (Transtorno Mental)	1.222	68,50	12.145	19,16
Pessoas refugiadas/imigrantes	986	55,27	157	0,25
Pessoas com trajetória de rua	1.406	78,81	2.645	4,17
Pessoa idosa indígena ou de comunidades tradicionais (exemplo: quilombola, ciganos, ribeirinhos)	1.238	69,39	79	0,12
Pessoas com deficiência física, sensorial ou intelectual	1.670	93,61	23.207	36,62
Pessoas idosas travestis, transexuais, transgêneros	1.186	66,48	90	0,14
Pessoas com dependência de álcool ou outras drogas	873	48,93	2.378	3,75
<b>Público com estas características</b>	-	-	<b>40.701</b>	<b>64,22</b>
<b>Total de instituições/ média / população assistida</b>	<b>1.784</b>	<b>68,71</b>	<b>63.380</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

Quanto aos profissionais das equipes que atuam nas instituições, no Gráfico 2 está apresentada sua distribuição percentual nas ILPI credenciadas ao SUAS.

**Gráfico 2** – Distribuição percentual dos profissionais que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos – Censo, 2019.



Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

As ILPI credenciadas ao SUAS declararam ter 38.956 empregados em 2019. Os cuidadores representam 23,8% deste quadro de profissionais. Ainda segundo a RDC 502/2021 (Brasil, 2021), as ILPI devem ter um responsável técnico (RT) com formação em nível superior. Do total das instituições avaliadas, 1.770 (99,21%) afirmaram tê-lo, mas somente 64,57% (N=1.152) relataram vínculo formal de trabalho de pelo menos 20h semanais deste profissional, conforme exigido na norma.

### **3.2 Censos Nacionais de Instituições de Longa Permanência para Idosos**

Embora haja unidades de abrigamento para idosos no país há mais de um século (Camarano, 2010), apenas dois censos de abrangência nacional foram realizados até o presente momento:

- O primeiro, aqui chamado *Censo IPEA 2008-2010* (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e), refere-se à primeira pesquisa acerca das “Condições de funcionamento e de infraestrutura nas instituições de longa permanência (ILPI) no Brasil”<sup>2</sup>;

- O segundo estudo, o *Censo FN-ILPI 2021* (Lacerda et al., 2021), foi realizado por um grupo de pesquisadores pela Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI (FN-ILPI)<sup>3</sup> que buscou retratar um panorama das ILPI do Brasil (Maiores detalhes estão disponíveis em Lacerda et al., 2021).

#### **3.2.1 O Censo IPEA 2008-2010**

Dentre as instituições identificadas pelo Censo IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e), 6,3% se denominavam “abrigos”, um terço se autodenominava “lares”, 10,7% “Casas de repouso” e 65,2% das instituições eram de natureza filantrópica. Os motivos alegados

<sup>2</sup> Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).

<sup>3</sup> Um movimento voluntário organizado para oferecer informações com vistas à prevenção do contágio e de óbitos por Covid-19 entre as pessoas idosas e ao aprimoramento das políticas públicas de CLD. Maiores detalhes estão disponíveis em: [www.frente-ilpi.com.br](http://www.frente-ilpi.com.br)

para a busca de uma instituição são a carência financeira e a falta de moradia, o que talvez explique o fato de as ILPI integrarem a rede de serviços da assistência social. Muitas delas são pequenas, têm menos de dez residentes e funcionam em casas, representando 10% das instituições segundo a pesquisa do IPEA (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e).

Este censo identificou 3.548 instituições distribuídas por 29,9% dos municípios brasileiros, sendo 65,2% filantrópicas; 28,2% privadas com fins lucrativos e 6,6% públicas ou mistas, com maior concentração na Região Sudeste e nas cidades maiores. Aproximadamente 84 mil pessoas com mais de 60 anos viviam em instituições, em sua maioria pequenas (com média de 30,4 residentes/ILPI), que atuavam quase em plena capacidade (90% dos leitos ocupados), graças a recursos provenientes dos residentes e/ou familiares (57%) seguidos pelo financiamento público (federal, estadual ou municipal), em torno de 20% (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e).

Quanto ao perfil dos residentes, o Censo IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) identificou uma predominância de mulheres, com exceção da Região Norte (Camarano, 2008c) e Centro-Oeste (Camarano, 2008a) do país, e de idosos mais longevos, mais acentuadamente nas instituições privadas com fins lucrativos. Isso sugere, segundo Camarano (2010), que a busca pela moradia numa ILPI privada se dá, principalmente, por pessoas dependentes que não podem contar com um cuidador familiar. Nas ILPI públicas e filantrópicas, questões de ordem financeira e a falta de rede familiar e social de apoio parecem prevalecer. Os principais serviços oferecidos pelas instituições filantrópicas se relacionam ao abrigo dos idosos independentes e semidependentes; ao apoio para o desenvolvimento das atividades de vida diária (AVD) e aos cuidados com a saúde, ainda que essas instituições não sejam de saúde (Camarano, 2010; Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e).

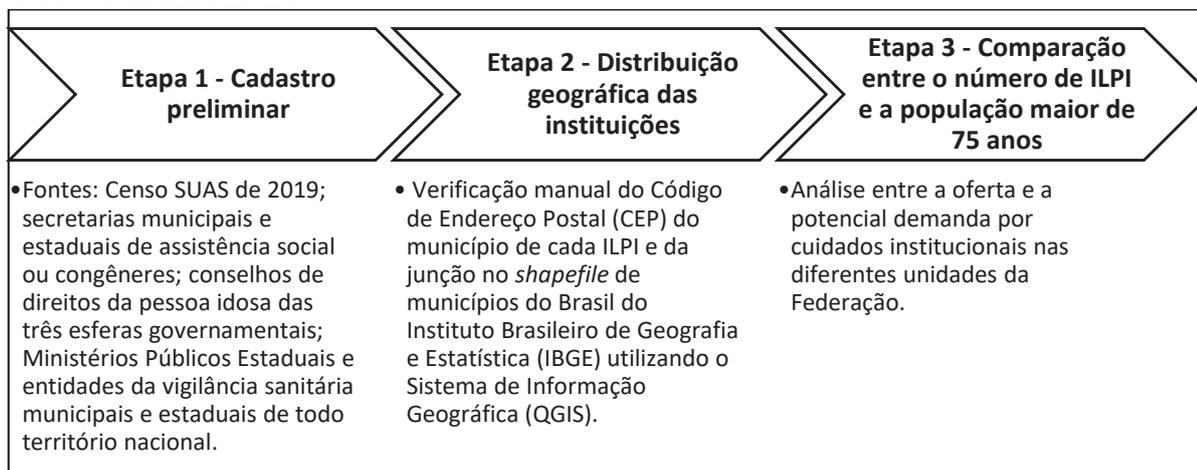
Os resultados do Censo IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) mostraram que a proporção de idosos residentes em instituições era muito baixa, em torno de 1% (Camarano, 2010), e que o papel do Estado na área de CLD se centrava, quase exclusivamente, no abrigamento de idosos pobres. Ainda assim, a principal fonte de renda advinha do próprio residente idoso, por meio de sua aposentadoria, pensão ou benefício assistencial, cuja manutenção não é uma questão equacionada. Esta lógica de o residente contribuir com o seu custeio contraria a premissa constitucional de uma política de Assistência Social não contributiva.

Além disso o número de instituições públicas era muito pequeno, 170 (5,2%) entre 3.294 instituições, a maioria municipal. Das instituições que responderam ao Censo IPEA (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e), 40,8% declararam receber financiamento público, mas, ainda assim, o financiamento público constituía apenas 20,2% dos recursos das instituições – e, nas filantrópicas, público-alvo do financiamento, constituía 21,9%.

### **3.2.2 O Censo FN-ILPI 2021**

O Censo FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021; Domingues et al., 2021) teve como referência o do IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) e foi realizado em 3 etapas, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Apresentação das etapas de planejamento e desenvolvimento do Censo FN-ILPI 2021.



Fonte: Elaborado pela autora.

Maiores detalhes estão disponíveis em Domingues et al. (2021).

Na Tabela 4 é apresentado o número de ILPI identificadas em todo o país, conforme o Censo da FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021; Domingues et al., 2021), e dados do IBGE (2021) sobre a quantidade de residentes acima de 60 anos – universo de idosos - e de 75 anos – parcela idosa potencialmente mais demandante de CLD - nas regiões brasileiras.

**Tabela 4** - Distribuição das Instituições de Longa Permanência para Idosos por Região, população maior de 60 anos e maior de 75 anos e razão entre elas e o número de ILPI.

Região	Mapeamento de ILPI		População de Maiores de 60 anos		Razão entre a população 60 anos e +/ILPI	População de Maiores de 75 anos		Razão entre a população 75 anos e +/ILPI
	n	%	n (x mil)*	%		n (x mil)**	%	
Sudeste	4.232	60,2	15.094	46,0	3.567	3.996	45,8	944
Sul	1.874	26,7	5.201	15,8	2.775	1.340	15,4	715
Nordeste	493	7,0	8.445	25,7	17.130	2.401	25,7	4.870
Centro-Oeste	351	5,0	2.155	6,6	6.140	518	5,9	1.476
Norte	79	1,1	1.959	5,9	24.797	477	5,4	6.038
<b>BRASIL</b>	<b>7.029</b>	<b>100,0</b>	<b>32.854</b>	<b>100,0</b>	<b>54.409</b>	<b>8.732</b>	<b>100,0</b>	<b>14.043</b>

Fonte: Lacerda et al., 2021.

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

\* Dados do IBGE (2018), Porcentagem da população acima de 60 anos em relação ao total com mais de 60 anos do Brasil;

\*\* Dados do IBGE (2018), Porcentagem da população acima de 75 anos em relação ao total com mais de 75 anos do Brasil

Quando considerada a oferta de ILPI e um *proxy* da demanda a partir da população com 75 anos e mais, a razão média nacional encontrada foi de 14.073 potenciais demandantes de CLD por ILPI. A disparidade regional relativa à demanda projetada é ainda mais evidente: na Região Sul, a razão é de 715 idosos/ILPI; no Nordeste, são 4.870 idosos/ILPI, enquanto no Norte essa relação salta para 6.038 idosos/ILPI, com destaque para Amapá e Pará, em que esse número chega a mais de 9.000 idosos para cada ILPI existente (Lacerda et al., 2021).

A existência de ILPI no município de moradia da pessoa deveria ser parte de uma política de CLD (Lacerda et al., 2021), uma vez que sua ausência implica na necessidade de a pessoa mudar para outro município, com risco de comprometer ainda mais o

vínculo sociofamiliar, face à dificuldade na realização de visitas. Contudo, não há este tipo de equipamento em todos os municípios, como demonstrado na Tabela 5.

**Tabela 5** - Distribuição do número de municípios por estado e Região e percentual de municípios que contêm pelo menos uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Região/UF	Total de Municípios* (n)	Municípios com ILPI**	
		n	%
<b>Sudeste</b>	<b>1.668</b>	<b>984</b>	<b>58,9</b>
ES	78	36	46,1
MG	853	479	56,1
RJ	92	66	71,7
SP	645	403	62,4
<b>Sul</b>	<b>1.191</b>	<b>479</b>	<b>40,2</b>
PR	399	224	56,1
RS	487	182	36,6
SC	295	73	24,7
<b>Nordeste</b>	<b>1.793</b>	<b>250</b>	<b>13,9</b>
AL	102	10	9,8
BA	417	89	21,3
CE	184	22	11,9
MA	217	15	9,9
PB	223	30	13,4
PE	184	47	25,5
PI	224	5	2,2
RN	167	21	12,5
SE	75	11	14,6
<b>Centro-Oeste</b>	<b>499</b>	<b>252</b>	<b>50,5</b>
DF***	33	3	9,1
GO	246	161	65,4
MS	79	48	60,8
MT	141	40	28,4
<b>Norte</b>	<b>450</b>	<b>53</b>	<b>11,8</b>
AC	22	4	18,2
AM	62	3	4,8
AP	16	2	12,5
PA	144	18	12,5
RO	52	10	19,2
RR	15	1	6,7
TO	139	15	10,8
<b>Total Geral/média</b>	<b>5.601</b>	<b>2.018</b>	<b>36,0</b>

Fonte: Lacerda et al., 2021.

\*Total Municípios (IBGE 2019);

\*\*ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos;

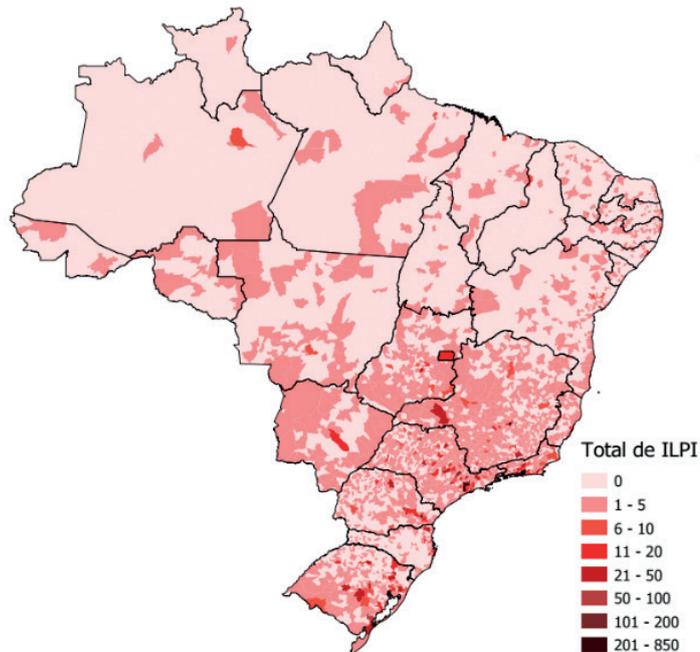
\*\*\*DF - 33 regiões administrativas, consideradas como município para efeitos de análise

É notável a diferença regional no que diz respeito à oferta de CLD. Os estados com maior número de ILPI são: São Paulo (34,3%), Minas Gerais (15,9%) e Rio Grande do Sul (15,6%), enquanto os estados da Região Norte concentram apenas 1,1% das ILPI do país. Quando se analisa a razão entre o número de pessoas idosas e o número de ILPI disponíveis na região, as Regiões Nordeste e Norte se mostram menos supridas deste tipo de equipamento quando comparadas a Sul e Sudeste (Lacerda et al., 2021).

Dos 5.570 municípios do país, apenas 36% (N=2.018) dispõem de ILPI. Observa-se que os estados que apresentaram maior número de municípios com pelo menos uma ILPI foram, em ordem decrescente: Rio de Janeiro (71,7%), São Paulo (62,4%), Goiás (65,4%), Mato Grosso do Sul (60,8%) e Minas Gerais (56,1%) (Tabela 5). Destaque deve ser dado ao estado do Piauí, em que apenas 2,2% dos municípios dispõem de, ao menos, uma ILPI (Lacerda et al., 2021).

Os cinco municípios com maior número de ILPI são: São Paulo com 810 (11,3%), Porto Alegre com 287 (4,1%), Belo Horizonte com 268 (3,8%), Rio de Janeiro com 223 (3,1%) e Curitiba com 130 (1,8%). Na Figura 2 está apresentado o mapa da distribuição geoespacial das ILPI no Brasil, por município (Lacerda et al., 2021).

**Figura 2** - Mapeamento da distribuição geoespacial das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil, por município, Brasil.



Fonte: Lacerda et al., 2021.

O Censo IPEA 2008-2010 identificou pelo menos uma ILPI em cerca de 20% dos municípios brasileiros (Camarano & Kanso, 2010; Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e). Uma década depois, o Censo FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021) revelou um aumento de 55,6% no número de municípios com pelo menos uma ILPI. Na Tabela 6 é apresentada a evolução do número de ILPI conforme os Censos - IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) e FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021) e a comparação com o número de ILPI credenciadas ao SUAS, conforme o Censo SUAS-2019 (Brasil, 2020).

**Tabela 6** - Evolução no número de Instituições de Longa Permanência para Idosos conforme o Censo IPEA 2008-2010 e o Censo FN-ILPI 2021.

Região	Número de ILPI*			Variação em %	Censo SUAS 2019****	Oferta de ILPI Censo SUAS-2019 em relação ao Censo FN-ILPI-2021*** em %
	Censo IPEA 2008-2010**	Censo FN-ILPI 2021***				
<b>Sudeste</b>	2.255	4.232		+88	1.060	25,0
<b>Sul</b>	693	1.874		+170	280	14,9
<b>Centro-Oeste</b>	249	351		+41	200	57,0
<b>Nordeste</b>	302	493		+63	206	41,8
<b>Norte</b>	49	79		+61	38	48,1
<b>Total</b>	<b>3.548</b>	<b>7.029</b>		<b>+146%</b>	<b>1.784</b>	<b>25,4</b>

Fonte: Dados da pesquisa “Características das instituições de longa permanência para idosos” (Camarano 2008a; 2008b; 2008c; 2008d; 2008e); Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI (Lacerda et al, 2021); Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022.

\*ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos;

Quando se comparam os Censos IPEA 2008-2010 (Camarano, 2008a; Camarano, 2008b; Camarano, 2008c; Camarano, 2008d; Camarano, 2008e) e FN-ILPI 2021 (Lacerda et al., 2021), a oferta mais que dobrou, mas isso se deu às custas da oferta de ILPI privadas, como pode ser notado quando se apresenta a oferta de ILPI credenciadas ao SUAS no período de 2016 a 2019 (Tabela 7).

**Tabela 7** – Distribuição das Instituições de Longa Permanência para Idosos, segundo a Região. Brasil 2016-2019.

Censo Ano	SUAS	Região					Total	Variação percentual em relação ao Censo anterior
		Norte	Nordeste	Centro- Oeste	Sudeste	Sul		
2016		36	209	166	991	265	1.667	-
2017		37	208	174	1.030	273	1.722	+3,3
2018		34	201	194	1.058	282	1.769	+2,73
2019		38	206	200	1.060	280	1.784	+0,85

Fonte: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2022. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>. Acessado em: 18 de janeiro de 2022

Estes dados refletem o descompasso entre a oferta de vagas nos sistemas público e privado, enquanto a população idosa, especialmente a maior de 75 anos continuou mantendo uma taxa de crescimento anual da ordem de 4% ao ano.

No SUAS, a ILPI está tipificada na Proteção Social Especial de Alta Complexidade (Brasil, 2009). Segundo a tipificação, as ILPI são definidas para o acolhimento de pessoas idosas, mas a institucionalização deveria ser provisória e, excepcionalmente, de longa permanência, quando esgotadas todas as possibilidades de autossustento e convívio com os familiares. Isso praticamente restringe a situações excepcionais de negligência ou violação de direitos (Brasil, 2009).

Uma possibilidade para o adiamento ou prevenção da institucionalização poderia acontecer pela oferta de Centros-dia para apoiar famílias com idosos

frágeis, a depender das condições dos idosos. Infelizmente ela é irrisória: dos 1.664 Centros-dia credenciados ao SUAS, prepondera a atuação da sociedade civil em 93% das unidades, mas apenas 22% dos atendimentos são destinados a idosos com deficiência e suas famílias (Brasil, 2020).

A sustentabilidade do setor de ILPI depende de decisões políticas e econômicas. Quanto ao financiamento federal, em 2007, o valor per capita repassado pelo SUAS às ILPI era de R\$44,00 por mês para cada pessoa idosa institucionalizada considerada independente e R\$66,00 para cada pessoa dependente de cuidados segundo a RDC 502/2021. A partir de 2012, os repasses passaram a ser feitos de modo descentralizado, fundo a fundo, a partir do Fundo Nacional de Assistência Social<sup>4</sup> (segundo o estabelecido no Decreto Nº 7.788, de 15 de Agosto de 2012) (Brasil, 2012a). Este repasse fundo a fundo se destina a:

*I - cofinanciamento dos serviços de caráter continuado e de programas e projetos de assistência social, destinado ao custeio de ações e ao investimento em equipamentos públicos da rede socioassistencial dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;*

*II - cofinanciamento da estruturação da rede socioassistencial dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluindo ampliação e construção de equipamentos públicos, para aprimorar a capacidade instalada e fortalecer o Sistema Único da Assistência Social - SUAS" (Brasil, 2012a).*

Nesta forma de repasse, os recursos referentes a cada Bloco de Financiamento, Programa e Projeto devem ser aplicados exclusivamente nas ações e finalidades originariamente definidas para estes, em blocos tipificados e agrupados, conforme planos municipais. Para orientar este repasse foi desenvolvido o Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social – IGDSUAS (Brasil, 2012b), estabelecendo incentivos financeiros a partir do Censo SUAS, instituído pelo Decreto N.º 7.334/2010, e a consolidação legal da lógica de repasse e recursos, regular e

<sup>4</sup> Esses recursos repassados na modalidade fundo a fundo podem ser gastos no cofinanciamento dos serviços de caráter continuado, de programas e projetos de assistência social para o custeio de ações e o investimento em equipamentos públicos da rede socioassistencial de estados, Distrito Federal e municípios. O cofinanciamento federal deve ser utilizado para a compra de materiais de consumo para serem disponibilizados nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Unidades de Acolhimento e Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros POP) e demais equipamentos da Assistência Social.

automática, via fundos de assistência social na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (Brasil, 1993). Este índice, o IGDSUAS (Brasil, 2012b), permitiria a gestores, conselheiros, técnicos, usuários e entidades de assistência social acompanhar e aferir a qualidade da gestão descentralizada dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, bem como das ações de coordenação, monitoramento e avaliação do respectivo Sistema. A proposta prevê o apoio financeiro com base nos resultados obtidos pelas gestões Estaduais, Municipais e do Distrito Federal e atua como um mecanismo indutor do alcance das metas pactuadas nacionalmente para o aprimoramento da gestão do SUAS e da qualidade dos serviços ofertados à população. Importante registrar que, dentre as múltiplas contradições que envolvem o segmento, ainda existe o impedimento legal de contratação de profissionais da saúde pelas ILPI credenciadas ao SUAS.

Questionado sobre qual foi o repasse destinado a instituições de acolhimento, o Ministério da Família, da Mulher e dos Direitos Humanos, coordenador da Política Nacional do Idoso, informou a relação das 70 ILPI atendidas, por meio de Termos de Fomentos formalizados em 2019, 2020 e 2021 pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa – SNDPI, na Plataforma +Brasil, e das 510 ILPI atendidas pelo Edital 01/2020<sup>5</sup>, por meio de Termo de Colaboração com cinco organizações da sociedade civil.

Na Tabela 8 está apresentada a síntese dos Termos de Fomentos firmados para a Equipagem e manutenção das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI de 2019 a 2021<sup>6</sup>.

---

5 Este Edital visou ao credenciamento de organizações da sociedade civil para realizar o mapeamento das ILPI para distribuição de material para higienização do ambiente, Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para as pessoas idosas institucionalizadas, e aos profissionais de saúde dessas ILPI e cesta básica pessoas idosas residentes dessas instituições, firmados com dispensa do chamamento público, no contexto da pandemia da Covid-19.

6 Para maiores informações, acesse os links: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/ilpi3> e <https://www.gov.br/participamaisbrasil/cndi>.

**Tabela 8** - Síntese dos Termos de Fomentos firmados para equipagem e manutenção das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI de 2019 a 2021.

Equipagem e manutenção das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI (Fomentos)		
Fonte de Recurso	Número de ILPI beneficiadas	Valor de Repasse em R\$
FNI* 2019	08	1.166.368,83
Emendas parlamentares		
2019	02	70.000,00
2020	25	2.189.952,31
2021	23	2.959.992,00
FNI/SNDPI*	12	1.690.560,16
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>8.076.873,30</b>

Fonte: Brasil, 2022.

\*FNI: Fundo Nacional do Idoso;

\*\* SNDPI: Secretaria Nacional de Direitos da Pessoa Idosa.

A análise nominal das ILPI aponta que das 70 ILPI beneficiadas, nove o foram em mais de um termo de fomento, o que significa que apenas 61 ILPI foram contempladas. Os resultados apresentados sugerem que a Secretaria Nacional de Direitos da Pessoa Idosa contemplou a menos de um milésimo do universo de ILPI, se considerado o Censo FN-ILPI.

O Ministério da Cidadania, por sua vez, referiu dificuldades de acesso a essa informação, pois a gestão federal transfere os valores de modo automático aos municípios, fundo nacional a fundo municipal, sem especificação da destinação dos mesmos. Ou seja, o Ministério não tem informações de quanto cada município de fato repassou às unidades de acolhimento para idosos credenciadas ao SUAS.

De toda forma, as ILPI filantrópicas se apoiam na permissão de utilizar até 70% da renda da pessoa idosa para o custeio, conforme o Estatuto do Idoso (art. 35) (Brasil, 2003). Quanto à fonte de renda de custeio da institucionalização em ILPI

credenciadas ao SUAS, 53% advêm da aposentadoria e os restantes 47% do Benefício de Prestação Continuada (BPC) do residente (Censo SUAS-2019). Esse arranjo pode viabilizar a institucionalização, mas contraria frontalmente a premissa de uma política de Assistência Social não contributiva para todos que dela precisarem, prevista na Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988).

Outra questão ainda não equacionada: quanto custa uma vaga em uma instituição privada? A resposta é muito variável e depende da quantidade de pessoas acolhidas, dos serviços oferecidos, da hotelaria, das demandas de cuidado, da localização geográfica da instituição. Hipoteticamente, vamos propor os custos para uma ILPI que acolha 15 (quinze) residentes e respeite as normas trabalhistas e a RDC 502/2021 (Brasil, 2021).

Considerando 4 (quatro) idosos independentes (Grau I), 6 (seis) semidependentes (Grau II) e 5 (cinco) dependentes (Grau III), seriam necessários para o cuidado por turno: 0,30 Cuidador - Grau I (Art. 16, II); 0,60 Cuidador - Grau II (Art. 16, II); 0,83 Cuidador - Grau III (Art. 16, II), o que significa 2 (dois) cuidadores exigidos por turno (Art. 16, II) (Brasil, 2021).

O tamanho da casa seria estimado em 271,2 m<sup>2</sup> de área construída, pois seriam necessários 99m<sup>2</sup> de quartos coletivos (Art. 29, I, 1.); 3,6m<sup>2</sup> para um banheiro (Art. 29, I, 5.); 18m<sup>2</sup> para uma sala de atividades (Art. 29, II, 1.); 23,4m<sup>2</sup> para uma sala de convivência (Art. 29 II 2.); 9,0m<sup>2</sup> exigido para uma sala de apoio individual (Art. 29, II 3.); 10,0m<sup>2</sup> para o almoxarifado (Art. 29, XII); 7,2m<sup>2</sup> para banheiros para funcionários, sendo um feminino e um masculino (Art. 29, XIII a); 20,0m<sup>2</sup> da lavanderia; 20,0m<sup>2</sup> da cozinha; 4,0m<sup>2</sup> para sala de medicação; 4,0m<sup>2</sup> de escritórios; 30,0m<sup>2</sup> em corredores; 23,0m<sup>2</sup> para vestiários, sendo um feminino e um masculino (Art. 29, XIII b) (Brasil, 2021).

Em uma audiência pública no Congresso Nacional, em 2021, a Frente Nacional de Fortalecimento às ILPI apresentou um cálculo de custo mensal por residente

(Tabela 9). A inclusão de enfermeiro e técnicos e auxiliares de enfermagem se justifica porque, embora não previstos na RDC 502/2021 (Brasil, 2021), o Conselho Federal de Enfermagem e algumas seccionais regionais definem a existência destes profissionais em detrimento dos cuidadores.

**Tabela 9** – Estimativas de custos mensais\* para o acolhimento em instituição de longa permanência para idosos de caráter privado, com 15 residentes.

Resumo Financeiro	Com cuidadores	Com enfermeira e Técnico de Enfermagem
Recursos humanos**	45.948,24	73.529,33
Despesas gerais***	21.224,62	21.224,62
Tributação pelo Simples (6,5%)	4.366,24	6.159,01
<b>TOTAL</b>	<b>71.539,10</b>	<b>100.912,96</b>
Valor estimado para cada um dos 15 residentes (simulação sem prejuízo ou lucro)	4.769,27	R\$ 6.727,53

Fonte: Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI, 2022.

\* Estes dados não incluem nem o pro labore, nem valores para um empreendedor recuperar o capital investido.

\*\* 23 Profissionais exigidos pela RDC 502/2021: 1 Responsável Técnico; 4 Cuidadores - 2 turnos diários (Art. 16, II); 4 Auxiliares de Enfermagem; 4 Técnicos de Enfermagem; 4 Enfermeiras; 1 Terapeuta ocupacional; 1 Auxiliar de lavanderia (Art. 16 VI); 2 Auxiliares de cozinha (Art. 16, V); 3 Auxiliares limpeza (Art. 16, IV)

\*\*\* Despesas com o imóvel: Aluguel; impostos; manutenção; Água; Luz; Gás; Alimentos; Telefone, TV e internet.

Os valores obtidos representavam de quatro a seis salários-mínimos, em valores de 2021.<sup>7</sup> Atualizados para 2022, o custo *per capita* passa para R\$5.341, 82, quando a ILPI emprega somente cuidadores de idosos, ou para R\$ 7.584,83, quando emprega

7 Em 2019, o Fórum de Instituições Filantrópicas de São Paulo estimou em R\$4.800,00 o custo mensal de uma ILPI. No mesmo ano, o salário mínimo era de R\$ 998,00 e a média salarial dos brasileiros era de R\$ 2.261,00, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e variou entre as regiões brasileiras: Sudeste: R\$ 2.585,00; Sul: R\$ 2.499,00; Centro-Oeste: R\$ 2.498,00; Norte: R\$ 1.711,00; Nordeste: R\$ 1.539,00. A média salarial brasileira difere da renda média per capita, a qual é determinada por meio da divisão dos ganhos totais de uma família pelo número de moradores na casa. Em 2019, a renda média per capita brasileira era de R\$ 1.430, variando de R\$ 1.726,00 na Região Sudeste; Sul: R\$1.705,00; Centro-Oeste: R\$1.586,00; Nordeste: R\$883,00 e R\$876,00 na Região Norte. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acessado em: 17 de fevereiro de 2022.

técnicos de enfermagem e enfermeiros. Esses valores representam o dobro ou mais que o triplo da renda mensal da grande maioria das famílias brasileiras.

Apesar dos esforços, este trabalho apresenta lacunas de informações que necessitam ser consideradas: não foi possível estabelecer a quantidade de vagas ofertadas no nível privado; a qualidade dos serviços, seja pelo SUAS ou pela oferta do mercado, nem o montante de investimento público para as ILPI.

#### 4. DISCUSSÃO

A Constituição Federal (Brasil, 1988) estabelece uma responsabilidade compartilhada entre as famílias, a sociedade e o Estado pelo bem-estar dos idosos. Porém, desse tripé constitucional, somente as famílias têm assumido o seu papel, com limites, e ainda sendo cobradas pela insuficiência de cuidados decorrentes da falta de políticas de CLD (Giacomin et al., 2018).

##### 4.1 O familismo por negligência

Nos Estados de Bem-Estar Social (EBS), a responsabilidade de prover cuidados é distribuída de modo distinto entre membros da família, o mercado e o poder público. Um sistema de bem-estar pode ser considerado familista quando a família é a principal responsável pelo bem-estar dos seus membros. Em recente trabalho, Passos e Machado (2021) discutem o regime de cuidados no Brasil à luz de três tipologias propostas, respectivamente por Esping-Andersen (1999), Leitner (2003) e Saraceno & Keck (2010).

O modelo original de Esping-Andersen (1999) considerava três tipologias de EBS na oferta de cuidados aos dois públicos mais demandantes – as crianças e os idosos: o liberal, o conservador/corporativo e o social democrata. Esta proposta sofreu críticas feministas por considerarem que ela não concedia a devida atenção às dimensões familiares e de gênero envolvidas na provisão de cuidados, que sobrecarregam desproporcionalmente as mulheres. Esping-Andersen introduziu então o grau de

“desfamiliarização”, ou seja, a extensão em que o bem-estar dos indivíduos não estaria vinculado à provisão familiar nem dependeria de reciprocidades familiares e maritais. O autor distingue a desfamiliarização que se dá por meio de serviços de cuidado públicos daquela decorrente de serviços de cuidado ofertados pelo mercado (Esping-Andersen, 1999).

Por sua vez, Leitner (2003) analisou diferentes tipos de familismo. No âmbito do cuidado de idosos, a autora define um familismo forte quando da existência de transferências monetárias pagas à família para cuidar; um fraco familismo caracterizado pela ausência desses aportes; e um desfamilismo, que seria medido pelo maior percentual de idosos que precisam de cuidados e que os conseguem por meio de cuidados formais.

O terceiro modelo, proposto por Saraceno & Keck (2010), distingue o familismo por negligência, quando são baixos tanto a provisão pública de serviços, quanto o apoio financeiro para cuidados; o familismo apoiado, quando existe auxílio público, em geral por meio de transferências financeiras; e a desfamiliarização, quando ocorre a individualização dos direitos sociais, com redução das dependências e responsabilidades familiares.

Ao analisar a provisão de cuidados a idosos no Brasil, Passos & Machado (2021) consideram as políticas de cuidados no Brasil identificadas com o regime familista proposto por Esping-Andersen (1999), pois a família é o principal agente de provisão de cuidados e bem-estar, ficando o cuidado como uma questão privada, e das mulheres. Este achado concorda com os dados do estudo ELSI-Brasil que aponta que 24% das pessoas que cuidam de idosos precisam parar de trabalhar ou de estudar para fazê-lo (Giacomin et al., 2018).

No Brasil, embora haja políticas públicas de transferência de renda não contributivas, como o BPC para idosos com vulnerabilidade de renda, e contributivas, como as aposentadorias, o auxílio monetário previsto para cuidados só existe no caso

da aposentadoria por invalidez. Este último beneficia todas as pessoas aposentadas por invalidez, independentemente de necessitarem de cuidados ou não (Passos & Machado, 2021).

Quando pensadas a partir da classificação de Leitner (2003), as políticas brasileiras revelam um familismo implícito, uma vez que a oferta de cuidados institucionais para idosos é muito baixa e, ao mesmo tempo, praticamente inexitem políticas que subsidiem o cuidado na família. Já para a tipologia de Saraceno & Keck (2010), o Brasil estaria mais próximo do familismo por negligência, pois o auxílio público para a função de cuidar é baixo e a transferência de renda para idosos se dá pelo BPC e visa ao alívio da pobreza extrema (Passos & Machado, 2021).

Além disso, embora a legislação brasileira (Brasil, 2003; Brasil, 1988) destaque a família como a principal responsável pelos cuidados com os idosos, a contemporaneidade trouxe mudanças culturais, sociais e econômicas, que repercutem no cuidado do idoso.

#### ***4.2 A crise do cuidado – institucional e comunitário***

Minayo et al. (2021), ao analisarem a oferta de políticas de apoio aos idosos em situação de dependência em alguns países da Europa e no Brasil, apontam que, no caso europeu, observam-se políticas de Estado de cuidado, com a definição das práticas, das responsabilidades e a indicação das fontes de receitas para atendimento às pessoas dependentes de cuidados, em sua maioria, idosos. No Brasil, por outro lado, faltam propósito e foco na questão da dependência, uma vez que o vasto arcabouço legal brasileiro convive com a ausência de materialização das políticas necessárias para cumprir tais leis (Camarano, 2010; Camarano, 2014; Camarano & Kanso, 2010; Brasil, 2004; Giacomini et al., 2018; Minayo et al., 2021).

O cuidado no nosso país se apoia na família e, mais especificamente, na mulher que cuida (Giacomin et al., 2018; Passos & Machado, 2021). Segundo dados da PNAD, de 1995 a 2015, a taxa de participação econômica das mulheres de 16 anos ou mais não alcança 60%, sendo possível inferir uma estabilização na taxa de mulheres inativas que seriam ofertantes potenciais de cuidado nos lares (Passos & Machado, 2021). Esta taxa diminuiu na pandemia.

A inserção feminina no mundo do trabalho não tem retorno e impõe questões relativas aos cuidados, sobretudo por serem as mulheres as principais responsáveis por estas atividades (Barbosa, 2014). Contudo, as mulheres economicamente ativas também ofertam cuidados. Para se ter uma ideia, segundo a PNAD 2015, além das 35 horas médias gastas no mercado de trabalho, as mulheres ainda dedicaram 21 horas semanais ao trabalho doméstico, inclusive os cuidados, perfazendo uma jornada total de trabalho de 56 horas semanais, enquanto os homens, embora tivessem uma jornada de trabalho remunerado maior, trabalhavam menos do que as mulheres, dada sua menor dedicação aos afazeres domésticos (Passos & Machado, 2021).

A rápida mudança do padrão demográfico também altera as relações intergeracionais (Camarano, 2014). O envelhecimento populacional impacta as esferas pública e privada, impondo desafios e uma maior pressão a uma menor parcela de jovens que será ativa economicamente no futuro, em face do maior contingente de pessoas fora da força de trabalho. A ausência de atenção pública para essas dinâmicas demográficas que implicam rearranjo de forças entre as gerações é preocupante, pois novas ações em termos de políticas sociais, de saúde e de trabalho serão demandadas (Camarano, 2014; Passos & Machado, 2021).

Seria importante considerar que, de acordo com projeções do envelhecimento populacional realizadas pelo IBGE para o Brasil<sup>8</sup>, em 2016, para cada 100 pessoas

8 Fonte: IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-dapopulacao.html?=&t=resultados> Acessado em 18 de fevereiro de 2022

em idade ativa, havia 12 idosos; em 2026, haverá 17 idosos, chegando, em 2036, a 24 idosos. E em sentido inverso, haverá cada vez menos crianças - saindo de 31 crianças de 0 a 4 anos para cada 100 pessoas em idade ativa, para 24 em 2036. Essas alterações na composição da população dependente, com redução da participação das crianças e crescimento da parcela idosa, têm repercussão direta na demanda por políticas públicas com a tendência de menor necessidade de creches e escolas e maior demanda por serviços de cuidados para idosos (Passos & Machado, 2021).

Além disso, ao se pensar o trabalho do cuidado, cumpre problematizar a divisão sexual do trabalho, como propõem Hirata & Zarifian (2009), a partir da reconstrução do conceito, incluindo o trabalho profissional e doméstico, formal e informal, remunerado e não remunerado, suas repercussões sobre os modos de vida e a saúde das pessoas e compreendendo que produção e reprodução, classe social e sexo social (gênero) são categorias indissociáveis (Hirata & Zarifian, 2009). E alertam:

*Para as mulheres, os limites temporais se dobram e multiplicam entre trabalho doméstico e profissional, opressão e exploração, se acumulam e articulam, e por isso elas estão em situação de questionar a separação entre as esferas da vida – privada, assalariada, política – que regem oficialmente a sociedade moderna (p. 254).*

O trabalho de cuidado vem sendo historicamente exercido por mulheres no âmbito familiar e doméstico, de forma gratuita e invisível (Camarano, 2014; Hirata, 2012). O envelhecimento populacional e a massiva inserção das mulheres no mercado de trabalho levaram ao surgimento de profissões dedicadas ao cuidado e à sua mercantilização, o que contribuiu para o reconhecimento do cuidado como trabalho formal, embora ainda pouco valorizado do ponto de vista salarial e social.

Ao comparar o cuidado no Brasil, na França e no Japão, Hirata (2012) identificou que os(as) cuidadores(as) nos domicílios e em ILPI eram majoritariamente mulheres pobres<sup>9</sup>. Nos três países, os salários eram relativamente baixos e os(as) profissionais,

<sup>9</sup> Na França, somente 10% dos profissionais de cuidados nos estabelecimentos pesquisados são homens; no Brasil, menos de 10% e no Japão, eles eram 35%. No Japão, quase 40% de cuidadores das ILPI eram do sexo masculino, em decorrência de uma política governamental que estimulou a formação e a garantia de emprego para homens diante da crise econômica mundial de 2008.

pouco reconhecidos(as) socialmente. Também chama a atenção que, tanto no Brasil quanto na França, a grande maioria de cuidadoras é de mulheres negras, oriundas de migração interna ou externa. Esta globalização do cuidado e do trabalho reprodutivo constroem uma nova divisão internacional do trabalho a partir da dimensão étnico-racial: na França (em Paris e Île-de-France), mais de 90% das cuidadoras são migrantes externas; no Brasil, a migração é interna: muitas mulheres do meio rural ou de cidades do interior, principalmente do Nordeste, trabalham como cuidadoras nas principais metrópoles. E, em ambos os países, as cuidadoras que se autodeclaravam negras ou pardas relataram situações frequentes de racismo - violência verbal e discriminação (Hirata, 2012). Assim, a questão racial para as mulheres negras difere do clássico discurso de opressão feminina (Davis, 2016), pois elas experimentam a sobreposição do racismo e do sexismo, em uma condição de maior vulnerabilidade social, o que reforça a tensão entre trabalho e família e a demanda por auxílio do Estado. Infelizmente, não foram encontrados dados a este respeito nas ILPI, no Brasil, nas fontes pesquisadas.

Para Passos & Machado (2021), as mulheres de classe média e rica conseguem minimizar a desigualdade da divisão sexual do trabalho por meio do acesso a serviços de cuidado no mercado, delegando, em geral, a outras mulheres as atividades domésticas e de cuidado aos filhos (Hirata, 2016) e aos idosos. Elas contratam empregadas domésticas ou diaristas, contam com escolas e creches de tempo integral para a guarda dos filhos, ou, quando precisam cuidar de idosos, contratam cuidado domiciliar formal ou casas de repouso privadas. No Brasil é alto o quantitativo de mulheres que vendem sua força de trabalho no setor de emprego doméstico. Em 2018, segundo dados da PNAD Contínua, 14,5% das mulheres ocupadas estavam no emprego doméstico, enquanto apenas 1% dos homens estava nessa ocupação. O emprego doméstico no Brasil é uma ocupação tipicamente feminina e negra: a presença das mulheres negras, em 2018, foi 8,7 pontos percentuais maior do que a das brancas (Passos & Machado, 2021).

### 4.3 A oferta de cuidados comunitários

Como na maioria dos países, o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) brasileiros atuam de forma separada, com coordenação nacional e atuação descentralizada (WHO, 2021; Aredes et al., 2021).

No âmbito da Saúde, a atenção básica à saúde comunitária envolve equipes interdisciplinares de Saúde da Família (ESF) com médicos, enfermeiras, agentes comunitários de saúde (ACS), assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos. Cada equipe de saúde deve oferecer um conjunto abrangente de serviços para cerca de 3.000 a 4.000 habitantes, definidos a partir do território. As equipes responsáveis pela promoção, prevenção, monitoramento e coordenação da atenção à saúde da população adscrita ficam no Centro de Saúde (CS) do território (Macinko & Harris, 2015).

Por sua vez, quando comparado a agências de bem-estar social em muitos países de alta renda, o SUAS oferece um escopo de ação mais amplo, que inclui a gestão de benefícios assistenciais em dinheiro e a prestação de serviços sociais. Os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) desempenham um papel semelhante aos Centros de Saúde do SUS (CS) e oferecem uma ampla gama de serviços para pessoas de todas as idades, com destaque para a proteção e o fortalecimento dos vínculos familiares e a garantia dos direitos humanos. Contudo, a cobertura dos CRAS não é universal, estando restrita a áreas altamente vulneráveis e de risco social (CNAE, 2022; Brasil, 2009; WHO, 2021).

Até o momento, em nível nacional, os serviços de saúde e de assistência social no Brasil não têm atuado de forma integrada (WHO, 2021). Iniciativas isoladas de caráter socio sanitário no município de São Paulo têm ofertado 1.289 vagas em nove centros de acolhida especial para idosos em população de rua; 570 vagas em 19 Centros-dia e 510 vagas em 14 ILPI públicas, ainda que em quantidade largamente

insuficiente para a população idosa existente, que se aproxima de 2 milhões de idosos (Muir, 2017)<sup>10</sup>.

Aparecem em nível local algumas intervenções intersetoriais integradas para idosos. No Brasil, o Programa Acompanhante do Idoso (PAI) (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014) e o Programa Maior Cuidado (PMC) (Sartini & Correia, 2012) são duas iniciativas de prestação de cuidados domiciliares a idosos em situação de fragilidade. O PAI existe na cidade de São Paulo e dispõe de ações de cuidados prestados por uma equipe multidisciplinar alocada nos Centros de Saúde, formada por um coordenador, um médico, um enfermeiro, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo e dez acompanhantes de idosos (Andrade et al., 2020). Enquanto o PMC, implementado em 2011 como uma parceria entre as secretarias municipais de saúde e de assistência social de Belo Horizonte<sup>11</sup> (Sartini & Correia, 2012), tem como elemento principal de suporte a atuação de cuidadores leigos, recrutados a partir de comunidades semelhantes àquelas em que atuam, que recebem treinamento básico e um salário mínimo. Os cuidadores do PMC trabalham 40 horas por semana, cuidando de uma a três famílias. Espera-se que tais cuidadores trabalhem junto às famílias para construir suas habilidades e competências de cuidados, de acordo com um plano de cuidados (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

No Brasil e na maioria dos países, especialmente naqueles de baixa e média renda, onde os níveis agregados de riqueza são menores e os sistemas de bem-estar são subdesenvolvidos, o ônus financeiro do envelhecimento é predominantemente suportado por famílias ou indivíduos mais velhos, levando à precariedade de financiamento e falta de investimento para permitir o desenvolvimento do setor.

<sup>10</sup> Informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, em março de 2022.

<sup>11</sup> O PMC surgiu das discussões realizadas por um Grupo de Trabalho Intersetorial composto por representantes de diferentes órgãos (Educação; Saúde; Assistência Social; Cidadania; Cultura, Esporte e Lazer) e do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa. Este grupo teve como objetivo desenvolver estratégias de apoio às famílias com idosos frágeis em situação de vulnerabilidade social - em consequência da fragilidade dos laços familiares / sociais ou de oportunidades limitadas de inclusão na comunidade, gerando situações de risco, exclusão e isolamento social

Programas e políticas de CLD continuam a ser uma questão negligenciada (Aredes et al., 2021), sendo raros os programas de cuidado direcionados a apoiar as famílias de baixa renda, como o PAI (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014) e o PMC (Sartini & Correia, 2012), ambos sem qualquer cofinanciamento federal ou estadual. Seria importante demonstrar se programas de cuidado integrados entre Saúde e Assistência Social são, de fato, eficientes.

Nesse sentido, recentemente o PMC (Aredes et al., 2021) foi objeto de um projeto de avaliação mais amplo denominado “Melhorando a eficácia e eficiência dos Serviços de Saúde e Assistência Social para Idosos Brasileiros Vulneráveis - IHOB” (2018–2021)<sup>12</sup>, cujo principal objetivo era fornecer evidências para apoiar políticas para reduzir as estadias desnecessárias de idosos em hospitais e ILPI. A etapa inicial do IHOB versou sobre o mapeamento e a análise do desenvolvimento e da operação do PMC e a segunda etapa, sobre os resultados e impactos evidenciados (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

O PMC foi avaliado com base nos dados disponíveis entre 2011 e 2018 (Aredes et al., 2021). Neste período, 1.980 idosos foram admitidos no Programa. Para sua operacionalização, o que inclui a contratação dos cuidadores e demais profissionais necessários à gestão de recursos humanos e administrativos, o volume médio de recursos investidos ronda os US\$ 890.000,00/ano. Cerca de um terço das pessoas inscritas no PMC (variação de 29,3% em 2014 a 45,9% em 2018) deixou o programa e foi substituído por novos membros. O principal motivo para desligamento do PMC foi o óbito do idoso (45,0% dos casos). Porém, dado que o programa assiste pessoas idosas vulneráveis, tanto do ponto de vista da saúde e funcional, quanto social, o óbito não é um desfecho surpreendente. O segundo motivo mais frequente (26,3%) foi a mudança de local de residência e, portanto, a perda do registro local no PMC, seguido de a família reassumir o cuidado em 22,0% dos casos. A institucionalização

<sup>12</sup> Maiores detalhes podem ser encontrados em Aredes et al. (2021).

aconteceu em 11,0% das vezes e 7,2% das saídas foram devidas à reabilitação da pessoa idosa (Aredes et al., 2021).

Para avaliar o impacto quanto ao uso de serviços de saúde, os idosos assistidos pelo PMC foram comparados em um sistema de pareamento em nível individual e de território (microdistrito), incluindo características como sexo, idade, expectativa de vida em anos, renda familiar per capita e razão da dependência econômica doméstica - número de pessoas em domicílios pobres, onde mais de 50% da renda familiar vêm de idosos e a população total<sup>13</sup> (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022). O objetivo era comparar a proporção de visitas planejadas / não planejadas e a razão de visitas de reabilitação / outras razões para visitar o serviço ambulatorial entre esses dois grupos. Os dados permitem afirmar que estar no PMC se associa a maior frequência de reabilitação e de visitas programadas ao serviço de saúde (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

Assim, avaliações independentes mostram que o PMC melhora a qualidade do cuidado prestado pelas famílias, reduz o estresse dos cuidadores (Aredes et al., 2021), gera emprego remunerado, treinamento e status profissional para os cuidadores remunerados do PMC, majoritariamente do sexo feminino (Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022). Além disso, as realidades desafiadoras de famílias em dificuldades em comunidades altamente carentes contrastam com as expectativas teóricas sobre a colaboração das famílias - que de alguma maneira traduziam as normas e ideais culturais latino-americanos de cuidado familiar (Aredes et al., 2021; Gascón & Redondo, 2014). Embora nem sempre o PMC seja capaz de suplantá-las e nem tenha a pretensão de substituir a responsabilidade familiar de cuidar, os cuidadores do PMC oferecem uma pausa para o que muitas vezes é uma atividade exaustiva 24 horas por dia e trabalham com os membros da família para que construam suas próprias habilidades e competências de cuidado. Por isso esse programa também pode ser entendido como uma inovação social que promove o *Ageing in place* (Willes et al.,

<sup>13</sup> Maiores detalhes estão disponíveis em Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé (2022).

2012) e evita a institucionalização (WHO, 2021; Aredes et al., 2021; Lloyd-Sherlock, Giacomini & Sempé, 2022).

Contudo, ainda que a tendência internacional seja de desinstitucionalizar o cuidado ao idoso (Minayo, 2021), no Brasil, a oferta de Centros-dia e centros de convivência também é insuficiente (Passos & Machado, 2021) e de apoio às famílias com cuidadores domiciliares é absolutamente excepcional (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014; Sartini & Correia, 2012). Enquanto isso a demanda de CLD, inclusive institucionais, continuará a aumentar, dados os novos arranjos sociais e demográficos, como será apresentado a seguir.

#### **4.4 A oferta de cuidados institucionais**

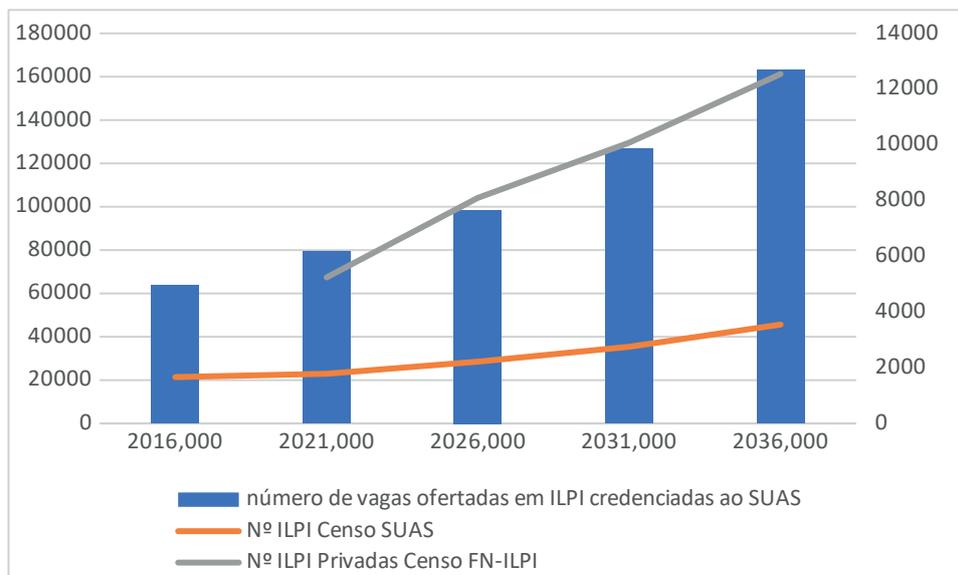
Quando se compara a proporção de idosos institucionalizados entre países europeus e o Brasil, nosso país tem uma proporção muito menor. E, mesmo na América Latina, embora a proporção fosse similar e ficasse em torno de 1%, com uma média semelhante de idosos por ILPI (28,8) (Dintrans, 2018), o Brasil se encontra em desvantagem. Enquanto no Chile, 164 (47,5%) municípios não possuíam ILPI (Dintrans, 2018), no Brasil esta é a realidade de 3.583 (64,0%) municípios (Lacerda, 2021).

Uma distribuição geográfica heterogênea das ILPI também é observada em outros países como nos Estados Unidos, onde o *National Study of Long-Term Care Providers*, conduzido pelo *National Center for Health Statistics*, mostrou que 40,8% das ILPI estão localizadas na Região Oeste americana (National Center for Health Statistics, 2019). Um estudo de Wang et al. (2019) também evidenciou grande disparidade geográfica entre os lares de idosos chineses e cerca de apenas 4,4% deles se localizavam em áreas rurais. No Chile, as instituições tendem a se concentrar em áreas urbanas e centrais com alta demanda, sendo mais comuns em municípios com mais idosos e com maior renda (Dintrans, 2018).

A localização das ILPI se mostra intimamente relacionada à demanda, incluindo fatores econômicos e demográficos. Apesar da identificação de mais de 7 mil instituições em todo território brasileiro, sua distribuição é desigual: as regiões Norte e Nordeste, com menor oferta de ILPI, também se configuram como tendo o maior agrupamento de municípios com baixo desenvolvimento socioeconômico e a redução das ofertas de serviço em saúde, em relação às demais regiões (Albuquerque et al., 2017).

Ao aplicar as projeções do envelhecimento populacional realizadas pelo IBGE para o Brasil para o número de vagas para pessoas idosas em ILPI a partir do crescimento do público mais demandante (80 anos e mais), chega-se ao Gráfico 3.

**Gráfico 3** – Projeção do número de vagas e de Instituições de Longa Permanência para Idosos credenciadas ao Sistema Único de Assistência Social – Brasil 2016-2036 e do número de Instituições privadas com fins lucrativos, segundo o Censo FN-ILPI 2021 para o período 2021-2036.



Fonte: Elaborado pela autora.

Isso significa projetar 255% de acréscimo no quantitativo de vagas em 20 anos, apenas para acompanhar o envelhecimento – saindo dos atuais 63.798 para 163.014, em 20 anos. Porém, não há qualquer sinal de planejamento nesta direção, conforme alertam Passos & Machado (2021):

*Na contramão desse cenário está a programação do gasto social brasileiro para os próximos 20 anos. Além de não priorizar a provisão de cuidados, o futuro é de cortes orçamentários. A partir da promulgação da Emenda Constitucional n. 95, os gastos primários do governo federal estarão congelados, em termos reais, nos valores de 2016, o que interditará maiores investimentos em políticas sociais para lidar com as crescentes demandas de saúde e de cuidado que acompanham o envelhecimento populacional. (p.18)*

Enquanto aumenta a demanda por cuidado, observam-se ameaças às políticas sociais. Além disso, dificilmente as mulheres economicamente ativas poderão continuar a articular a vida profissional com o cuidado dos membros familiares dependentes, ainda mais simultaneamente de filhos e pais ou parentes idosos (Passos & Machado, 2021). Este cenário preocupante de financiamento insuficiente e de precariedade das políticas voltadas para a população idosa aponta para uma velhice que demanda cuidados ainda mais desprotegida (Berzins, Giacomini & Camarano, 2016).

Dentre as críticas à forma como as questões do envelhecimento e da dependência estão sendo tratadas no Brasil, ainda acontece a inexistência, a insuficiência ou a superposição de ações das esferas governamentais responsáveis pelas políticas para alcançar, de forma concreta, as demandas da pessoa idosa dependente (Minayo, 2021).

Na sociedade ocidental, tende-se a negar a velhice frágil e a finitude (Debert, 1999). Talvez isso contribua para o preconceito contra as ILPI. Para Camarano e Barbosa (2016), no nosso meio, este preconceito, em parte, é decorrente do histórico da institucionalização baseada na pobreza individual e familiar que justifica uma prática assistencialista, ancorada na caridade cristã; em parte, de uma visão

tradicional sobre a ILPI, que a associa à ideia de uma instituição total, caracterizada por práticas restritivas, controladoras e de uma cultura manicomial. Essa visão é reforçada pela mídia quando apresenta a ILPI atrelada a situações de abandono familiar ou violência, o que reforça os preconceitos. Contudo, a ideia de uma família que sempre cuida também é parte de uma cultura que idealiza a reciprocidade dos filhos, o que não se revela na prática. Camarano e Barbosa (2016) questionam:

*A partir desse panorama, pergunta-se como se pode definir uma instituição de longa permanência no Brasil e qual seria o seu papel? Pelo que foi visto, parece que se pode falar que elas cumprem dois papéis. Fornecem abrigo para idosos pobres, o que deve estar associado à sua origem; e cuidados para idosos frágeis. Isso, porém, não caracteriza exatamente os dois tipos de instituições, muito embora o perfil dos residentes varie segundo a natureza jurídica. São poucas as instituições que contam só com idosos independentes ou só com idosos dependentes. Não há um consenso entre os especialistas se a instituição deveria aceitar apenas idosos com o mesmo grau de dependência (2016, p. 508).*

Além disso, há muitas divergências quanto a quem compete apoiar a população idosa institucionalizada.

Na política de Assistência Social, as instituições públicas são largamente insuficientes (menos de 7%) e o acesso a vagas na rede de ILPI credenciadas carece de transparência sobre fluxos e critérios. Resta, portanto, à população menos favorecida contar com a solidariedade da comunidade, de organizações não governamentais e de entidades religiosas, seja na forma de doações ou mesmo na oferta de vagas institucionais. Instituições filantrópicas resistem – mais de 40% foram criadas há mais de 40 anos –, mas sofrem com a dificuldade de renovação de lideranças para cuidar voluntariamente de algo tão complexo quanto uma instituição que deve oferecer hotelaria, cuidados e ainda gerenciar riscos para residentes e trabalhadores. Além disso, estas instituições também falham na transparência do volume e do uso dos recursos obtidos e têm grande dificuldade para se adequarem às exigências legais (Born & Boechat, 2016).

Esperar que um serviço sobreviva à base de doações revela um descompromisso das políticas públicas para com a população assistida, o que foi comprovado pela

pandemia. A necessidade de um auxílio emergencial para as ILPI foi apontada em abril de 2020 no Congresso Nacional. A lei 14.018/2020 foi aprovada em junho do mesmo ano e os recursos<sup>14</sup> - disponibilizados cerca de seis meses depois – alcançaram 2.118 instituições de todo o Brasil. Não foram beneficiadas as ILPI privadas, embora o risco pandêmico não se ativesse às pessoas institucionalizadas em ILPI filantrópicas.

Para a política de Saúde, cuja atuação está mais pautada na fiscalização do que no cuidado à população institucionalizada, a ILPI é identificada na Atenção Primária como um domicílio coletivo e considerada um serviço de baixa complexidade (Born & Boechat, 2016), mas isso não assegura atenção regular à população idosa institucionalizada.

## **5. Considerações finais: a urgência de uma política nacional de cuidados continuados**

Políticas de CLD devem ser construídas em cumprimento aos direitos sociais e não apenas consequência de ações de caridade cristã ou de assistência social, que somente assistem aos paupérrimos no formato governamental atual (Berzins, Giacomini & Camarano, 2016). Considerando os cenários demográfico e epidemiológico, é preciso refletir sobre onde, quem e como os idosos em geral serão cuidados, uma vez que as necessidades de CLD aumentarão, especialmente para aqueles com 80 anos ou mais (Giacomini et al., 2018; WHO, 2021), grupo populacional que mais cresce no Brasil (IBGE, 2021).

Pensar o envelhecimento como perspectiva individual e particular e a longevidade como uma conquista coletiva e social significa favorecer uma cultura de cuidado ao longo de toda a vida, respondendo às demandas de CLD de um grupo populacional crescente e muito heterogêneo, dadas as oportunidades desiguais de saúde, de trabalho e de cuidado no curso da vida. Afinal, indubitavelmente, a Revolução da

14 Os recursos recebidos a título de auxílio emergencial variaram conforme a quantidade de idosos acolhidos, com um valor per capita de R\$ 2.321,80 e destinavam-se, preferencialmente, a: I - ações de prevenção e de controle da infecção dentro das ILPIs; II - compra de insumos e de equipamentos básicos para segurança e higiene dos residentes e funcionários; III - compra de medicamentos; IV - adequação dos espaços para isolamento dos casos suspeitos e leves. (conforme Art. 3º, parágrafo 2º, da Lei nº 14.108/2020).

Longevidade (Kalache, 2014) é acompanhada por uma demanda cada vez maior de CLD que exigem um continuum de serviços de cuidados ao longo do curso de vida, para o qual os sistemas de saúde e de assistência social não estão preparados.

Portanto, é imperativo o desenvolvimento de uma cultura de cuidado, calcada nos direitos humanos, feita com compaixão, e que fomente a igualdade e a prestação de cuidados de maneira não discriminatória, por meio da oferta de serviços acessíveis, adequados, economicamente viáveis e de boa qualidade, e contar com mecanismos de monitoramento e indicadores, para garantir a efetividade da sua prestação. (ILC-BRAZIL, 2013) Infelizmente, até o presente, o Estado brasileiro não tem comparecido nem minimamente na oferta de cuidados comunitários (Camarano, 2010; Scheil-Adlung, 2015; Camarano & Kanso, 2010; Giacomini, 2018; WHO, 2021; Gascón & Redondo, 2014), nem na oferta de vagas para pessoas que demandam cuidados institucionais (Camarano & Barbosa, 2016; Wachholz et al., 2021), como demonstrado neste capítulo.

No Brasil, a permanência da pessoa idosa em seu domicílio é uma prerrogativa assegurada na Constituição (CR 1988, Art. 230) (Brasil, 1988), em caráter preferencial, porém, isso pressupõe uma estrutura de cuidados e equipamentos, que inexistem para a maioria dos idosos frágeis brasileiros: as modalidades intermediárias de abrigamento e/ou de cuidado, que poderiam adiar ou evitar uma possível institucionalização. Na prática, portanto, cabe a cada família brasileira (ou pessoa idosa) se organizar para cuidar de si conforme os seus recursos (ou a falta deles). Diante disso, a ILPI pode ser a única saída para a pessoa que necessita de cuidados e não tem família, ou cuja condição de saúde ultrapasse as possibilidades de cuidado da sua rede sociofamiliar.

Faz-se urgente a construção de uma política intersetorial de cuidados continuados universal, eficiente, proativa e que conte com o efetivo investimento do Estado brasileiro, nos três níveis de governo, para garantir o incentivo, a implementação e

o custeio de cuidados domiciliares, comunitários e institucionais. Isso inclui efetivar os equipamentos socio sanitários previstos nas políticas de saúde e de assistência social, de modo que a ILPI possa dialogar com essas modalidades e os potenciais residentes possam transitar entre esses diferentes espaços.

A pandemia da Covid-19 revelou o quanto as ILPI estavam fora do radar das políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, dada a falta de informações públicas sobre contaminação, adoecimento e óbitos. É crítica a falta de investimentos públicos em pesquisas sobre a população institucionalizada. A maioria das pesquisas são descritivas e de má qualidade, com amostras pequenas e não representativas do segmento (Wachholz et al., 2021). Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar este descompasso entre a relevância e a invisibilidade dos CLD para população idosa.

A primeira estaria sustentada pelo familismo (Passos & Machado, 2021; Esping-Andersen, 1999; Leitner, 2003; Saraceno & Keck, 2010) e pelo sexismo (Hirata, 2016) presentes na cultura e nas políticas brasileiras. Culturalmente, a questão da proteção às pessoas idosas dependentes de cuidados fica relegada apenas à responsabilidade das famílias e não tem sido compartilhada com a sociedade e o governo como constitucional e legalmente estabelecido (Brasil, 2003; Brasil, 1988). Esta prática não considera os custos do cuidado para as famílias, para a pessoa cuidada e para a pessoa que cuida, especialmente para as mulheres (Hirata, 2012). A omissão governamental no apoio às famílias tem sido tolerada pela sociedade brasileira (Giacomin & Couto, 2010; Giacomin et al., 2018), como se a questão do envelhecimento fosse uma questão de âmbito privado (Camarano, 2010; Debert, 1999).

Porém, a desigualdade social e de gênero, já tão marcada no nosso país, aprofunda ainda mais a desigualdade de acesso a CLD. Tem acesso quem pode pagar por uma vaga em ILPI privada, ou por uma estrutura de cuidado no domicílio, sem qualquer

apoio governamental. Para quem não tem tais recursos, espera-se que familiares o façam – em geral, mulheres, que não são remuneradas para cuidar, e precisam deixar o trabalho ou o estudo para fazê-lo (Giacomin et al., 2018), ou tentam conciliar o trabalho com o cuidado às custas de uma sobrecarga física e emocional que permanece invisível à sociedade e ao Estado brasileiros (Hirata, 2016). Essa prática aumenta ainda mais o risco de desproteção na velhice para as pessoas que cuidam (Camarano, 2010).

A segunda hipótese seria fundamentada nos preconceitos – de idosos, familiares e das políticas sociais – contra as instituições de longa permanência, manifestos na sua invisibilidade e na falta de vinculação às políticas públicas. Eles estariam na raiz do desinteresse público em oferecer esse tipo de serviço. Essa invisibilidade e esse desinteresse aumentam a chance de cuidados inadequados, de abusos e maus tratos, que por sua vez reforçam o preconceito e a violência institucional do Estado brasileiro, considerando que a maioria dos municípios brasileiros não possui ILPI (Lacerda et al., 2021).

Por isso, a ILPI precisa ser incluída nas diferentes políticas de Estado, enquanto um equipamento das cidades e da própria política de assistência social para o fortalecimento de vínculos sociocomunitários -- não necessariamente a última opção, de modo a se contrapor à concepção de ILPI sempre atrelada a “pobreza, abandono e exclusão social”. Será necessário desconstruir a imagem de ILPI como última opção e da família como instituição idealizada e perfeita, uma vez que os dados apontam que a família não consegue suprir metade das demandas das pessoas idosas (Duarte et al., 2010). De fato, as famílias precisam ser apoiadas, mas ainda assim a demanda por ILPI continuará a existir. Negar a existência das instituições ou a demanda por cuidados não as fará desaparecer.

Este preconceito à ILPI é fortalecido na medida em que o Estado só a visita cumprindo seu papel regulador. Muitas vezes, atuando como um regulador severo e

idealista, a cobrar estruturas físicas e resultados nos cuidados dos ‘empresários privados do setor’. Esta atuação rigorosa, seja por parte da Vigilância Sanitária, dos Conselhos ou do próprio Ministério Público (Giacomin & Couto, 2010), não reconhece ou parece se esquecer de que a função de cuidados aos idosos deve, constitucionalmente, ser compartilhada entre famílias, sociedade e Estado (Brasil, 1988).

Destaca-se que 99% dos idosos brasileiros vivem na comunidade. Assim, as ILPI, únicas representantes da sociedade civil, na tarefa constitucional de cuidar, são colocadas no lugar de vilãs, por não conseguirem cumprir normas idealizadas, descoladas da realidade. Este lugar em que a sociedade e o Estado as colocam, além de não contribuir para alteração das não conformidades legais, é injusto por demais. A pandemia demonstrou o quanto elas estavam sozinhas e desamparadas em cumprir uma função que é de todos, inclusive daqueles que as condenam.

Para quebrar este círculo vicioso perverso, a sociedade e o Estado devem abrir mão de suas posturas de juízes para assumir um papel de parceiros, colaboradores e de respeito, mesmo quando estiverem cumprindo o papel de conferir as boas práticas e apoiar a melhoria dos cuidados. A mudança de paradigma nesta relação é possível e urgente. Todos cumprindo suas obrigações, todos contribuindo, todos participando das soluções.

A pandemia deixou claro que, quando essas instituições são apoiadas pela sociedade civil organizada (FN-ILPI), elas conseguem melhorar os desfechos de óbito e contaminação, diante do cenário epidemiológico previsto. É importante reconhecer que esta atuação da sociedade civil não teve qualquer caráter regulatório, mas de apoio e educação para as boas práticas nas instituições. Isso possibilitou prevenir óbitos por Covid-19 em ILPI, inclusive naquelas ILPI privadas em condições precárias, que existem como resultado da falta de oferta e da falta de transparência quanto ao acesso a vagas reguladas pelo SUAS. Assim, elas se estabelecem para responder a uma demanda social que não está adequadamente tratada pelo poder público.

Por isso mesmo, a Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI aposta na profissionalização da gestão e do cuidado (Villas-Boas et al., 2021). Isso inclui o cuidado centrado no residente e a garantia de equipe mínima de profissionais vinculada às instituições. O acesso e a transparência quanto à utilização de recursos públicos são condições sine qua non para o cuidado institucional eficiente e adequado. Na falta do interesse público em assumir a oferta de cuidados, as ILPI privadas têm apresentado grande crescimento (Jacinto et al., 2020) e há relatos de numerosas ILPI não regulamentadas em todo o país (Camarano & Barbosa, 2016). Além disso, a lógica governamental de compreender ILPI privada como uma entidade excluída das políticas é injusta, pois desconhece o seu papel de empreendimento social. Discriminar as instituições privadas significa desproteger um universo significativo de ILPI. Estamos falando de instituições que, genuinamente, materialmente são de natureza social, mas, que formalmente são privadas, ainda que deficitárias financeira e estruturalmente. Assim, o critério da formalidade deveria ser trocado pelo critério da necessidade real, independentemente de que a ILPI seja privada ou filantrópica, sem esquecer de que mesmo as ILPI privadas superavitárias estão contribuindo socialmente para com os CLD. Elas acolhem pessoas e também são fonte de emprego e renda. As famílias que pagam pelas vagas não têm qualquer benefício fiscal, embora estejam buscando no mercado o que o Estado não oferece.

E, embora do ponto de vista de atividade econômica (CNAE), a descrição pressuponha “a realização de atividades de atenção à saúde humana integradas com assistência social, prestadas em residências coletivas e particulares”, inexistem mecanismos de financiamento e de gestão compartilhada. Além disso, as ILPI tangenciam as políticas de assistência social, habitação e saúde e essa dificuldade de caracterização compromete o real dimensionamento delas (quantas são?), bem como a dinâmica do cotidiano e a proposta de cuidado (como cuidam?), refletindo na composição heterogênea das equipes de trabalho e na falta de padrão de qualidade dos serviços. Assim, outra hipótese está ancorada na incontestável e indefensável falta de integração das políticas envolvidas.

Para intervir nesse cenário é preciso trazer esta questão para a sociedade e assumir o risco social do cuidado (Camarano, 2010) por meio de políticas públicas que respondam com honestidade e compromisso ao desafio de envelhecer em um país tão desigual, trabalhando para reduzir as desigualdades e não para reforçá-las. Dessa feita, as ILPI, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas, poderiam contar com algum mecanismo para verificar se o serviço contratado corresponde ao serviço prestado. Se se utilizasse no SUAS a mesma lógica do SUS, seria necessária uma Agência Reguladora dos Serviços Suplementares de Assistência Social, à semelhança daquela que regula planos privados de saúde. Isso poderia evitar abusos e violências, mas principalmente favorecer o aprimoramento do cuidado. Porém, nota-se a ausência deste debate nos conselhos de direitos das pessoas idosas e das políticas de assistência social, saúde, habitação.

Assim, outra hipótese se sustenta no idadismo ou etarismo - o preconceito contra o envelhecimento e as pessoas mais velhas - presente nas decisões políticas, pois ele certamente tem colaborado para limitar ainda mais a discussão e o acesso a CLD no nosso país.

É preciso superar a lógica de uma instituição “total” onde as pessoas perdem toda a sua autonomia, independentemente de sua condição funcional, física ou cognitiva. A pessoa idosa deve estar no centro do cuidado, como protagonista, participando de todo o planejamento, desde sua admissão, sinalizando seus desejos, valores e preferências, podendo optar pelos cuidados com o fim de vida. A redução de funções físicas e psicológicas do residente, no curso da institucionalização, pode resultar em diminuição e/ou perda de seu controle sobre as atividades cotidianas. Contudo, para as pessoas idosas, a possibilidade de fazer escolhas e manter sua autodeterminação e, por conseguinte, estar no controle da própria vida na fase que precede a morte, é fundamental para a manutenção da sua dignidade, da sua liberdade de ir e vir, do seu lazer, e da sua individualidade (Villas-Boas et al., 2021; Brasil, 2003).

A amplitude do cuidado ao longo do curso da vida dos residentes na ILPI é vasta, dinâmica e precisa ser continuamente avaliada pelos envolvidos: a equipe, a rede

sociofamiliar e a pessoa idosa. É preciso que o caráter residencial, de convivialidade e a abertura para a comunidade sejam favorecidos e estimulados (Villas-Boas et al., 2021), bem como uma atuação integrada das políticas ao longo de todo o processo de cuidado.

Entretanto, até o presente, a política de saúde participa apenas da fiscalização sanitária, mas não do financiamento, nem do cuidado sistemático dentro das instituições, mesmo quando se trata de ILPI credenciada ao SUAS. Por sua vez, a política de assistência social tampouco reconhece a existência de ILPI privadas, mesmo quando estas assistem populações socialmente vulneráveis, que estão ali por não terem acesso a vagas públicas, ou que estejam em dificuldades financeiras ou de toda ordem, precisando dos apoios da sociedade e, por que não, do Estado. E, embora colocada no capítulo “Habitação” do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), esta política não se apresenta para apoiar reformas ou construções neste segmento.

É desalentador perceber que o governo federal, por intermédio da SNDPI, em três anos, em caráter excepcional e com recursos de emendas parlamentares, conseguiu apoiar a menos de um milésimo das ILPI do Brasil – excetuado aqui o recurso emergencial da Covid-19 - e que o Ministério da Cidadania, gestor do SUAS, ao fim e ao cabo, desconhece quanto dos recursos empenhados pelo Fundo Nacional de Assistência Social se destinam ao beneficiário final da política: a pessoa idosa. Se considerarmos o caráter excepcional do aporte financeiro federal e dividirmos por cem a ajuda do governo federal (somente 1% dos idosos estão institucionalizados), concluímos que o Estado contribui na ordem de praticamente ZERO, ou seja nossos resultados confirmam a tese da OIT de que o Estado brasileiro não cumpre sua obrigação constitucional (Brasil, 1988).

Urge mapear todas as ILPI, credenciadas e não credenciadas ao SUAS, reconhecendo seu caráter híbrido de cuidados sociais e de saúde, de bem-estar, e enquanto um equipamento da cidade. Por isso, é importante criar um cadastro único

de âmbito nacional com todas as entidades que prestam atendimento institucional, independentemente da natureza pública, filantrópica ou privada, que informe sobre localização, perfil de residentes, número de vagas, equipe profissional, tipos de serviços ofertados, estabelecendo mecanismos transparentes de acesso a CLD e de garantia da qualidade de tais cuidados. Este momento serviria para regularizar ILPI clandestinas e visibilizar ILPI em condições precárias, que demandariam uma atuação ainda mais urgente do poder público.

Será fundamental qualificar a qualidade do cuidado ofertado a partir de um instrumento de avaliação do cuidado assistencial, conforme o proposto por Guimarães et al. (2020), que validaram a matriz multidimensional de avaliação de Rantz et al. (1999), bem como medir o risco sanitário envolvido. Caberia à vigilância sanitária e seus técnicos reguladores, categorizar as instituições conforme o risco e a qualidade do cuidado, atuando prioritariamente naquelas em nível crítico, com graves e urgentes problemas de cuidado e gestão, que necessitam da pronta intervenção dos órgãos públicos. Porém, a entrada da política de saúde nas ILPI não pode resultar na sua transformação em um ambiente hospitalar, mas sim assegurar que as medidas de biossegurança sejam respeitadas, sem para tanto desrespeitar a autonomia do residente.

Existe uma oportunidade: a Organização Mundial de Saúde estabeleceu a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030. Dentre as suas diretrizes prioritárias estão: criar comunidades “amigas do idoso”; oferecer cuidados de saúde centrados na pessoa e promover CLD. Segundo Lloyd-Sherlock et al. (2019), os países de baixa e média renda, como é o caso do Brasil, poderiam se beneficiar dessas três diretrizes e superar o paradigma da distinção entre provisão de serviços de saúde e cuidados sociais para os idosos fragilizados, bem como encarar de vez a realidade e as demandas trazidas pelo envelhecimento populacional. Uma política nacional de CLD, certamente, significará mais dignidade para quem precisa e para quem presta tais cuidados.

## Agradecimentos

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Yeda Duarte e ao advogado Eduardo Camargos Couto pela cuidadosa leitura do texto.

## Referências bibliográficas

ALBUQUERQUE, M. V.; VIANA, A. L. A.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P.; FUSARO, E. R.; IOZZI, F. L. 2017. “Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016”. *Ciência & Saúde Coletiva* 22 (abril), 2017, p. 1055–64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>. Acessado em: 10 jan 2022.

ANDRADE, S. C. V et al. Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. *Einstein (São Paulo)*, v. 18, 2020.

AREDES, J. S.; BILLINGS, J.; GIACOMIN, K. C.; LLOYD-SHERLOCK, P.; FIRMO, J. O. A. Integrated Care in the Community: The Case of the Programa Maior Cuidado (Older Adult Care Programme) in Belo Horizonte-Minas Gerais, BRA. *International Journal of Integrated Care*, 21(2): 28, 2021, p. 1–12. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/ijic.5619> Acessado em: 10 dez 2021.

BARBOSA, A. L. Participação feminina na força de trabalho brasileira: evolução e determinantes. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento*. Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

BERZINS, M.A.V.S.; GIACOMIN, K.C.; CAMARANO, A.A. A assistência social na Política Nacional do Idoso. In: ALCÂNTARA, A.O; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. (Orgs.). *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 107.

BORN, T.; BOECHAT, N. “A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado”. In: FREITAS, E.V.; PY L.; CANÇADO F. A. X.; GORZONI M.L.I. (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 4 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. *Política Nacional de Assistência Social PNAS; Norma Operacional Básica NOB/SUAS*. Brasília, novembro de 2004.

BRASIL. Constituição. Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Texto da Resolução, n. 109, 2009.

BRASIL. Caderno de orientações sobre o Índice de Gestão Descentralizada do Sistema Único de Assistência Social-IGDSUAS. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Decreto nº 7.788, de 15 de agosto de 2012a. Regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social, instituído pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências [internet]. 2012.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Série fontes de referência. Legislação, n. 53, p. 42, 2003.

BRASIL. Lei Orgânica da Assistência Social Anotada. Ministério do Desenvolvimento Pessoal e Combate à Fome. Lei no 8742, de 07 de janeiro de 1993. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Censo SUAS, 2020. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php> Acessado em: 12 jan 2022.

BRASIL. Senado Federal. Constituição. Brasília (DF), 1988.

CAMARANO, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A. A. Quanto custa cuidar da população idosa dependente e quem paga por isso. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento. Rio de Janeiro: IPEA, 2014, p. 605-23.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Centro-Oeste. Brasília, DF: IPEA, 2008a.

CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Nordeste. Brasília, DF: IPEA, 2008b.

CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Norte. Brasília, DF: IPEA, 2008c.

CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Sudeste. Brasília, DF: IPEA, 2008d.

CAMARANO, A.A. Características das instituições de longa permanência para idosos - Região Sul. Brasília, DF: IPEA, 2008e.

CAMARANO, A.A.; BARBOSA, P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que se está falando. In: ALCÂNTARA, A.O; CAMARANO, A.A.; GIACOMIN, K.C. (Orgs.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 479-514.

CNAE. Classificação Nacional de Atividades Econômicas. Versão CNAE 2.0. Disponível em: [https://cnae.ibge.gov.br/?option=com\\_cnae&view=estrutura&Itemid=6160&chave=&tipo=cnae&versao\\_classe=7.0.0&versao\\_subclasse=9.1.0](https://cnae.ibge.gov.br/?option=com_cnae&view=estrutura&Itemid=6160&chave=&tipo=cnae&versao_classe=7.0.0&versao_subclasse=9.1.0). Acesso em: 20 jan 2022.

DAVIS, A. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.

DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp; Fapesp, 1999.

DINTRANS, P.V. "Do Long-Term Care Services Match Population Needs? A Spatial Analysis of Nursing Homes in Chile". PloS One, 13 (6), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199522>. Acessado em: 12 dez 2021.

DOMINGUES, M.A.R.C.D. et al. Methodological description of the mapping of Brazilian long-term care facilities for older adults. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 15, 2021, p. 1-5.

DUARTE, Y. A. DE O.; NUNES, D. P.; CORONA, L. P.; LEBRÃO, M. L. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A.A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010.

ESPING-ANDERSEN, G. Social foundations of postindustrial economies. Oxford: Oxford University Press, 1999.

FENG, Z. Global Convergence: Aging and Long-Term Care Policy Challenges in the Developing World. *Journal of Aging & Social Policy*, 31:4, 2019, p. 291-297. Disponível em: 10.1080/08959420.2019.1626205. Acesso em: 12 dez 2021.

FERREIRA, F. P. C., BANSI, L. O., & PASCHOAL, S. M. P. (2014). Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 17, 2014, p. 911-926.

GASCÓN S., REDONDO, N. Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia. Colección Estudios, 7. Santiago: EuroSocial CEPAL, 2014.

GIACOMIN, K. C.; DUARTE, Y. A. O.; CAMARANO, A. A.; NUNES, D. P.; FERNANDES, D. Cuidado e limitações funcionais em

atividades cotidianas–ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 52, 2018.

GIACOMIN, K.C.; COUTO, E.C. A fiscalização das ILPIs: o papel dos conselhos, do Ministério Público e da Vigilância Sanitária. In: CAMARANO, A. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido*. Rio de Janeiro: IPEA, 2010, p. 213-248.

GUIMARÃES, Mirna Rodrigues Costa et al. Indicadores para avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas: desenvolvimento e validação. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 23(5): e200265, 2020.

HIRATA, H. Mulheres brasileiras: relações de classe, de “raça” e de gênero no mundo do trabalho. *Confins [Online]*, *Revista Franco Brasileira de Geografia*, 26, 2016. Disponível em: <http://journals.openedition.org/confins/10754>. Acessado em: 12 dez 2021.

HIRATA, H. S. O desenvolvimento das políticas de cuidados em uma perspectiva comparada: França, Brasil e Japão. *Revista de Políticas Públicas*, 2012, p. 283-290.

HIRATA, H.; ZARIFIAN, P. Trabalho (o conceito de). In: HIRATA, H.; LABORIE, F.; DOARÉ H. et al. (Orgs.). *Dicionário crítico do feminismo*. São Paulo: Unesp, 2009, p. 251-255.

ILC-BRAZIL. International Longevity Centre – Brazil. 2013. Disponível em: [https://ilcbrazil.b-cdn.net/wp-content/uploads/2020/07/declaracao\\_do\\_rio\\_Portugues-l.pdf](https://ilcbrazil.b-cdn.net/wp-content/uploads/2020/07/declaracao_do_rio_Portugues-l.pdf) Acessado em: 10 jan 2022.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). “Projeções da População, 2018 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística”. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=resultados>. Acessado em: 20 dez 2021.

JACINTO, A. F.; ACHTERBERG, W.; WACHHOLZ, P. A.; DENING, T.; DENING, K. H.; DEVI, R. et al. Using international collaborations to shape research and innovation into care homes in Brazil: a white paper. *J Nurs Home Res.* 2020; 6:109-13. Disponível em: <https://doi.org/10.14283/jnhrs.2020.28> Acessado em: 16 dez 2021.

KALACHE, Al. Respondendo à revolução da longevidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, 2014, p. 3306-3306.

LACERDA, T. T. B. de, et al. Geospatial panorama of long-term care facilities in Brazil: a portrait of territorial inequalities. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, v. 15, 2021, p. 1-8.

LEITNER, S. Varieties of familialism: the caring function of the family in comparative perspective. *European Societies*, v 5, n. 4, 2003, p. 353-375.

LLOYD-SHERLOCK, P., KALACHE, A., KIRKWOOD, T., MCKEE, M., & PRINCE, M. WHO's proposal for a decade of healthy ageing. *The Lancet*, 394(10215), 2019, p. 2152-2153.

LLOYD-SHERLOCK, P.; GIACOMIN, K.; SEMPÉ, L. (2022). The effects of an innovative integrated care intervention in Brazil on local health service use by dependent older people. *BMC health services research*, 22(1), 2022, p.1-11.

MACINKO J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy – delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2015, p. 2177–2181. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140> Acessado em: 10 jan 2022.

MINAYO, M.C.S. et al. Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, 2021, p. 137-146.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A. da C.G.; SILVA, A.L.A. da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 19, p. 507-519, 2016.

MUIR, T. "Measuring social protection for long-term care", *OECD Health Working Papers*, Nº. 93, OECD Publishing, Paris, 2017. <http://dx.doi.org/10.1787/a411500a-en>. Acessado em: 12 dez 2021.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (U.S.). "Long-Term Care Providers and Services Users in the United States, 2015-2016. Washington, D.C: 2019. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/nursing-home-care.htm>. Acessado em: 10 dez 2021.

PASSOS, L.; MACHADO, D.C. Regime de cuidados no Brasil: uma análise à luz de três tipologias. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 38, 2021.

RANTZ, M. J.; ZWYGART-STAUFFACHER, M.; POPEJOY, L.; GRANDO, V. T.; MEHR, D. R.; HICKS, L. L. et al. Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual.* 14(1), 1999, p. 16-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00001786-199910000-00004>. Acessado em: 20 dez 2021.

SARACENO, C.; KECK, W. Can we identify intergenerational policy regimes in Europe? *European Societies*, v. 12, n. 5, 2010, p. 675-696.

SARTINI, C. M.; CORREIA, A. M. Programa Maior Cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. *Pensar/BH Política Social*, n. 31, 13 mar. 2012, p. 10.

SCHEIL-ADLUNG, X. Long-term care protection (LTC) for older persons: a review of coverage deficits in 46 countries. ESS Paper Series (SECSOC), 50. Geneva: OIT; 2015.

STANFORD A. M., et al. An International Definition for “Nursing Home”. *JAMDA*, 2015; 16, p.181-184.

VILLAS-BOAS, P. J. F.; ABDALLA, C.; CARVALHO, A. S.; GIACOMIN, K. C. (Ed.) Manual: qualidade do cuidado em instituição de longa permanência para idoso. Belo Horizonte (MG): ILPI, 2021. Disponível em: <http://www.frentenacionalilpi.com.br>. Acesso em: 17 jan 2022.

WACHHOLZ, PA et al. “Mapping Research Conducted on Long-Term Care Facilities for Older People in Brazil: A Scoping Review”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (4); 2021; p. 1522. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041522>. Acessado em: 16 dez 2021.

WANG, Y. et al. 2019. “Persistent Geographic Variations in Availability and Quality of Nursing Home Care in the United States: 1996 to 2016”. *BMC Geriatrics* 19 (1): 103, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1117-z>. Acessado em: 10 jan 2022.

WILES, J.L.; LEIBING, A.; GUBERMAN, N.; REEVE, J.; ALLEN, R.E. The meaning of “aging in place” to older people. *The Gerontologist*, 2012; 52(3), p. 357–366. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gnr098>. Acessado em: 12 dez 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349911>. Acessado em: 10 dez 2021.



# Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: necessidade atual e emergência para as próximas décadas

Renato Peixoto Veras

## Introdução

É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? Oferecemos a resposta neste documento, que apresenta a proposta de um modelo assistencial resolutivo e com excelente relação custo-benefício, em linha com o que há de mais contemporâneo no cuidado integral para o grupo etário dos idosos.

O modelo que apresentamos a seguir propõe pensar, de forma absolutamente inovadora, o cuidado que deve ser prestado a essa parcela da população, que foi bastante afetada pela pandemia de Covid-19. Na atual crise mundial da saúde, aprendemos o valor do conhecimento, da ciência e de novas estratégias para lidar com uma doença até então desconhecida. Ficou absolutamente clara a importância do cuidado, da promoção e prevenção da saúde, além da tecnologia para uso nas consultas, no monitoramento e nas informações – em síntese: na “coordenação dos novos cuidados”.

O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista da população brasileira. Viver mais – envelhecer – já é uma realidade nesta década e será mais ainda em anos vindouros. Mas também deve fazer parte desta conquista a possibilidade de os cidadãos usufruírem desse tempo a mais com capacidade funcional, saúde e qualidade de vida. Ao longo dos últimos anos, algumas instituições e seus

pesquisadores vêm buscando a mudança do modelo de prestação de serviços de saúde. Entendemos que é imprescindível. E o mais importante: sabemos que é viável.

É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais a um custo menor. Mas o que falta para que isso ocorra? Que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e que se permitam inovar. E vale dizer que, em muitos casos, inovar pode significar apenas resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Partindo destas premissas, optamos por estruturar este documento em segmentos complementares. Apresentamos a expressão numérica do grupo etário dos idosos, que constituem, em termos proporcionais, o grupo que mais cresce em todo o mundo na atualidade. Discutimos esse processo de transição demográfica com foco na saúde coletiva, trazendo um apanhado dos trabalhos científicos dos laboratórios de biologia celular para tomarmos conhecimentos dos avanços nesse campo. E descrevemos o modelo assistencial para o idoso com todas as suas especificidades, levando em conta o aumento da expectativa de vida.

Na atualidade, chegar aos 80, 90 anos ou até mais se tornou algo relativamente comum. Entretanto existe uma enorme preocupação com o modelo de cuidado utilizado, pois tudo que não desejamos é que os anos adicionais de vida sejam de sofrimento, dor e custos elevados.

Neste texto, apresentamos em detalhes a teoria e os conceitos que fundamentam o modelo proposto. Basicamente, o texto relata a necessidade de ênfase nas instâncias leves de cuidado, ou seja, foco na coordenação, na prevenção e no monitoramento do cliente, de forma a minimizar desperdícios, oferecendo uma assistência de melhor qualidade e a custos reduzidos. Também são apresentados os instrumentos de avaliação epidemiológica utilizados e o passo a passo de todos os profissionais da equipe de saúde.

Integrar o conhecimento, a teoria, a aplicação dos instrumentos e sua rotina é fundamental para que essa lógica de cuidado se amplie no Brasil e para que os setores públicos e de saúde suplementar possam oferecer uma melhor assistência ao grupo etário que mais cresce em todo o mundo. Se não mudarmos o modelo assistencial para o idoso, a perspectiva para os próximos anos será sombria.

O objetivo principal deste documento, portanto, é desenhar modelos de cuidado mais efetivos e cenários adequados às características da população idosa, trabalhando com um horizonte estimado de 20 anos. Pensar o cuidado assistencial dentro desse prazo é de grande importância, pois a única certeza que temos é de que o cuidado terá de ser mais efetivo do que o praticado hoje (Veras, Ramos & Kalache, 1987).

### **A transição demográfica**

Todas as projeções demográficas feitas na década de 1980 sobre o crescimento do grupo etário dos idosos se confirmaram. Se houve algum erro, foi por subestimação, pois os números se revelaram ainda mais expressivos do que então se imaginava (Kalache, Veras, & Ramos, 1987; Ramos, Veras & Kalache, 1987; Veras, Ramos & Kalache, 1987).

A ampliação da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Chegar à velhice era privilégio de poucos, mas passou a ser a norma no Brasil e em países menos desenvolvidos. Houve uma melhoria substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que isso não ocorra de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Essa conquista maior do século XX implica, no entanto, um grande desafio: cuidar bem desse grupo etário e agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma publicação orientada para respostas políticas tendo em vista a promoção do envelhecimento

ativo definido como um processo de otimização das oportunidades para promoção da saúde, participação e segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (Pedro, 2013). A partir dessa primeira definição, são identificados os três pilares essenciais desse novo paradigma: saúde, participação e segurança (António, 2020; São José & Teixeira, 2014).

O pilar da saúde transcende o campo estritamente físico – com base em investigação desenvolvida no âmbito de várias áreas científicas – para englobar também os campos da saúde mental e do bem-estar social, todos recomendados para intervenção no nível das políticas públicas. Por outro lado, o conceito de atividade se refere-se a uma participação continuada nos domínios cultural e social, e económico, da vida cívica e comunitária, e não apenas à permanência ativa no mercado laboral. Por último, é destacada a necessária existência de algum sistema de proteção social que garanta nível adequado de segurança socioeconómica, sem o qual se entende que não será possível garantir nem a saúde, nem a participação da população idosa.

Além da importância das políticas públicas, verifica-se igualmente uma mensagem muito clara de responsabilização individual da população idosa, que deveria ela mesma procurar se manter-se ativa e se empenhar-se em garantir sua saúde, participação e segurança (António, 2020). Na medida em que esse conceito ganhou força na esfera política, as publicações oficiais a esse respeito se tornaram-se cada vez mais focadas em um imperativo económico: o da manutenção dos idosos em atividades produtivas (São José & Teixeira, 2014).

No Brasil, a mudança da configuração etária com o avanço do segmento da terceira idade é um fenómeno relativamente recente. O crescimento da população brasileira foi elevado nos últimos 70 anos. E o aumento da população idosa tem sido muito mais intenso, quando comparado ao cenário global.

A Tabela 1 a seguir apresenta os dados do Brasil para alguns anos selecionados. Observa-se que a população brasileira total era de 54 milhões de habitantes em 1950, passou para 213 milhões em 2020, devendo alcançar 229 milhões em 2050 e depois cair para 181 milhões de habitantes em 2100. O crescimento absoluto foi de 3,3 vezes em 150 anos (menor do que as 4,3 vezes do crescimento da população mundial).

**População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais  
Brasil: anos selecionados entre 1950 e 2100 (em mil)**

Anos	Total	60 anos e +	65 anos e +	80 anos e +	% 60 e +	% 65 e +	% 80 e +
1950	53.975	2.627	1.606	153	4,9	3,0	0,3
2000	174.790	13.874	9.175	1.429	7,9	5,2	0,8
2020	212.559	29.857	20.389	4.159	14,0	9,6	2,0
2050	228.980	67.361	52.026	15.376	29,4	22,7	6,7
2100	180.683	72.386	61.544	28.210	40,1	34,1	15,6
2100/1950	3,3	27,6	38,3	184,8	8,2	11,5	55,2

UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

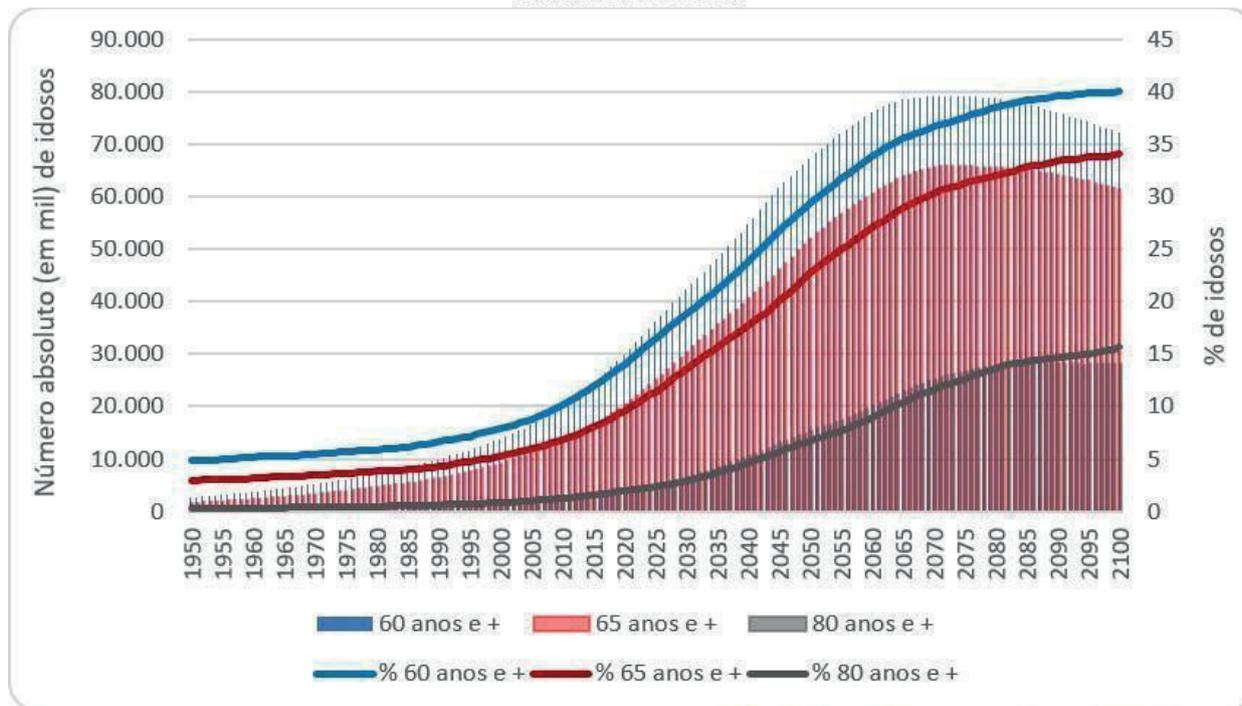
Fonte: World Population Prospectse, 2019.

Se o crescimento total da população brasileira foi elevado, o aumento da população idosa no país tem sido muito mais intenso do que no cenário global. O número de brasileiros idosos de 60 anos e mais era de 2,6 milhões em 1950, passou para 29,9 milhões em 2020 e deve alcançar 72,4 milhões em 2100 (crescimento absoluto de 27,6 vezes). Em termos relativos, a população idosa de 60 anos e mais representava 4,9% do total de habitantes de 1950, passou para 14% em 2020 e deve atingir o impressionante percentual de 40,1% em 2100 (aumento de 8,2 vezes no peso relativo entre 1950 e 2100).

O número de idosos de 65 anos e mais era de somente 1,6 milhão em 1950, passou para 9,2 milhões em 2020 e deve alcançar 61,5 milhões em 2100. O crescimento absoluto está estimado em 38,3 vezes. Em termos relativos, a população idosa de 65 anos e mais representava 3% do total de habitantes de 1950, passou para 9,6% em

2020 e deve atingir mais de um terço (34,6%) em 2100 (um aumento de 11,5 vezes no percentual de 1950 para 2100).

**População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais  
Brasil: 1950-2100**



UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

Fonte: World Population Prospects, 2019.

Os idosos de 80 anos e mais eram 153 mil em 1950, passaram para 4,2 milhões em 2020 e devem alcançar 28,2 milhões em 2100. O crescimento absoluto foi de espetaculares 184,8 vezes em 150 anos. Em termos relativos, a população idosa dessa faixa etária representava somente 0,3% do total de habitantes de 1950, passou para 2% em 2020 e deve chegar a 15,6% em 2100 (aumento de impressionantes 55,2 vezes sobre o percentual de 1950 para 2100).

É importante destacar que o número total de brasileiros atingirá o pico populacional de 229,6 milhões de habitantes em 2045, conforme a revisão 2019

das projeções da ONU. Mas o número absoluto de idosos vai continuar crescendo, sendo que o pico de idosos de 60 anos e mais (79,2 milhões de pessoas) e de 65 anos e mais (65,9 milhões) será alcançado em 2075. O pico de idosos de 80 anos e mais (28,5 milhões) será somente em 2085. Nas duas últimas décadas do século XXI, o número absoluto de idosos vai diminuir. Todavia o percentual de idosos continuará subindo, trazendo novas responsabilidades e oportunidades (Alves, 2019).

Todos esses dados mostram que o futuro do século XXI será grisalho, ou seja, o percentual de idosos no mundo alcançará patamares jamais vistos na história. O caso brasileiro não é muito diferente, mas nosso processo de envelhecimento populacional é mais robusto, com percentuais de idosos bem acima dos percentuais globais. Do ponto de vista demográfico, este é um tema de crucial importância, já que os países ricos registraram crescimento etário gradual ao longo de todo o século XX e, com seu poderio econômico, tiveram muito mais tempo para oferecer a essa parcela da população melhor estrutura e facilidades.

O Brasil precisa assumir como tarefa a garantia de qualidade de vida dos seus idosos, os quais, assim como grande parte da população, têm baixa escolaridade e pouca proteção social. Sofrem ainda, no campo da saúde, com múltiplas patologias crônicas<sup>1</sup> (Veras & Estevam, 2015), que exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes (Moraes et al., 2019), gerando impacto econômico para a sociedade (Szwarcwald et al., 2016) em função da demanda crescente por serviços de saúde. As internações hospitalares dos idosos se tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado com outras faixas etárias. Há, portanto, uma enorme implicação econômica, previdenciária e social.

O envelhecimento humano não pode ser visto como um peso. Precisamos alocar políticas sociais para esse público. No campo da saúde, devemos manejar os cuidados

---

<sup>1</sup> Doenças crônicas são um conjunto de doenças relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo.

de uma forma mais contemporânea e adequada para garantir esse patrimônio de saber e experiência sem que isso resulte em custos excessivos para o setor. Também será necessário ampliar (Moraes, Moraes & Lima, 2010) e qualificar os profissionais de saúde para o cuidado das doenças crônicas.

Precisamos construir um modelo inovador e de qualidade, pois o atual, já defasado, somente ampliará o mau atendimento e a crise da saúde particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo. Trabalhamos com uma perspectiva de duas décadas para que as mudanças recomendadas nesta proposta se consolidem, desenhando o cenário de um cuidado assistencial mais adequado para a nossa população idosa.

A modelagem desse novo modelo deve discutir e detalhar os tópicos que apresentamos no decorrer deste artigo.

## **Doença crônica e modelo assistencial**

No Brasil, a principal causa de mortalidade e morbidade são as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), as quais normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo difíceis de prever. Os transtornos neuropsiquiátricos constituem a maior parcela dessas DCNTs (Schmidt et al., 2011).

Em seu relatório publicado em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization, 2011) assinala que, das 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões (ou seja, 42%) eram prematuras e evitáveis (Carvalho, Marques & Silva, 2016). Como a despesa com cuidados relativos a essas doenças sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados (World Health Organization, 2015).

As enfermidades crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, a diabetes, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as doenças

crônico-degenerativas. Como as taxas de sobrevivência têm melhorado, esse conjunto de doenças também passou a incluir muitos tipos de câncer, HIV/aids, distúrbios neuropsicológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiências visuais e auditivas. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado e oportuno.

Muitas dessas doenças crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje muitos autores e instituições definam seus portadores como “pacientes crônicos em situação de complexidade”, o que é determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo está a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e a polimedicação. Além disso, pode haver fatores adicionais, como idade avançada, viver sozinho ou com pouco apoio familiar e episódios de quedas, entre outros (Veras & Oliveira, 2016).

Diversas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso a medicamentos e equipamentos necessários, bem como estratégias de estímulo à adesão ao tratamento pelo paciente, estendendo-se à assistência social. No entanto, hoje, a maioria dos cuidados de saúde e dos serviços ainda está estruturada em torno de episódios agudos. Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores em todo o mundo que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos. Deve-se ressaltar que a melhora da qualidade de vida

da população é fruto de uma série de fatores, entre os quais o avanço tecnológico presenciado em diversos campos do conhecimento e da ciência contemporânea.

## **Biologia celular do envelhecimento**

### *A pesquisa biológica do envelhecimento*

O cientista David Sinclair (Amorim & Sinclair, 2021; Chultz et al., 2020), que está à frente de um laboratório na Universidade de Harvard e pesquisa por que razão envelhecemos, disse recentemente que é possível retardar o envelhecimento se o encararmos como uma doença que precisa ser tratada.

Em laboratório, Sinclair estudou camundongos em diferentes ambientes. Um grupo ficava em um espaço reduzido, apenas com alimentos para viver; outro tinha um espaço bem maior, com brinquedos, música, iluminação adequada e alimentos especiais, que consumiam com prazer. O professor observou que o meio ambiente e o estilo de vida interferem no envelhecimento. Assim também acontece com os humanos: acima de 80% da nossa saúde depende mais de atitudes e comportamentos do que do próprio DNA.

O retardamento da velhice é algo muito complexo, pois precisa ser do corpo inteiro. A saúde mental é outro fator importante, mas ainda estamos no caminho para várias descobertas. As informações já existentes nos permitem um envelhecimento com qualidade.

Uma das áreas de grande interesse e de descobertas inovadoras na ciência é a biologia genética. Até bem pouco tempo atrás, o envelhecimento era visto como um processo natural e inevitável. Hoje, porém, sabemos que existe um marcador biológico

localizado na extremidade dos cromossomos, em um trecho de DNA que pode ser comparado à fita plástica das pontas dos cadarços de um calçado. É o telômero.

À medida que nossas células se dividem para se multiplicar e regenerar os tecidos e órgãos do corpo, há redução dos telômeros. Por isso, com o passar do tempo, eles vão ficando mais curtos, até perderem a funcionalidade. O resultado desse processo é o envelhecimento, pois células com telômeros curtos acabam morrendo ou ficam mais vulneráveis a instabilidades genéticas. Isso pode ser comprovado quando se analisa o tecido de um idoso, em que a perda de células é uma das principais características.

### *Telômeros e o ritmo do envelhecimento*

O que mantém a estabilidade dos genes geração após geração? Por muitos anos, a ciência buscou a resposta para essa pergunta; e ela foi encontrada nos telômeros, que logo se tornaram o centro das atenções das pesquisas biológicas em genética do envelhecimento.

Sabe-se, atualmente, que os telômeros agem como “contadores intrínsecos” da divisão celular, protegendo o organismo contra divisões fora de controle, como acontece no câncer, por exemplo. Ao longo da vida, os telômeros vão se encurtando devido às muitas divisões sofridas pela célula.

Nas células somáticas (não germinativas), ocorre a perda dos telômeros com o passar do tempo, por meio da replicação celular. Células germinativas, presentes nos testículos e ovários, não apresentam encurtamento dos telômeros, pois têm uma enzima chamada telomerase (ausente em células somáticas), com capacidade de produzir telômeros a partir de um molde de RNA.

A teoria de que os telômeros são “relógios moleculares das células”, embora recente, já apresenta confirmação científica embasada em diversos estudos.

### *Segredo da juventude?*

Todavia, conter o envelhecimento de células não necessariamente tem como consequência um efeito anti-idade em todo o corpo. Segundo a médica Carmen Martin-Ruiz (2005), pesquisadora sobre envelhecimento do Instituto de Neurociência da Universidade de Newcastle, na Inglaterra, o tamanho dos telômeros de uma pessoa pode determinar o quão “forte” ela é biologicamente. Se tem os telômeros mais longos, seus mecanismos metabólicos a protegem. Mas um dos problemas atuais das pesquisas científicas neste campo, segundo a especialista, é que não existe um método padrão e universal para medir essas estruturas.

Um estudo recente realizado nos Estados Unidos concluiu que a maternidade encurtou mais os telômeros das mulheres do que o tabaco ou a obesidade, ao passo que outra pesquisa, feita entre mulheres maias, chegou à conclusão oposta: que a maternidade fazia as mulheres ficarem biologicamente mais jovens, já que suas células tinham telômeros mais longos.

Martin-Ruiz et al. (2005) afirma que cada laboratório utiliza técnicas e metodologias diferentes, o que torna difícil comparar estudos e resultados, pois os cálculos podem ser interpretados de muitas formas distintas. De qualquer maneira, há um grande grupo de cientistas que está pesquisando aspectos variados do envelhecimento humano, incluindo os telômeros, as mitocôndrias, a forma das proteínas e muitos outros.

Quanto mais curtos forem os cromossomos, maior o risco de envelhecimento acelerado e de enfermidades crônicas como o câncer e as doenças cardiovasculares. Os telômeros se encurtam cada vez que os cromossomos se dividem, até o ponto em que não seja possível haver mais divisão celular. É quando não há lugar para mais rejuvenescimento.

Não podemos modificar a idade, mas podemos e devemos agir sobre os fatores que contribuem para preservar o comprimento dos telômeros.

É possível intervir nos telômeros?

Grande parte das pesquisas sobre telômeros não tem a ver com uma aspiração estética de longevidade, mas sim com a potencial cura de doenças. Em 2009, três pesquisadores americanos obtiveram o prêmio Nobel de Medicina por seu trabalho sobre o envelhecimento das células e sua relação com o câncer.

Elizabeth Blackburn, Carol Greider (Allsopp et al., 1992) e Jack Szostak pesquisaram os telômeros e descobriram que a enzima telomerase pode proteger os cromossomos do envelhecimento. Essa enzima contribui para impedir o encolhimento dos telômeros com a divisão celular, o que ajuda a manter a juventude biológica das células.

A espanhola Maria Blasco, que trabalhou com Greider nos Estados Unidos e é diretora do Grupo de Telômeros e Telomerase do Centro Nacional de Pesquisas Oncológicas em seu país, esteve à frente das pesquisas de uma técnica capaz de atuar sobre o glioblastoma (câncer de cérebro bastante agressivo), bloqueando sua capacidade de se regenerar e se reproduzir. Esse efeito é obtido atacando os telômeros das células cancerígenas.

A equipe de Blasco conduziu testes com ratos que resultaram em redução do crescimento dos tumores, ampliando as chances de sobrevivência dos animais. Abre-se, assim, um horizonte favorável ao desenvolvimento de alternativas de tratamento em seres humanos.

### *Testosterona, estradiol, di-hidrotestosterona e telomerase*

Muitas evidências sugerem que os hormônios sexuais regulam diretamente a telomerase. Recentemente, o tratamento com hormônios masculinos resultou em melhora hematológica e alongamento dos telômeros em um modelo murino de disfunção dos telômeros.

Estudos sugerem ser possível conter o processo de senescência celular incrementando de forma artificial a quantidade de telomerase nas células. Seria possível, inclusive, reverter algumas atrofia de tecidos devidas ao envelhecimento por meio de indução da síntese de telomerase.

De todas as substâncias conhecidas, a telomerase é a mais próxima de um “elixir celular da juventude”. Pesquisadores brasileiros, em colaboração com colegas do National Institutes of Health (NIH), nos Estados Unidos, já mostraram que os hormônios sexuais podem estimular sua produção. Entre os cientistas envolvidos está Rodrigo Calado, professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Universidade de São Paulo, membro do Centro de Terapia Celular, um dos Centros de Pesquisa, Inovação e Disseminação apoiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Os autores dizem que os resultados sugerem que a abordagem pode combater os danos causados ao organismo pela deficiência de telomerase.

A estratégia foi testada em pacientes com doenças genéticas associadas a mutações no gene que codifica essa enzima.

O tratamento com o hormônio esteroide danazol, um hormônio masculino sintético, foi testado por dois anos em 27 pacientes com anemia aplástica provocada por mutações do gene da telomerase. De acordo com Calado, o comprimento dos telômeros em um adulto saudável varia de 7.000 a 9.000 pares de bases em média.

O telômero de uma pessoa normal perde 50 a 60 pares de bases por ano, mas um paciente com deficiência de telomerase pode perder de 100 a 300 pares por ano. Aqueles que receberam danazol, contudo, apresentaram aumento em 386 pares de bases, em média, ao longo dos dois anos de tratamento.

Embora os resultados do estudo sugiram que as drogas podem ser usadas para reverter um dos fatores biológicos do envelhecimento, ainda não está claro se os benefícios do tratamento superariam os riscos em pessoas saudáveis, especialmente se a terapêutica envolver o uso de hormônios sexuais.

A ciência faz algumas recomendações para quem deseja preservar os telômeros:

- Fazer atividade física regular

Estudo com 2.401 participantes demonstrou que quanto mais atividades físicas as pessoas praticam, mais se alongam seus telômeros, comprovando a importância da prática regular de exercícios para prevenir o envelhecimento.

- Manter IMC adequado

Pessoas obesas têm telômeros mais curtos do que as magras. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a obesidade mantém relação com um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30. Mas os indivíduos obesos que perdem peso vêm os seus telômeros se alongarem. Quanto mais massa gorda se perde, maior é o alongamento dos telômeros.

- Diminuir o estresse oxidativo

O estresse oxidativo está relacionado com as agressões por radicais livres de oxigênio às membranas celulares e às organelas das células. Esses radicais são exacerbados por uso de álcool, abuso de medicamentos, fumo, poluição, sol, exposição aos pesticidas e a metais pesados. O estresse oxidativo leva a um processo

inflamatório. Os indivíduos que apresentam maior estresse oxidativo e inflamação são os que têm os telômeros mais encurtados.

## **A necessária mudança do sistema de cuidado em saúde da pessoa idosa**

### *O foco não pode ser a doença*

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram o crescimento do contingente de idosos e uma maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Se essa parcela da população aumenta, ampliam-se naturalmente as doenças crônicas e os gastos (Veras, 2019b); um dos resultados disso é a demanda crescente por serviços de saúde, que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. As internações hospitalares se tornam mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, se comparado com outras faixas etárias, pois as doenças que acometem os idosos são majoritariamente crônicas e múltiplas, ou seja, exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes (World Health Organization, 2011).

Ao longo desse período, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é evidenciada pela significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, pela redução da incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como pela diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens (Lima et al., 2017).

Um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais é o foco exclusivo na doença. Lamentavelmente, a ação preventiva ainda é vista como uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais. Contudo deveria ser compreendida como

uma estratégia que, em médio e longo prazos, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo (Veras, 2019a).

Todas as evidências indicam que os sistemas de saúde baseados na biomedicina terão, progressivamente, problemas de sustentabilidade. Esta constatação sugere que os programas voltados para o público idoso devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, para gerenciar não a doença, mas o indivíduo, fazendo bom uso das tecnologias disponíveis, trabalhando com informações de qualidade e monitoramento frequente. O médico especialista, o hospital, os fármacos, os exames clínicos e de imagem também fazem parte do modelo ideal de saúde, mas o protagonismo deve ser dado às instâncias leves e ao acompanhamento desse cliente pelo seu médico (Caldas et al., 2015).

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos (Veras, 2020b). Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficiência e eficácia deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

### **Por que o discurso é tão diferente da prática?**

Antes de nos aprofundarmos na proposta de modelo assistencial, uma questão precisa ser discutida previamente. Existe um consenso: todos, sem exceção, se mostram favoráveis a essa nova linha de cuidado. A maioria, no entanto, faz tudo em oposição ao seu discurso.

O modelo de assistência à saúde da pessoa idosa bem realizado é uma exceção. No excelente trabalho da Agência Nacional de Saúde (ANS), coordenado pela Dra. Martha Oliveira em 2018 (Veras, 2020a), podemos observar a distância entre o discurso e a prática.

Já ultrapassamos a fase da novidade e dos clichês bastante conhecidos e atualmente aceitos por todos – até mesmo por aqueles que não os praticam. É algo louvável falar dos marcos teóricos ou das políticas que têm por objetivo permitir um envelhecimento saudável – que significa manter a capacidade funcional e a autonomia, bem como a qualidade de vida, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como foco a prevenção de doenças. Importantes organismos nacionais e internacionais de saúde defendem esse conceito há muitos anos (Carvalho, Marques & Silva, 2016; Veras & Oliveira, 2016). Mas o passo adiante precisa ser dado (Veras, 2018b).

Propomos uma reflexão: se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada? Por que a teoria não se traduz na prática do dia a dia? Por que líderes e gestores não promovem a mudança?

Para que o setor de saúde – particularmente no segmento dos idosos – se organize, um dos itens a ser considerado é a desconfiança. Hoje a sociedade desconfia do que é ofertado. Nesse clima, qualquer proposta de mudança é vista com reservas. Tudo que é multifatorial e foi construído ao longo de muitos anos é difícil de transformar. Mudar uma cultura não é simples. Consideremos isso.

Outro gargalo é a qualidade assistencial, ainda pouco valorizada. É um tema de enorme importância, que demanda maior conscientização de profissionais de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas serviços qualificados são mais efetivos

em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes.

Outra questão: existe a compreensão geral de que o cuidado do idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção funcional. Mas ainda temos, principalmente na saúde suplementar, muita dificuldade para entender essas ações como parte integrante do cuidado. Existe uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”.

E que tal discutirmos o modelo de remuneração dos profissionais de saúde? Reconhecemos que são mal remunerados, então por que não adotamos o pagamento por desempenho? Associar a discussão de resultado com a forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor na busca pelo que é certo. Assim, “pagamento por performance”, “pagamento por resultado” ou “pagamento por desempenho” se tornam sinônimos na luta pelo alinhamento entre acesso e qualidade assistencial. A mudança do modelo de remuneração a partir desse novo marco de assistência, focado no resultado e não no volume, precisa necessariamente ser um modelo do tipo ganha-ganha, em que todos os envolvidos sejam beneficiados, mas principalmente o próprio paciente.

Para pôr em prática todas as ações necessárias a um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso, com foco nesse indivíduo e em suas particularidades.

Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para a população idosa, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo (Moraes, 2009; Veras & Estevan, 2015).

Agora que já sabemos o que é preciso, é momento de termos competência para arregimentar esforços que transformem a teoria em um modelo de saúde

de qualidade para todos, incluindo os idosos. Não desejamos que o SUS se fragmente ou que aumente o número de falências entre as empresas de assistência médica privada.

Uma certeza todos temos: a cada ano que passa, o custo da saúde aumenta e a qualidade assistencial piora. Um sistema assim se torna insustentável. É hora de pôr em prática o que todos defendem, mas não fazem.

## **Envelhecimento e saúde**

A saúde pode ser definida como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças (Veras & Estevam, 2015). Assim, uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários, para manter as pessoas em seus lares. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso (Veras et al., 2014).

No livro “Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos”, Michael Porter e Elizabeth Teisberg (2009) defendem que a saúde precede a assistência. Para eles, é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis. Nesse escopo, afirmam, a saúde deve envolver a preparação para o serviço que aumenta a eficiência da cadeia de valor<sup>2</sup> (Kalache, Veras & Ramos, 1987), a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica, a garantia de acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

2 Uma cadeia de valor representa o conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com os fornecedores, ciclos de produção e venda até à fase da distribuição final. O conceito foi introduzido por Michael Porter em 1985.

Os sistemas de saúde são constituídos por alguns pontos de atenção – os quais não funcionam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado; e a porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital. Tal modelo, além de inadequado e anacrônico, tem péssima relação custo-benefício, pois faz uso intensivo de tecnologias caríssimas. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos clientes, mas ao modelo assistencial praticado, que sobrecarrega os níveis de maior complexidade em função da carência de cuidado nos primeiros níveis. O atendimento domiciliar, para alguns casos, pode ser uma alternativa. O home care não deve ser visto como um modismo, apenas uma modalidade (Veras, 2020b) mais contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é que é algo recente, pois até bem pouco tempo atrás o cuidado se dava na residência (Saenger, Caldas & Motta, 2016).

Uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças (Tanaka & Oliveira, 2007) oferecido aos beneficiários do Medicare (sistema de seguro-saúde para idosos gerido pelo governo norte-americano) demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas (Oliveira et al., 2016) e que os médicos se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de gerenciamento de doenças, possivelmente reduzindo seus ganhos, além de interferir na relação médico-paciente. Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm relação custo-benefício bastante baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade dessa patologia. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades (Geyman, 2007). Se não for assim, o problema dificilmente será resolvido, pois as demais doenças e suas fragilidades serão mantidas. Além disso, os recursos serão utilizados inadequadamente (Oliveira et al., 2016).

A informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce (em especial em relação às doenças crônicas), retardando o aparecimento desses agravos, melhorando a qualidade de vida e a

abordagem terapêutica. A determinação das condições de saúde da população idosa deve considerar o estado global de saúde, ou seja, levar em conta um nível satisfatório de independência funcional e não apenas a ausência de doença. Dessa forma, pensa-se como paradigma de saúde do idoso a ideia de funcionalidade, que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano, pois trata da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para a realização de atividades no cotidiano (Porter & Teisberg, 2009; Veras, 2020b).

Bem-estar e funcionalidade são complementares. Significam a presença de autonomia – capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções – e independência – capacidade de realizar algo com os próprios meios –, permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. Cabe ressaltar que a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos distintos (Porter & Teisberg, 2009). Existem pessoas com dependência física que são perfeitamente capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que apresentam condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não para escolher com segurança como, quando e onde se envolver nessas atividades (Veras, 2020b).

A avaliação funcional define, então, a estratificação e a alocação corretas do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser capaz de antecipar seu comportamento assistencial. A autonomia funcional é um importante preditor da saúde do idoso, mas avaliar sistematicamente toda a população idosa utilizando escalas longas e abrangentes não é o ideal. Há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde validados e traduzidos para o português<sup>3</sup>.

A abordagem em duas fases, concentrando a avaliação completa apenas nos idosos em situação de risco, captados por um processo de triagem, é mais eficaz

e menos onerosa. Para a primeira fase, da triagem rápida, deve-se utilizar um instrumento que atenda os seguintes critérios:

- ser simples e seguro;
- ter tempo de aplicação curto e baixo custo;
- ter precisão para detectar o risco investigado;
- ser validado para a população e para a condição a ser verificada (Ramos, Veras & Kalache, 1987);
- ter sensibilidade e especificidade aceitáveis;
- apresentar um ponto de corte bem definido.

No primeiro contato, sugere-se a utilização do Prisma-7, desenvolvido no Canadá e destinado ao rastreamento (Saenger, Caldas & Motta, 2016) do risco de perda funcional do idoso (World Health Organization, 2011). Composto de sete itens, com validação e adaptação transcultural do questionário para o Brasil, mostrou que o ponto de corte referente à pontuação 4 (quatro ou mais respostas positivas) é o ideal. O instrumento não requer material especial, qualificação ou longo treinamento, podendo inclusive ser autoaplicado. O tempo de aplicação é de três minutos e os níveis sociocultural e de escolaridade não influenciam na compreensão das questões.

O Prisma-7 tem sido utilizado sistematicamente na porta de entrada do sistema de saúde do Canadá e pela British Geriatrics Society e pelo Royal College of General Practitioners, na Inglaterra, como instrumento de rastreio para perda funcional e fragilidade (Lima et al., 2015).

## **A inovação necessária**

As transformações socioeconômicas e suas conseqüentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que são hoje um sério problema de saúde pública (Lima-Costa et al., 2018).

O que propomos é fazer o necessário de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo: o próprio paciente (Veras, Gomes & Macedo, 2019). A atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede (Lima et al., 2015; Moraes & Moraes, 2014). O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização do usuário. Uma vez identificado o risco, a prioridade é intervir antes que o agravo ocorra, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade. A ideia é monitorar a saúde, não a doença, dentro da lógica de permanente acompanhamento, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975).

É necessário obter melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Para isso é preciso que todos entendam a necessidade de mudanças e que se permitam inovar no cuidado, na forma de remunerar e na avaliação de qualidade do setor.

Tudo isso resultará em benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para esse segmento populacional, mas para a saúde brasileira como um todo (Caldas et al., 2015). Os efeitos dessa mudança de modelo serão percebidos de imediato pelos usuários. E a transformação do sistema de saúde rumo à sustentabilidade ficará evidente a médio prazo.

## **O modelo de cuidado**

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 95% dos seus pacientes, sem necessidade da ação

de um médico especialista. Além disso, esse médico pode utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia...), mas é o generalista quem faz a indicação e o encaminhamento (Lima-Costa & Veras, 2003).

O modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), tem como figura central o médico generalista de alta capacidade resolutiva, o chamado *general practitioner* - GP<sup>3</sup> (Veras, Ramos & Kalache, 1987), que estabelece um forte vínculo com o paciente (Tanaka & Oliveira, 2007). O acesso a esses profissionais é garantido a todos independentemente de renda ou condição social, à semelhança do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) (Castro *et al.*, 2019). Ao fazer seu registro com um GP, o cidadão britânico recebe assistência médica pública e gratuita em unidades de saúde compostas por médicos generalistas e enfermeiros. Qualquer atendimento necessário, desde que não seja de extrema urgência ou em função de algum acidente, será feito ali (Turner & Clegg, 2014). O modelo norte-americano, por outro lado, opta pelo encaminhamento do paciente para inúmeros médicos especialistas. São dois países ricos, de grande tradição na medicina. Utilizam, no entanto, sistemas diferentes, que proporcionam resultados também bastante distintos (Veras, 2015b).

Um estudo recente da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) em países desenvolvidos mostra a diferença dos custos de saúde nos Estados Unidos em comparação com outros países ricos e de boa qualidade assistencial (Machado, Coelho & Veras, 2015) – onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são (Oliveira *et al.*, 2016; Porter, 2009) mais volumosas do que nos países em desenvolvimento. Ainda assim, o gasto dos norte-americanos é muito superior. Em 2017, foi de US\$ 10.224 por pessoa, 28% maior que a Suíça e mais que o dobro do Reino Unido. Estes dados reforçam que investir maciçamente em tratamento de doenças não é suficiente.

<sup>3</sup> No Reino Unido, o *general practitioner* (GP) é um médico diferenciado, com salário maior que o de um especialista e muito valorizado pela sociedade britânica. São considerados os “verdadeiros médicos”, pois sabem “de tudo”.

Um médico especialista é tido pelo senso comum como mais limitado, pois só domina uma especialidade. Para o cidadão britânico, médico bom é o GP.

Em alguns países, a acreditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, porém, valoriza-se e se premia o volume. Falta uma política de estímulo à qualidade. Os pacientes nem sempre a reconhecem como uma necessidade, e tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional. Apesar de esses pressupostos serem aceitos pela imensa maioria dos gestores de saúde, muito pouco é realizado. Por este motivo, para um modelo de cuidado adequadamente estruturado (Veras et al., 2014) alguns elementos não podem faltar<sup>4</sup> (Pedro, 2013).

No Brasil, o que se observa é um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência seguiu a lógica norte-americana e prioriza a fragmentação do cuidado (Oliveira et al., 2016). A qualidade assistencial demanda maior conscientização de gestores de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas bons serviços são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes.

O modelo que propomos é estruturado em instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos muito bem treinados, e pela utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreio, além do uso de tecnologias de (Porter & Teisberg, 2009) monitoramento. É de fundamental importância, sobretudo nos dias de hoje, que as informações dos clientes e seus prontuários eletrônicos estejam disponíveis em nuvem, acessíveis por computador ou celular a qualquer momento e em qualquer lugar, para que médicos e demais profissionais de saúde possam monitorar o cliente quando necessário (Veras, 2019c).

<sup>4</sup> O Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741, em outubro de 2003, é um conjunto de leis que tem por objetivo defender e proteger os cidadãos considerados idosos, aqueles que têm idade a partir de 60 anos.

O esforço deve ser empreendido para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e sua participação social. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos (Oliveira, Veras & Cordeiro, 2018).

Defendemos que as carteiras de clientes sejam compostas de indivíduos a partir dos 50 anos. Cedo demais? Nem tanto.

Mesmo não sendo idosos, a epidemiologia mostra que é a partir dessa idade que as doenças crônicas começam a se manifestar. E quanto mais precocemente for estabelecida a estrutura de um modelo de educação em saúde e prevenção, maiores serão as chances de sucesso.

No entanto também é possível estabelecer um ponto de corte para início aos 55 anos ou aos 60. No Brasil, o envelhecimento humano é estabelecido a partir dos 60 anos de idade (Lima et al., 2017).

Temos como base uma dupla de profissionais: um médico geriatra e um enfermeiro gerontólogo. Eles têm a responsabilidade de acompanhar a saúde de uma carteira de cerca de 800 clientes. Prevemos 20 horas de trabalho semanal do médico e 25 horas para o enfermeiro. O médico faz a gestão clínica; o enfermeiro, com especialização em Gerontologia, atua como gerente de cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo com a família do idoso.

Uma avaliação funcional breve é feita no primeiro contato. Permite um marco zero de monitoramento e serve de parâmetro para o acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. O gerente de cuidados é responsável pela transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou sempre que necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo. Sua função é de extrema importância para o modelo proposto e sua atuação segue a mesma lógica do navegador (*navigator*) no sistema norte-americano, criado para orientar os pacientes mais frágeis.

A função do navegador está presente em algumas operadoras dos Estados Unidos e seu papel é central nesta proposta. De acordo com a Associação Médica Americana, é responsabilidade desse profissional o gerenciamento do cuidado do usuário ao longo dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, verificando se as prescrições e orientações estão sendo cumpridas (Veras, Gomes & Macedo, 2019).

Além do geriatra e do enfermeiro, a equipe multidisciplinar é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e oficinairos (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas vinculadas ao programa). Todas as vezes que forem identificadas necessidades de atendimento dos usuários em outros níveis de atenção, os encaminhamentos serão direcionados para os especialistas, mas sempre a partir do médico generalista.

Importante frisar que o modelo não mantém médicos especialistas, a não ser por algumas exceções, quando em uma unidade há um grande número de idosos frágeis. Neste caso, recomendam-se seis áreas de especialidades médicas relacionadas ao modelo, pois fazem parte das avaliações anuais, ou atuando no auxílio ao médico generalista, em decorrência de sua especificidade, demanda e alta prevalência. Estas seis especialidades são de áreas nas quais se realizam anualmente exames preventivos de controle, a saber: Cardiologia, Ginecologia, Uro-proctologia, Dermatologia, Fonoaudiologia e Oftalmologia. Uma observação: destes profissionais listados, o especialista em Otorrinolaringologia não precisa ser um médico, mas sim um fonoaudiólogo.

A consulta com as especialidades aqui relacionadas somente será possível a pedido do médico generalista do paciente. Assim, fica explícito que não se assumem os demais especialistas caso o cliente precise do cuidado de outra especialidade. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter

conhecimento do caso e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação.

## O ingresso

O ingresso se dá por meio de uma ação denominada “acolhimento”, que acontece em duas etapas. A primeira tem cunho administrativo e institucional, quando é feita ampla exposição das ações propostas, enfatizando sobretudo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O usuário tem assim uma compreensão abrangente e didática do modelo e de toda a dinâmica de cuidados diferenciados que serão ofertados, visando melhorar sua saúde e qualidade de vida. Do mesmo modo, a participação do idoso deve ser incentivada, porque faz parte desse modelo de atenção à saúde (Moraes, 2009).

Na segunda fase do acolhimento se inicia o atendimento propriamente dito. E, como informado anteriormente, para organizar o acesso aos níveis do modelo, aplica-se um questionário de identificação de risco (IR), o Prisma-7 (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975). Ao término da aplicação desse instrumento de triagem rápida, o resultado obtido vai para o sistema de informação. Em seguida, o paciente é submetido aos demais instrumentos que fazem parte da avaliação funcional. Essa avaliação funcional é realizada em duas fases, e para tal são utilizados dois instrumentos, ambos de reconhecida confiabilidade e adotados pelos mais importantes grupos de pesquisa em geriatria.

O IVCF-20 avalia oito dimensões: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo

(Chultz et al., 2020) com o desempenho do idoso, no total de 40 pontos. Além das perguntas, algumas medidas, como a circunferência da panturrilha, a velocidade da marcha e o peso/índice de massa corporal, são incluídas para aumentar o valor preditivo do instrumento (Moraes, 2012).

A pontuação gera três classificações: de 0 a 6 pontos, o idoso tem provavelmente baixa vulnerabilidade clínico-funcional e não necessita de avaliação e acompanhamento especializados; de 7 a 14 pontos, verifica-se risco aumentado de vulnerabilidade, que vai apontar necessidade de avaliação mais ampla e atenção para identificação e tratamento apropriado de condições crônicas; com 15 ou mais pontos (Saenger, Caldas & Motta, 2016), considera-se alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, que exigem avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico-gerontológico e com suporte psicossocial (São José & Teixeira, 2014; Schimidt et al., 2011). O grupo coordenado pelo professor Edgar Moraes (Rubenstein et al., 2001; Veras & Estevan, 2015), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), disponibilizou *on-line* o instrumento<sup>5</sup>.

A Escala de Lachs é utilizada após o ICFV-20. Ela visa detalhar alguns tópicos e permite uma robustez maior para os resultados. Esta estratégia de utilizar os dois melhores instrumentos epidemiológicos busca ampliar a confiabilidade dos resultados.

Escala de Lachs (Lachs et al., 1990) – composta por 11 itens (perguntas, aferições antropométricas e testes de desempenho) para avaliação das áreas mais comumente comprometidas na pessoa idosa: visão, audição, membros superiores e inferiores, continência urinária, nutrição, cognição e afeto, atividades de vida diária, ambiente domiciliar e suporte social. A aplicação desse instrumento permite, de maneira rápida e sistematizada, identificar os domínios funcionais que deverão ser posteriormente avaliados mais detalhadamente para o estabelecimento de diagnóstico e planejamento de intervenções.

<sup>5</sup> O ICFV-20 pode ser aplicado por meio do link: <<https://sistema.medlogic.com.br/ngIVCF20/ge/standalone/671/646>>.

- Escala de Katz – avalia as atividades de autocuidado na vida diária (Katz, 1963).
- Escala de Lawton – avalia atividades instrumentais (Aguiar & Assis, 2009; Lawton & Brody, 1969).
- Miniavaliação nutricional (Rubenstein et al., 2001).
- Escala de Tinetti – teste de equilíbrio e marcha (Tinetti, 1989).
- Cartão de Jaeger – avalia a acuidade visual (Abicalaffe, 2008; Costa & Santos, 2018).
- Miniexame do estado mental – Teste de Folstein (Nitrini & Scaff, 1994).
- Escala de Yesavage – escala de depressão geriátrica (Katz et al., 1963; Yasavage et al., 1992).

Além da identificação de risco e dos protocolos de rastreio, os demais instrumentos epidemiológicos serão utilizados anualmente. O médico e o gerente de acompanhamento, além da equipe interprofissional geriátrica, farão avaliações mais detalhadas, a fim de propor um plano de intervenção. Essas informações serão coletadas e arquivadas até o fim do percurso assistencial. Após essa avaliação, é definido um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas (Moraes, 2009), encaminhamento para equipe multidisciplinar, centro de convivência e, se for o caso, avaliação de especialistas médicos.

É então aberto um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, no qual estarão armazenadas as informações de todas as instâncias de cuidado do modelo assistencial, desde o primeiro contato até o cuidado paliativo na fase final da vida. Esse registro deve conter informações sobre a história clínica e os exames físicos do paciente idoso, mas é essencial que tenha informações sobre seu dia a dia, sua família e seu apoio social, entre outras. Deverá também contar com os dados fornecidos pelos demais profissionais não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos etc. A participação da família, a explicação das atividades e os screenings epidemiológicos são outros importantes diferenciais deste produto.

A informação sobre todos os procedimentos é fundamental para o monitoramento do cliente (António, 2020).

Um dos principais fatores para controle de custos do programa é o acompanhamento em cada instância de cuidado. Não há lacuna na atenção ao paciente quando este é encaminhado à rede assistencial, quando necessita de cuidados terciários ou atenção em nível hospitalar (Yasavage et al., 1992). A transição entre instâncias é acompanhada pela equipe de gestão, que preza pela fluidez no fluxo de informações, aproximando os profissionais assistentes e buscando preservar o princípio da direção predominante da dupla formada por médico geriatra e enfermeiro.

O controle das hospitalizações se dá por meio de um fluxo que tem o objetivo de assistir o cliente, garantindo que os responsáveis pelo atendimento conheçam seu histórico clínico e terapêutico, além do entendimento de que essa pessoa tem um acompanhamento frequente e deve retornar para a sua equipe de saúde quando o agravamento clínico for superado (Nunes et al., 2017).

Em caso de internação, o monitoramento do paciente é feito diariamente por duas vertentes. Em uma delas, o enfermeiro mantém contato com a família para dar apoio, esclarecimento ou identificar necessidades (do paciente ou da própria família). A outra vertente envolve o gestor de prevenção, que atua como elo entre ambulatório e hospital, fazendo acompanhamento diário com o médico assistente hospitalar. Nos hospitais onde existe a figura do médico internista, esse contato é facilitado e direto. Nos demais, o apoio é dos médicos auditores ou da equipe assistente.

Dessa forma, nos momentos em que o idoso necessita de hospitalização, esta ocorre em tempo menor, evitando procedimentos desnecessários ou internações em unidade intensiva, garantindo direcionamento pós-alta (Lima et al., 2015) para

a instância leve, sem necessidade de consulta a vários especialistas (Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003). Tudo converge para uma qualidade assistencial superior, com significativa redução de custos e impacto positivo na sinistralidade (Veras, 2018a).

## **Tecnologia como diferencial**

Um sistema de informação de qualidade superior e tecnologia leve é essencial para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, este projeto não é viável; por isso, deve-se ter competência para utilizar ao máximo seu potencial.

Um exemplo: o cliente, ao passar pela porta de entrada do centro de saúde, tem seu rosto identificado, o que abre de forma instantânea seu prontuário na mesa da recepcionista. Ao recebê-lo, ela o chama pelo nome, pergunta pela família e confere a lista de remédios que está tomando.

Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informativos individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas. O app poderá, entre outras ações, solicitar que o cliente faça uma foto do seu café da manhã e a envie para a nutricionista (Machado, Coelho & Veras, 2015), que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc.

São ações absolutamente simples, mas que agregam enorme confiança ao relacionamento, fazendo com que o cliente se sinta protegido e acolhido desde o primeiro momento.

O sistema de informação, que se inicia com o registro do beneficiário, é um dos pilares do programa. Por intermédio dele, todo o percurso assistencial será monitorado em cada nível, verificando a efetividade das ações e contribuindo para a tomada de decisão e o acompanhamento. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, que acompanha o cliente desde o acolhimento, fornecendo uma avaliação integral do indivíduo.

O atual contexto de pandemia e isolamento social propiciou diversos desafios à prática da medicina. Neste modelo, pode-se ampliar o contato com o cliente, pois, além dos encontros presenciais, há a incorporação das consultas via telemedicina (Guerra & Caldas, 2010). O objetivo não é substituir a consulta presencial, mas flexibilizar e facilitar os horários e dias de consulta, já que médico (ou enfermeira) e paciente não precisarão se deslocar.

A busca da inovação e do uso da tecnologia de ponta propicia um estreitamento do contato da equipe de saúde com o cliente e seus familiares. Com uma plataforma desenhada especificamente para esse cuidado, o contato dos gerontólogos será ampliado, viabilizando inúmeras ações individuais ou em grupo envolvendo nutricionista, psicólogo ou fisioterapeuta, com aconselhamento e ampliação do contato com os clientes.

Além da equipe interdisciplinar que presta atendimento presencial, o modelo conta com uma equipe de médicos e enfermeiros atuando em modo virtual. É o canal de relacionamento GerontoLine, que garante aos usuários uma cobertura full time. No modo passivo, recebe ligações dos clientes para orientações; no modo ativo, entra em contato periodicamente com os pacientes, mantendo-os no “radar de cuidados”. Favorecendo essa interação, os profissionais da coordenação de cuidados (on-line) têm acesso às principais informações do histórico de saúde de cada paciente.

O GerontoLine se diferencia dos *call centers*, tão comuns nos serviços de saúde tradicionais, os quais normalmente funcionam com pessoas mal preparadas, que abusam do “gerundismo” 7 (São José & Teixeira, 2014) e não oferecem nenhum suporte se a pergunta ou dúvida do cliente estiver fora do script.

No GerontoLine, que funciona 24 horas por dia e em todos os dias da semana, a ligação é atendida por profissionais de saúde treinados e com acesso ao prontuário do paciente – com totais condições, portanto, de resolver problemas (Caldas et. al.,

2014). Havendo necessidade de chamar uma ambulância no meio da noite, esse profissional faz todo o encaminhamento. No caso de uma chamada durante a madrugada, esse atendente passará uma mensagem para o médico, informando o motivo do contato. Assim, logo no início da manhã, o médico pode tomar as primeiras providências. Ou seja, o paciente e seus familiares se sentem protegidos, pois sabem que em caso de necessidade, há um serviço qualificado de telefonia.

Para o bom funcionamento do GerontoLine é necessário um excelente prontuário 8 (Alves, 2019), que aborde não apenas as questões clínicas, mas também as comportamentais, sociais e familiares, pois para esse modelo é necessário que haja uma visão global das demandas do cliente. Outro diferencial são os instrumentos de avaliação epidemiológica – que é feita na primeira consulta e será repetida todo ano ou em período menor, caso haja alguma necessidade extra.

## **Ações e métricas do médico**

São atribuições do médico geriatra:

- gerenciar o histórico de saúde da sua carteira, estabelecendo um plano de cuidados individualizados e personalizados;
- definir o risco clínico de cada paciente da sua carteira e gerenciar suas demandas de cuidados junto com o enfermeiro;
  - monitorar internações;
  - avaliar e processar necessidades de encaminhamento aos especialistas;
  - coordenar a discussão de casos clínicos de maior relevância, de forma a manter a equipe integrada e alinhada na conduta mais adequada para cada caso.

Considerando uma carga horária de 20 horas semanais, cada médico terá, semanalmente, quatro turnos de cinco horas. Cada turno terá disponibilidade para agendamento de 12 pacientes com 20 minutos de consulta, além de três horários “curingas” (60 minutos), que devem ser utilizados para demandas extras, como interconsultas com o enfermeiro, revisão (Lourenço & Veras, 2006) de casos ou eventual contato com pacientes hospitalizados. Assim, a cada mês, o médico realizará em torno de 200 atendimentos, o que fará com que toda a carteira, de 800 usuários, seja consultada no trimestre. É o fator de risco de fragilidade que define a quantidade de consultas no ano. O número de atendimentos do médico varia de acordo com a avaliação prévia no momento do acolhimento, portanto a quantidade de consultas anuais será definida pela necessidade, com base nos resultados dos screenings epidemiológicos. Algumas consultas podem ser rápidas, até mesmo por meio de aplicativo, apenas para a resolução de algo específico, pois além do médico o paciente terá o suporte de toda a equipe de saúde.

Os demais gerontólogos da equipe recebem os clientes que forem encaminhados pela dupla médico-enfermeiro para um atendimento individual ou em grupo. Os familiares do cliente também são contatados pelos gerontólogos para ampliar o suporte de apoio.

## **Ações e métricas do enfermeiro**

O enfermeiro terá em seu escopo quatro ações distintas e integradas em todo o processo:

- avaliação funcional breve – trata-se da primeira consulta do paciente (realizada com o enfermeiro), na qual são aplicados os testes de rastreio. Coleta-se a história clínica e o “vínculo” entre o assistido e o assistente se inicia (Paixão Júnior, 2005; Veras, 2020);

- consulta de enfermagem – a frequência das consultas será estabelecida conforme o grau de fragilidade, assim classificado:

Risco 1 – agendamento a cada quatro meses

Risco 2 – agendamento a cada três meses

Risco 3 – agendamento a cada dois meses

Durante as consultas, o enfermeiro deverá:

- avaliar o cumprimento das metas propostas;
- reestabelecer novas metas, quando necessário; e
- rastrear possíveis necessidades de abordagem médica, engajar os beneficiários no desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que possa distinguir suas necessidades e atender suas prioridades, além de garantir que o beneficiário e sua família entendam seu papel na promoção do cuidado e se sintam seguros para desempenhar suas responsabilidades conjuntas.

Concomitantemente, o enfermeiro poderá identificar as barreiras de natureza psicológica, social, financeira e ambiental que estejam afetando a habilidade do beneficiário para a adesão aos tratamentos ou promoção de saúde, estabelecendo uma estratégia que solucione ou minimize a questão envolvida. Ainda dentro deste escopo, o enfermeiro poderá fazer atendimentos coletivos, chamados de grupos terapêuticos, que reúnem pacientes com mesma comorbidade, a fim de prover uma dinâmica de informação e conscientização de práticas saudáveis.

Cabe ainda a esse profissional fazer um atendimento pontual e presencial, em caráter especial e sem agendamento prévio, a pacientes que, por intermédio do GerontoLine, demandaram orientação. É o que chamamos de Atendimento Breve de Enfermagem (ABE). Não se trata de um pronto atendimento, mas pretende, entre outros objetivos, evitar idas desnecessárias às emergências. Considerando que a maior parte das intercorrências apresentadas via telefone ou call center será

administrada virtualmente ou encaminhada (Veras, 2019a) para um serviço de emergência, o tempo reservado na agenda do profissional para esta ação representa 10% de cada turno de trabalho.

E o monitoramento, por fim, tem como principal objetivo manter o paciente sob o radar da dupla que gerencia sua saúde. Conforme o grau de fragilidade, os pacientes receberão contatos mais frequentes. No entanto toda a carteira de clientes será monitorada, no mínimo, uma vez ao mês. Os contatos serão realizados via telefone ou pelo aplicativo e seguirão um protocolo estruturado para garantir a efetividade da abordagem e assegurar que os históricos de informações e dados eletrônicos da saúde dos beneficiários estejam apropriadamente atualizados para otimizar o acesso das equipes de saúde e do próprio beneficiário.

Contribuindo nas demandas dos monitoramentos, os profissionais do serviço, via web ou telefone, também farão o monitoramento, além de permanecerem à disposição dos usuários no atendimento virtual.

## **Pagamento por desempenho**

O modelo hegemônico de remuneração dos serviços de saúde em muitos países, tanto em sistemas públicos, quanto naqueles orientados ao mercado de planos privados de saúde, ainda é o de fee for service (remuneração por desempenho). Este se caracteriza, essencialmente, pelo estímulo à competição por usuários e remuneração por quantidade de serviços produzidos (volume). Não adianta mudar o modelo de remuneração (Oliveira, Veras & Cordeiro, 2017) sem alterar o modelo assistencial e vice-versa, pois os dois são interdependentes.

Alguns dos problemas do sistema de saúde brasileiro (em especial o suplementar) que afetam, primordialmente, o idoso são consequências do modelo adotado há décadas. Para dar conta dessa nova e urgente demanda da sociedade, modelos

alternativos de remuneração devem ser implementados para romper o círculo vicioso de sucessão de consultas fragmentadas e descontextualizadas da realidade social e de saúde da pessoa idosa, além da produção de procedimentos desconectados do desfecho esperado (Mendes, 2017).

A remuneração atrelada ao desempenho é uma recompensa que contempla os resultados em determinado período. Como os requisitos técnicos e comportamentais exigidos dos profissionais neste modelo são de alto padrão, pretende-se que a remuneração proposta tenha a adequada equivalência.

O pagamento por desempenho estabelece níveis de bônus que podem chegar a 30% a mais na remuneração no trimestre. A cada três meses, é feita uma avaliação do desempenho do profissional a partir de indicadores previamente determinados. Considerando que existe a necessidade de quatro consultas médicas/ano como premissa do programa, é exigida uma consulta por trimestre para a totalidade dos clientes vinculados ao médico.

São pré-requisitos da bonificação a assiduidade e a pontualidade, fundamentais para a garantia do quantitativo de consultas, que é fator de qualidade do funcionamento do serviço. Outra exigência para participar do programa de pontuação para pagamento do bônus é o registro adequado das informações de cada paciente, bem como de suas eventuais internações. Estas constituem o principal fator de custo, assim, o controle rígido pela equipe determina o sucesso econômico-financeiro de qualquer iniciativa ou projeto.

Outro princípio básico é a resolutividade do médico geriatra. De acordo com estudos internacionais (Turner & Clegg, 2014), médicos generalistas podem resolver de 85% a 95% das situações clínicas da clientela. Os encaminhamentos para especialidades clínicas devem ser exceção. Se o médico encaminhar até 15% dos clientes da sua carteira no trimestre, estará demonstrada uma boa capacidade resolutiva, merecedora de pontuação.

O engajamento dos usuários do programa pela equipe multidisciplinar e pelo Centro de Convivência determina o vínculo do cliente e a resolutividade. Com isso, foi incluído um item que avalia a participação dos associados de cada carteira em consultas com os gerontólogos da equipe e nas atividades coletivas do Centro de Convivência, valendo pontos para a bonificação.

A sinistralidade é o principal indicador econômico-financeiro estabelecido para avaliação do programa, razão pela qual foi conferido peso maior a este item, podendo o médico ganhar até dois pontos na avaliação de seu desempenho. O que está sendo exigido é a excelência do cuidado, sendo justo o estímulo aos profissionais dentro da premissa de ganha-ganha.

Outra modalidade de premiação envolve a concessão de folgas, a compra de livros e o pagamento de cursos de pós-graduação.

Não há dúvidas de que modelos de pagamento por desempenho serão uma realidade em nosso país. Os profissionais do setor de saúde devem se dar conta de que esta não é uma questão de quando ou se ocorrerá, mas de como ocorrerá (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975; Veras, 2012).

## **Grupos terapêuticos**

Os grupos terapêuticos são uma estratégia de abordagem em grupo com pacientes que apresentam a mesma comorbidade. Em rodas de conversa e palestras interativas, os participantes terão a oportunidade de compreender melhor a patologia abordada e tirar suas dúvidas, gerando uma ação autopreventiva.

A duração do grupo vai depender do tema abordado. Em cada turno, 60 minutos serão dedicados a esta ação, que reunirá de 5 a 10 participantes. Os assuntos abordados serão definidos conforme a demanda real da carteira de clientes.

## **Fisioterapia**

A adesão ocorre a partir do encaminhamento médico com diagnóstico clínico. A avaliação fisioterápica utiliza um questionário estruturado e a Escala de Tinetti. Seu objetivo é identificar as alterações músculo-esqueléticas que produzem limitações funcionais e definir o programa de tratamento adequado aos indivíduos – que poderá ser desenvolvido de forma individual ou em grupo.

Os procedimentos terapêuticos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida, reduzir o quadro algico e o risco de quedas, melhorar a mobilidade e a locomoção, assim como tratar lesões traumato-ortopédicas, sequelas neurológicas e doenças reumatológicas.

## **Nutricionista**

Atendendo o encaminhamento do geriatra, o nutricionista fará uma avaliação do cliente com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, considerando a funcionalidade, os hábitos alimentares e de vida (atuais e pregressos), o déficit sensorial, as alterações gastrointestinais e comportamentais, entre outros aspectos com potencial de comprometer a ingestão alimentar e, por conseguinte, o estado nutricional. Informações referentes à organização familiar e dos cuidados, à renda e ao local de residência também são consideradas.

Na primeira consulta, uma anamnese alimentar detalhada é coletada a fim de corroborar as demais informações contidas em prontuário.

## **Oficineiros**

Essa é a designação habitualmente dada aos instrutores das atividades realizadas diariamente no âmbito do Centro de Convivência. Esses profissionais são gerontólogos especializados nas práticas que desempenham.

Uma agenda de atividades semanais é oferecida aos clientes, que escolhem as de maior interesse. Eles têm a opção de participar de uma ou mais, conforme demanda.

### **Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)**

A avaliação das atividades de vida diária (banho, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação), das atividades instrumentais (usar telefone, fazer compras, preparar alimento, controlar medicamentos, finanças) e da mobilidade (equilíbrio, velocidade de marcha e força em membros) pode contribuir para gerar informações importantes para a tomada de decisões, mapeando fatores de proteção e risco individuais (Ramos et al., 2016).

As atividades médico-sanitárias de educação para saúde podem ampliar seu foco de atenção para dimensões positivas da saúde, para além do controle de doenças específicas (Maia et. al, 2020).

A triagem auditiva e visual e o auxílio no gerenciamento do uso de múltiplos medicamentos – “a polifarmácia” – antecipam a detecção de problemas, contribuindo para o cuidado. Hábitos saudáveis (fatores de proteção) incluem alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional e ações de bem-estar no campo da nutrição (cozinha para diabetes, osteoporose) (Abicalaffe, 2008).

### **Centro de convivência**

Com o gradativo aumento da população idosa, surgiram alguns programas educacionais voltados principalmente para o lazer. A primeira experiência brasileira de educação para adultos maduros e idosos foi implementada pelo Serviço Social do Comércio (SESC) com os grupos de convivência. Eles surgiram na década de 1960, com programação elaborada com base em atividades de lazer. Eram assistencialistas,

pois não ofereciam instrumentos necessários para os sujeitos recuperarem a autonomia desejada. A partir da década de 1980, as universidades começaram a abrir espaço educacional para a população idosa e para profissionais interessados no estudo das questões do envelhecimento, predominando a oferta de programas de ensino, saúde e lazer (Cachioni, 1999; Ramos et al., 2013).

Centros semelhantes têm sido criados também pelas operadoras de planos de saúde desde a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar. O documento propõe incentivos para estimular a mudança da lógica de assistência, criando espaços para a promoção de saúde voltada para idosos. Publicou-se também uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades (Ramos et al., 2016).

A criação do Centro de Convivência está em sintonia com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006). Sua finalidade primordial é recuperar, manter ou promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, assim como o envelhecimento ativo e saudável, com estímulo à participação e ao fortalecimento do convívio social.

O espaço oferece diversas atividades que contribuem para o envelhecimento saudável, o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, o fortalecimento dos vínculos familiares, o convívio comunitário e a prevenção de situações de risco social para as pessoas acima de 60 anos (D'orsi, Xavier & Ramos, 2011). Além dos exercícios físicos, encontramos treino cognitivo, programas nutricionais (David et al., 2020), serviços telefônicos, computação, segurança domiciliar, prevenção de quedas, controle de esfíncter, imunizações e administração financeira. Cuidados com a mobilidade do idoso, prevenção de quedas e equilíbrio em oficinas de

psicomotricidade, treinamento de força, orientação na escolha dos sapatos e serviço de podologia são fundamentais, pois garantem a independência (Veras, Caldas & Cordeiro, 2013).

Envelhecer requer adaptações. Novas aprendizagens são recursos para manter a funcionalidade e a flexibilidade dos idosos (Moura & Veras, 2017). Atividades artísticas, culturais e de recreação são tradicionalmente vinculadas a espaços de convivência para idosos e importantes fontes de prazer: conhecimentos gerais, idiomas, informática, produção de textos e leitura, arte dos retalhos, dança de salão, teatro, música, jogos de cartas, dominó, xadrez, meditação e viagens turísticas.

Para o planejamento do próprio envelhecimento, chamamos atenção para um questionário (Time Trade-Off) que permite uma negociação entre o profissional de saúde e o idoso, considerando risco e prazer.

Muitos idosos aposentados se reinserem no mercado de trabalho de forma regular ou eventual, seja por prazer ou necessidade, o que representa complementação de orçamento e estímulo ao contato social. Nos Estados Unidos, muitos se comprometem com trabalhos voluntários.

Centros de convivência podem prestar serviços de assessoria jurídica, agenciamento de cuidadores e auxílio para permanência domiciliar (suporte nas atividades de vida, assistência remota e entrega de refeições, por exemplo). Para tanto, é fundamental o investimento em cursos para qualificação de cuidadores e na comunicação na rede de cuidados.

Ressaltamos que a regularidade de frequência às oficinas permite ao idoso a vivência de uma rotina, o que beneficia também o cuidador, que pode dispor daquele tempo para outras atividades. Um “contrato” semestral ou anual de participação dos idosos às oficinas, segundo desejo deles e disponibilidade de coordenadores, permite melhor gerenciamento.

Os centros também podem acolher discussões importantes para o idoso e seu entorno. Envelhecimento e finitude merecem destaque. Podemos construir um guia prático, divertido, com antecipações de questões relevantes do envelhecimento (“o que está acontecendo comigo?”).

A filosofia e a religião podem contribuir para a reflexão sobre envelhecimento e morte. Para Platão, na Grécia Antiga, filosofar era aprender a morrer. Idealista, ele acreditava na vida após a morte, vista como uma passagem, a libertação da alma. Para os materialistas, como Epicuro, a vida era finita e ganhava ainda mais valor por isso. Não se vive da mesma maneira quando se acredita em concepções tão diferentes de morte (Veras & Oliveira, 2018).

A finitude, os cuidados paliativos e a maneira como culturalmente lidamos com essa fase da vida foram discutidos em trabalho anterior (Veras, Gomes & Macedo, 2019). Seria possível preparar um guia prático, mas também sensível, apresentando algumas ideias sobre a morte? A Psicologia, a partir da discussão sobre vínculos, contribui para essa tarefa. Desapegar-se da cor dos cabelos, da visão e da audição perfeitas, desapegar-se da potência, da memória; deixar partir, aceitar o “exoesqueleto” (próteses, aparelhos para audição, óculos, implantes...); criar soluções, transformar e aprimorar. O acolhimento dos medos no grupo é oportuno, mas é tarefa do idoso se libertar de apego, viver perdas, dizer adeus. A solidão humana é fato e mesmo necessária. O Centro de Convivência pode contribuir para a reflexão sobre o sentido da vida, de cada vida, ao cultivar histórias individuais em relatos enriquecidos por fotos, cenas de filmes, músicas, receitas de comida, compartilhamento de refeições etc.

A trajetória humana ao longo do ciclo vital é construída culturalmente e experimentada de forma singular. Cada fase determina e prediz as possibilidades no momento posterior: envelhecemos como vivemos. Flexibilidade e resiliência (capacidade de fazer face aos acontecimentos) variam de pessoa para pessoa. A

experiência de velhice é heterogênea e multidimensional – um convite, portanto, à singularidade também no plano de cuidados (Veras & Galdino, 2021).

Ao lidar com os pequenos eventos causadores de estresse da vida cotidiana, contamos com recursos pessoais, aos quais se agregam recursos sociais. A importância da solidariedade e da troca de experiências é relevante para o idoso e seu entorno. A qualidade ou a funcionalidade do suporte social é mais importante para a adaptação do idoso do que a quantidade de membros da rede e a frequência dos contatos (SILVA et al., 2017). E a relação entre suporte social e autocuidado reforça essa visão (Veras, 2018a).

É com o intuito de valorizar e respeitar a velhice, desenvolvendo um atendimento acolhedor e eficaz, que o Centro de Convivência conquista seu espaço, na certeza de que quem trabalha com a perspectiva de respeito às necessidades da pessoa idosa respeita o próprio futuro.

## Paralelos

Diante da necessidade de construção de múltiplas estratégias de suporte àqueles que necessitam de proteção e cuidados, propomos uma outra reflexão: a quem cabe o cuidado da criança e do idoso? Responder esta questão implica traçar paralelos entre ambos.

Na linha do cuidado no ciclo de vida humana, a infância e a velhice guardam proximidades. Crianças pequenas, pessoas com doenças crônicas e idosos – todos, enfim, que têm limitada autonomia e independência – necessitam especialmente de cuidados. Equipamentos coletivos, como creches e centros de convivências, podem ampliar as possibilidades de suporte e acompanhamento, as abordagens intergeracionais de cuidado, e alargar padrões de integração social. A ampliação das redes de apoio e dos recursos para lidar com limitações enriquece a experiência do viver.

Há muito a família é encarregada do sustento de crianças e idosos. Com o advento das aposentadorias, no século XX, ela passou a compartilhar essas responsabilidades com as empresas e o Estado. A construção de redes de cuidado representa um alívio considerável às famílias, aumentando suas chances de fazer face a suas responsabilidades. Contudo o poder está presente em todas as relações humanas. Como legitimar o outro evitando uma relação de tutela? Como evitar que o cuidado se efetive como exercício de dominação? É preciso administrar bem o espaço de poder presente em qualquer relação e recusar estratégias de dominação. A relação dialógica, o protagonismo dos sujeitos, a negociação e a corresponsabilidade fazem toda a diferença. Devemos discutir a questão da qualidade da relação cuidador-idoso e as possibilidades de transformação nas relações de poder.

Nos centros de convivência, estudos apontam para o uso de medidas de qualidade de vida a partir da autoavaliação do próprio idoso: “Que nota darei ao dia de hoje?”. Isso aumenta a autoestima, o senso de governabilidade e permite a construção de um plano de cuidados singular e a cada dia (Ramos et al., 2013).

Esses espaços podem proporcionar ao idoso motivo para sair regularmente e a oportunidade de contato social. Podem estimular também a formação de uma rede de comunicação em torno do cuidado, construindo uma relação de confiança entre o idoso, seus familiares e os profissionais da instituição. A existência de espaços coletivos para a troca de informações e experiências, bem como os contatos informais do dia a dia, contribui para aproximar os interlocutores. Na rede de cuidados, o lugar dos diversos atores precisa ser discutido e negociado permanentemente, pois suas necessidades e possibilidades também se transformam. Para tanto, os espaços de comunicação, como grupos reflexivos e rodas de conversa, reafirmam a importância da construção coletiva (idosos, cuidadores e profissionais) do cotidiano. Cabe integrar e formar coordenadores de oficinas a partir de propostas de acompanhamento do envelhecimento humano.

No Berlin Aging Study (Baltes et al., 1993), um extenso estudo interdisciplinar realizado entre 1990 e 1993, com 516 idosos de 70-100 anos selecionados ao acaso na cidade de Berlim, na Alemanha, foram analisadas diferentes variáveis, abrangendo Medicina (capacidade funcional, perfil de risco, valores biológicos de referência), Sociologia e Políticas Sociais (história de vida e dinâmica geracional, estrutura e dinâmica da família, situação econômica e seguridade social, recursos sociais e participação social), além da Psicologia.

Em centros de convivência, os estudos de coorte podem contribuir para o conhecimento e a organização dos cuidados daquele grupo de idosos. Nos Estados Unidos, existem coortes de idosos que envelheceram frequentando centros de convivência. As informações epidemiológicas obtidas permitem o monitoramento da saúde e a antecipação de problemas, a fim de ampliar a vida saudável dos idosos (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Veras, 2020a). Nesses centros, múltiplas dimensões do cuidado podem ser observadas com atividades lúdicas e instrumentais.

Programas de promoção da saúde e prevenção de doenças se sucedem no Brasil e no mundo, buscando orientar a atenção à saúde do idoso. Tais abordagens suscitam importantes discussões (Silva et al., 2017).. Acesso à informação, fatores de proteção e de risco, antecipação, triagens, rastreamento, detecção precoce, avaliação geriátrica ampla, avaliação funcional, social (redes) e emocional (vínculos) constituem o campo da saúde coletiva.

## **O lugar do cuidado**

O grupo de idosos está crescendo e envelhecendo, os baby-boomers estão chegando à terceira idade. Cada vez se vive mais e cresce também toda a tecnologia de cuidado dessa fase, que pode durar 40 anos. É necessário multiplicar e valorizar os espaços de convivência. As soluções são mistas: individuais e singulares, mas também coletivas.

Por muito tempo, a instituição “creche” suscitou certa estranheza, por ser associada ao orfanato, local onde crianças eram abandonadas (Ramos et al., 2013). Instituições que cuidem do idoso durante algumas horas do dia, como o centro de convivência, podem guardar também parentesco indesejável com os asilos, atualmente denominados “instituições de longa permanência” e, algumas vezes, locais de abandono de velhos.

Hoje há consenso em torno da importância da socialização de crianças pequenas. De modo semelhante, evidencia-se o importante papel dos centros de convivência para romper o isolamento social do idoso. Idosos tendem a reduzir seus contatos sociais e seus vínculos. Sua frequência à instituição oferece também ritmo, rotina, organizando um pouco sua vida cotidiana. As redes de sociabilidade do idoso podem acontecer em múltiplos espaços: nas praças, nas praias, nos clubes, nas atividades religiosas ou em equipamentos coletivos, como os centros de convivência (Ramos et al., 2013).

A instituição que recebe o idoso, temporariamente ou em longa permanência, pode se relacionar em rede, constituindo espaços de convivências. Acolhendo familiares e idosos externos para atividades junto aos idosos residentes, propicia o convívio e a funcionalidade da rede de apoio (Veras, 2015a). Exemplo disso é uma experiência alemã que promove o funcionamento, no mesmo edifício, de um centro de convivência com atividades diárias para idosos, serviço de saúde (ambulatórios e hospital-dia), assistência para permanecer no domicílio e instituição de longa permanência. Prevenir incapacidade e recuperar autonomia com os programas de reabilitação – tudo isso ou algumas combinações destas formas de cuidados no mesmo edifício – ampliam o rol de possibilidades. O quase velho, o jovem velho ou o muito velho experimentam situações aproximadas que muitas vezes antecipam diferentes estágios de limitações na sua funcionalidade. Multiplicam-se também os recursos e as soluções, mesmo porque a autonomia e a independência, nessa fase, se transformam (Giacomin, 2008).

Os “centros de cuidados” poderiam aglutinar cuidados destinados a crianças, pessoas com alguma deficiência temporária ou permanente e idosos, com ou sem autonomia e independência. A creche, ao receber o idoso para atividades junto às crianças, proporciona a convivência e permite construir laços afetivos entre as gerações. A transmissão de valores, as histórias de vida contadas em fotos, receitas de comidas ou canções, a comensalidade, por exemplo, valoriza o idoso, conferindo-lhe um espaço de importância e trazendo motivação. O cultivo dos vínculos, da capacidade de prestar atenção uns nos outros, é consequência natural dessa prática.

## O berço deste modelo

A proposta que apresentamos aqui foi desenvolvida dentro da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ)<sup>6</sup> (Moraes et al., 2019), instituição criada há 28 anos e reconhecida nacionalmente como um dos mais importantes programas de saúde voltados para adultos maduros e idosos (Oliveira, Veras & Cordeiro, 2018). É uma iniciativa que também ganhou prêmios internacionais e conta com o aval da Organização Mundial de Saúde.

Precisamos construir algo inovador e de qualidade, pois o modelo atual, já defasado, somente perpetuará o mau atendimento e a crise da saúde – particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo.

## Conclusão

Nos últimos anos, tenho me dedicado ao estudo do cuidado integral do idoso e ao aperfeiçoamento dos modelos assistenciais. Na condição de diretor da UnATI/UERJ e editor da RBGG, mais do que uma opinião, a tendência que percebo é o desejo,

---

<sup>6</sup> A Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ (UnATI/UERJ) é um centro de estudos, ensino, debates, pesquisas e assistência voltado para questões inerentes ao envelhecimento, que vem contribuindo para a transformação do pensamento da sociedade brasileira sobre seus idosos.

mas também a necessidade de consolidar a estruturação dos modelos assistenciais para idosos.

Na maioria das vezes, recebo comentários elogiosos, quase sempre acompanhados de uma observação: “o que você escreve é tão óbvio que talvez por isso seja tão difícil efetivar essas ideias”. Tendo a concordar.

E é por entender que as mudanças, a cada ano que passa, são cada vez mais necessárias, que estou novamente apresentando essa reflexão ao público acadêmico e formador de opinião do setor de saúde, pois ainda precisamos de mais uma dose do remédio que, espero, levará à cura do nosso modelo assistencial.

O envelhecimento da população gera novas demandas e desafia os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar a vida por um tempo maior. As transformações sociais e econômicas das últimas décadas, suas conseqüentes alterações no comportamento das sociedades contemporâneas – mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a crescente expectativa de vida da população colaboraram para a maior incidência das enfermidades crônicas, que hoje são um sério problema de saúde pública. Não é possível atender o público idoso de forma satisfatória ignorando que essa parcela da sociedade necessita de uma assistência diferenciada. Por isso é imperativo repensar o modelo atual.

Quando observamos o orçamento da Saúde, de maneira geral, verificamos que a quase totalidade dos recursos é aplicada nos hospitais e nas aparelhagens para os exames complementares. A sociedade e os profissionais de saúde seguem, em regra, uma lógica “hospitalocêntrica” – entendem apenas de tratar da doença, não de evitar seu surgimento.

O modelo ideal de atenção ao idoso deve ter como foco a identificação de riscos potenciais. Ao monitorarmos a saúde em vez da doença, direcionamos o investimento para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Afinal, não basta o aumento da longevidade. É essencial que os anos adicionais sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar.

Um jeito diferente e inovador de cuidar da saúde e proporcionar qualidade de vida aos usuários – seja no Sistema Único de Saúde, ou no setor privado – envolve a utilização de pessoal qualificado e bem preparado, integração do cuidado e tecnologia de informação bem aplicada. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde. É o que vislumbramos para o futuro próximo.

Podemos viabilizar a melhor assistência para o público idoso e, num horizonte estimado de aproximadamente 20 anos, torná-la sustentável e transformar não apenas o cuidado voltado para esse segmento, mas o sistema de saúde como um todo.

## Referências bibliográficas

- ABICALAFFE, C. L. Pay For Performance Program for Brazilian Private Health Plan. How to Implement and Measure. In: ISPOR, 13., 2008, Toronto. *Anais [...]*: Toronto: ISPOR, p. 1-10, 2008.
- AGUIAR, C. F. de; ASSIS, M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1-10, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00007>. Acesso em: 20 nov. 2021.
- ALLSOPP, R. C. et al. "Telomere length predicts replicative capacity of human fibroblasts". *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.*, Washington, v. 89, n. 21, p. 10114-10118, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.89.21.10114>. Acesso em: 11 nov. 2021.
- ALVES, J. E. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Rev. Longeviver*, São Paulo, v. 1, p. 5-9, 2019.
- AMORIM, J. A.; SINCLAIR, D. A. Measuring PGC-1 $\alpha$  and Its Acetylation Status in Mouse Primary Myotubes. In: PALMEIRA, C. M; ROLO, A. P. (ed.). *Mitochondrial Regulation*. Press (Methods in Molecular Biology, v. 2310). New York: Humana, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1433-4\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-0716-1433-4_17). Acesso em: 30 nov. 2021.
- ANTÔNIO, M. Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190967>. Acesso em: 15 nov. 2021.
- BALTES, P. B. et al. "The Berlin Aging Study (BASE): Overview and Design". *Ageing Soc.*, Cambridge, v. 13, n. 4, p. 483-515, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0144686X00001343>. Acesso em: 05 nov. 2021.
- CACHIONI, M. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: NERI, A. L., DEBERT, G. G. (org). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papyrus, p. 141-178, 1999.
- CALDAS, C. P., et al. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J. Bras. Econ. Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 62-69, 2015.
- CALDAS, C. P. et al. Models of Approach to Outpatient Older Persons Care. *Sci. J. Public Health*, New York, v. 2, n. 5, p. 447-453, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11648/j.sjph.20140205.21>. Acesso em: 01 nov. 2021.
- CARVALHO, V. K. S; MARQUES, C. P; SILVA, E.N. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2773-2784, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- CASTRO, M. C. et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, London, v. 394, p. 345-356, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 11 nov. 2021.
- CHULTZ, M. B. et al. "Age and life expectancy clocks based on machine learning analysis of mouse frailty". *Nat. Commun.*, London, v. 11, n. 4618, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18446-0>. Acesso em: 17 nov. 2021.

COSTA, A. L. F. A.; SANTOS, V. R. Da visão à cidadania: tipos de tabelas de avaliação funcional da leitura na educação especial. *Rev. Bras. Oftalmol.*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 269-302, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20180065>. Acesso em: 01 dez 2021.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 4, p. 1-10, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000400007>. Acesso em: 01 nov. 2021.

DAVID, H. M. S. L. et al. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>. Acesso em: 26 nov. 2021.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental State". A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, Oxford, v. 12, p. 189-198, 1975.

GEYMAN, J. P. Disease management: panacea, another false hope, or something in between. *Ann. Fam. Med.*, Leawood, v. 5, n. 3, p. 257-260, 2007.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1-10, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>. Acesso em: 05 dez. 2021.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.

KALACHE, A.; VERAS, R. P., RAMOS, L. R. *O envelhecimento da população mundial: um desafio novo*. Rev. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 200-210, 1987.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Chicago, v. 12, p. 914-919, 1963. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>. Acesso em: 12 nov. 2021.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LACHS, M. S. et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia, v. 112, p. 699-706, 1990. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-112-9-699>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LIMA, K. C. et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública México*, Cidade do México, v. 57, n. 3, p. 265-274, 2015.

LIMA, K. C. et al. Health Promotion and Education: a study of the effectiveness of programs focusing on the aging process.

Int. J. Health Serv., Westport, v. 47, n. 3, p. 550-570, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020731416660965>. Acesso em: 16 nov. 2021.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.735-43, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento [editorial]. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001> Acesso em: 02 dez 2021.

LIMA-COSTA, et al. The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am. J. Epidemiol*, Tokio, v. 187, p. 1345-1353, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>. Acesso em: 19 nov. 2021.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

MACHADO, R. S. P.; COELHO, M. A. S. C.; VERAS, R. P. Validity of the portuguese version of the mini nutritional assessment in brazilian elderly. *BMC Geriatr.*, London, v. 15, p. 1-10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0129-6>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MAIA, L.C. et al. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>. Acesso em: 25 nov. 2021.

MARTIN-RUIZ C.M. et al. Telomere length in white blood cells is not associated with morbidity or mortality in the oldest old: a population-based study. *Aging Cell*. Dec;4(6):287-90, 2005.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 17 nov. 2021.

MORAES, E. N. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MORAES, E.N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: OPAS, 2012.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev. Méd. Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MORAES, E.N.; MORAES, F. L. de. *Avaliação Multidimensional do Idoso*. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MORAES, E.N. et al. *Manual de Terapêutica Segura no Idoso*. Belo Horizonte: Folium, 2019.

MOURA, M. M. D. de; VERAS, R. P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-39, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100002>. Acesso em: 23 nov. 2021.

NITRINI, R.; SCAFF, M. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq. Neuropsiquiatr.*, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 1-10, 1994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000400001>. Acesso em: 16 nov. 2021.

NUNES, B. P. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 51, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006646>. Acesso em: 02 dez 2021.

OLIVEIRA, M. de; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 7-18, 2018.

OLIVEIRA, M. et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus postos-chave e obstáculos para implementação. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1383-1394, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400016>. Acesso em: 01 nov. 2021.

OLIVEIRA, M. et al. *Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor*. Rio de Janeiro: ANS, 2016.

OLIVEIRA, M.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio Janeiro, v. 20, n. 5, p. 624-633, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170132>. Acesso em: 19 nov. 2021.

OLIVEIRA, M.; CORDEIRO, H.; VERAS, R. P. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar: por que premiar a ineficiência no cuidado ao idoso? *J. Bras. Econ. Saúde*, São Paulo, v. 10, p. 198-202, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/JBES.v10.n2.p198-202>. Acesso em: 01 dez. 2021.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. *Kairós*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1-24, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i3p9-32>. Acesso em: 10 nov. 2021.

PORTER, M. E. A strategy for health care reform: toward a value-based system. *N. Engl. J. Med.*, Boston, v. 361, p. 109-112, 2009.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P., KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 211-224, 1987.

RAMOS, L. R. et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev. Saúde*

Pública, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 506-513, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004325>. Acesso em: 10 nov. 2021.

RAMOS, L. R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 50, supl. 2, p. 1-10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>. Acesso em: 23 nov. 2021.

RUBENSTEIN, L. Z. et al. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.*, Washington, v. 56, n. 6, p. 366-377, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.M366>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SAENGER, A. L. F.; CALDAS, C. P.; MOTTA, L. B. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072015>. Acesso em: 07 nov. 2021.

SÃO JOSÉ, J. de; TEIXEIRA, A. N. Envelhecimento Ativo: contributo para uma discussão crítica. *Anál. Soc.*, Lisboa, v. 49, n. 210, p. 28-54, 2014. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23722984>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SCHIMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*, London, v. 6736, n. 11, p. 60135- 60139, 2011.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 51, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000243>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SZWARCWALD, C. L. et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 339-50, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>. Acesso em: 01 nov. 2021.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. de. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, 2007.

TINETTI, M. E. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 34, p. 119-126, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>. Acesso em: 25 nov. 2021.

TURNER, G.; CLEGG, A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners, report. *Age Ageing*, London, v. 43, p. 744-747, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>. Acesso em: 01 nov. 2021.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-237, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100025>. Acesso em: 27 nov. 2021.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 357- 365, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>. Acesso em: 08 nov. 2021.

VERAS, R. P. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 18. n. 3, p. 473-474, 2015a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.0146>. Acesso em: 01 nov. 2021.

VERAS, R. P. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. *J. Gerontol. Geriatr. Res.*, Los Angeles, v. 4, n. 3, 1-13, 2015b. Disponível em: <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000223>. Acesso em: 02 dez. 2021.

VERAS, R. P. *Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado*. Rio de Janeiro: ANS, 2018a.

VERAS, R. P. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1-7, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180100>. Acesso em: 01 nov. 2021.

VERAS, R. P. New model of health care improve quality and reduce costs. *MOJ Gerontol. Geriatr.*, [s. l.], v. 4, n. 4, p. 117-120, 2019a.

VERAS, R. P. A contemporary care model for older adults should seek coordinated care, grater quality and the reduction of costs. *Int. J. Fam. Community Med.*, [s. l.], v. 3, p. 210-214, 2019b.

VERAS, R. P. An Innovative Healthcare Model for the Elderly in Brazil: Care Coordination Extends Care Quality and Reduces Costs. *Int. J. Intern. Med. Geriatr.*, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 33-42, 2019c.

VERAS, R. P. Coordination of care: a contemporary care model for the older age group. *MOJ Gerontol. Geriatr.*, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 50-53, 2020a.

VERAS, R. P. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 9-19, 2020b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>. Acesso em: 07 nov. 2021.

VERAS, R. P.; GOMES, J. A. C.; MACEDO, S. T. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 1-13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190073> Acesso em: 05 nov. 2021.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>. Acesso em: 05 nov. 2021.

VERAS, R. P.; ESTEVAN, A. A. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: LOZER,

A. C.; LELES, F. A. G.; COELHO, K. S. C. (org). *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar*. Brasília, DF: OPAS, 2015. p. 73-84.

VERAS, R. P.; GALDINO, A. L. *Caring Senior Modelo Assistencial Contemporâneo: Coordenação de cuidado, ampliação da qualidade e redução de custos*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2021.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. Acesso em: 12 nov. 2021.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>. Acesso em: 01 nov. 2021.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 225-233, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Ageing: World Report on Ageing and Health*. Geneva: WHO; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: WHO; 2011.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.*, [s. l.] v. 17, n. 1, p. 37-49, 1992. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4). Acesso em: 05 nov. 2021.



# A epidemiologia do envelhecimento. Novos paradigmas?

Dalia Romero

Leo Maia

## Introdução

O século XX é caracterizado por diversas disciplinas como o século das grandes mudanças em todos os campos da sociedade e do conhecimento. Esse século trouxe a era do automóvel, do átomo, dos antibióticos, da TV, da internet, entre muitas outras, acompanhadas por grandes revoluções sociais e duas guerras mundiais.

As mudanças nas condições da saúde da população e seu estudo científico não escaparam a essas tendências. A demografia e a epidemiologia, ciências que têm como foco a população, mostraram que até começos do século XX quase todas as pessoas no mundo viviam em extrema pobreza, o conhecimento médico era pouco desenvolvido e generalizado e, em todos os países, nossos ancestrais esperavam uma morte a uma idade que hoje em dia é considerada prematura (Riley, 2005; Roser, Ortiz-Ospina & Ritchie, 2019). Decorridos séculos na História, a expectativa de vida média global era inferior aos trinta anos. Foi no século XX que pela primeira vez se viu duplicar esse indicador, chegando aos 66 anos ao seu final (Riley, 2005). Entretanto, essa experiência nova para o mundo se deu num contexto de grande desigualdade, que se perpetua até os dias de hoje. Enquanto, no ano 2000, a expectativa de vida no Japão era de 81 anos, na média dos países africanos era de 55 anos (similar à da Europa de 1920 e do Brasil de 1970) (World Bank, 2021).

A epidemia da Covid-19, no entanto, paralisou e até reverteu a tendência de ganhos na expectativa de vida, tanto por consequências diretas, como indiretas. Comparando 2018 com 2020, a expectativa de vida nos EUA diminuiu 1,87 anos, chegando a 76,87 anos, 8,5 vezes mais que a diminuição média nos países ricos (0,22 anos) (Woolf, Masters & Aron, 2021). No Brasil, uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estimou a redução da expectativa de vida ao nascer entre 2020 e 2021 em 4,4 anos (Gombata, 2022), retrocedendo ao nível de mortalidade experimentado em 2006 (IBGE, 2006). Essa estimativa coloca o Brasil em situação pior que os Estados Unidos.

Ainda que a pandemia tenha mostrado que uma população pode “rejuvenescer”, é importante reconhecer que o processo de envelhecimento coletivo é uma tendência mundial que traz importantes desafios para a sociedade e que a relevância desse processo não pode apenas se fundamentar no nível e na tendência da proporção de pessoas idosas numa população. Questões intrínsecas ao envelhecimento dos seres humanos, especialmente relacionadas às condições de saúde, devem ser consideradas em todo planejamento e nas intervenções de programas e políticas públicas.

O envelhecimento demográfico e o envelhecimento individual devem ser diferenciados. O primeiro é decorrente da mudança na estrutura etária da população e acontece com o aumento da proporção de pessoas consideradas idosas. O envelhecimento demográfico pode ser reversível a partir de, por exemplo, a entrada de migrantes jovens, o aumento da fecundidade e/ou o aumento da mortalidade a idades avançadas.

Já o envelhecimento individual, embora seja concebido como um processo, está associado ao conceito de velhice e fragilização. A idade, por si só, não é um preditor de fragilidade e velhice, uma vez que o processo de envelhecimento é heterogêneo (muda de pessoa a pessoa). Entretanto, pela simplicidade de captação, a idade

passou a ser o principal marcador de envelhecimento humano. A maioria dos países usam 60 ou 65 anos para definir uma pessoa como idosa. No Brasil, o Estatuto do Idoso a define como aquela que alcança os 60 anos de idade.

Uma vez que o envelhecimento individual é uma “construção social”, sua conceitualização está em constante mudança. Entretanto, a maioria das vezes envolve a noção de “processo irreversível” e fase final da vida (Dardengo & Mafra, 2018). O envelhecimento individual é multifacetado e inclui aspectos fisiológicos, sociais e culturais. As mudanças que constituem o envelhecimento no plano biológico estão associadas com a acumulação de danos moleculares e celulares que aumentam o risco de doenças e afetam a capacidade corporal dos indivíduos (Steves, Spector & Jackson, 2012). A perda de status social e a solidão durante o envelhecimento também têm se mostrado fatores adversos à saúde das pessoas de mais idade. Contudo, seria equivocado falar de um único paradigma de velhice determinado pela idade ou condição física, pois as pessoas a vivenciam de formas diferentes e dependem do contexto socioeconômico e cultural em que estão inseridas.

Em geral, duas perspectivas são identificadas nos estudos sobre a velhice. Uma, de ordem sociológica e psicossocial, que foca no afastamento e na invisibilidade da pessoa idosa na sociedade e argumenta a favor dos direitos e do pleno exercício da cidadania nessa faixa etária. Outra perspectiva, clínica-médica, da epidemiologia, foca nas doenças e síndromes geriátricas que surgem na velhice, cujas evidências sustentam, em muitos casos, a necessidade de mudanças do sistema de saúde para responder às demandas da longevidade.

O envelhecimento pode ser encarado de duas maneiras: como tragédia que destrói os sistemas sociais ou como uma oportunidade, na medida que as pessoas idosas tenham uma vida saudável, como afirmava Maria Fernanda Lima Costa no seminário “Envelhecimento saudável sem estado de bem-estar e sem SUS?”, ocorrido na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2017, promovido pelo Centro de Estudos

Estratégicos da Fiocruz e pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), no qual participaram também o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão e a coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde e Envelhecimento (Gise/Icict/Fiocruz), Dalia Romero (CEE-Fiocruz e Icict/Fiocruz 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), buscando evitar a leitura do envelhecimento como uma tragédia inevitável, envidou esforços e propôs novos paradigmas. O termo Envelhecimento Ativo, adotado pela OMS ao final da década de 1990, é definido como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (Organização Mundial da Saúde, 2005, p. 07). Mais recentemente, em 2020, a OMS criou o plano “A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030” como uma estratégia para melhorar a vida dos idosos, de suas famílias e comunidades. Visando avaliar como foi apreendido o início da Década do Envelhecimento Saudável no contexto das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) promoveu uma reunião interagências de organizações internacionais, que reconheceu que a aplicação do plano na região se faz ainda mais urgente, pois o envelhecimento da população ocorre rapidamente em um contexto socioeconômico frágil, onde muitos idosos não conseguem ter acesso aos recursos básicos necessários para uma vida digna (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

Neste capítulo do livro trataremos dos principais aspectos sobre as condições de saúde da população idosa brasileira desde a perspectiva da epidemiologia do envelhecimento.

## **1. Transição epidemiológica e envelhecimento**

Conceitualmente, a teoria da transição epidemiológica se concentra na complexa mudança dos padrões de morte e morbidade da população ocorrida no tempo, associada às transformações demográficas, sociais e econômicas (Omran, 1971). A

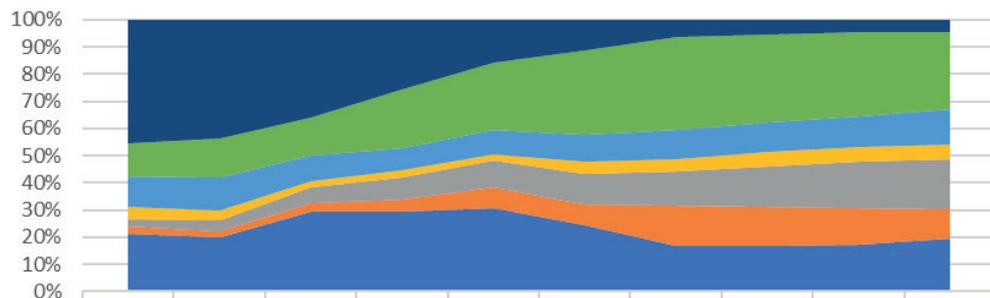
teoria sustenta que, durante a transição, as causas principais de morte e doença por pandemias (infectocontagiosas) são gradualmente substituídas por doenças degenerativas. Omran (1971), seu principal autor, identifica três grandes estágios sucessivos da transição epidemiológica: A Era da Pestilência e da Fome, A Idade das Pandemias em Recessão e a Era das Doenças Degenerativas e Causadas pelo Homem, na qual o envelhecimento seria sua principal característica.

Essa teoria contém uma visão evolucionista e funcionalista e, por isso, tem sofrido importantes críticas e sugestões de mudança. Luna (2002), ao analisar a situação epidemiológica do Brasil, observou que o processo de transição não se dava de forma linear, nem homogênea, pelo que conclui que no país há: 1) uma sobreposição de etapas – doenças infecciosas e degenerativas convivem com grande peso absoluto e relativo; 2) um movimento de contratransição caracterizado pelo ressurgimento em peso de diversas doenças infecciosas; 3) uma incerteza de uma resolução do processo de transição, em um país profundamente marcado por desigualdades sociais. O autor demonstra que o pretense movimento de eliminação das doenças infecciosas não só não se verificou, a partir de exemplos como a epidemia da AIDS, como também que os mesmos fatores relacionados ao progresso, ao desenvolvimento socioeconômico e à modernidade se comportam como determinantes da transição dos processos na direção inversa, propiciando o surgimento e a disseminação de novas e velhas doenças infectoparasitárias (Luna, 2002, p. 232).

A pandemia de Covid-19, 40 anos depois da AIDS, constata e aprofunda as críticas à teoria da transição epidemiológica, mas também traz uma particularidade no seu perfil etário, quando comparada às principais pandemias. A letalidade da Covid-19 é acentuadamente superior entre a população idosa (em torno de 70% dos óbitos correspondem a pessoas de 60 anos ou mais). Pandemias anteriores concentraram suas mortes em crianças e adultos. Assim, como mencionado anteriormente, a Covid-19 ameaçou reverter a tendência considerada “consagrada” da transição: o envelhecimento populacional.

Apesar das críticas, em períodos suficientemente longos, as mudanças no perfil da mortalidade defendidas na teoria da transição epidemiológica são observadas no Brasil. O Gráfico 1 explora as mudanças na distribuição percentual das causas de mortalidade no Brasil ao longo do tempo, desconsiderando as causas mal definidas. No Brasil de 1930, quase metade dos óbitos eram por causas infecciosas e parasitárias, passando, desde, 1990 a menos de 10%. As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas, que, em 1930, correspondiam a apenas a 11,8% e 2,7% do total de óbitos, respectivamente, passaram a um percentual de 28,6% e 18,5% em 2019, ocupando o primeiro e segundo lugar entre as mais frequentes causas definidas de mortalidade no Brasil.

**Gráfico 1. Distribuição percentual da mortalidade geral. Brasil, 1930 a 2019.**

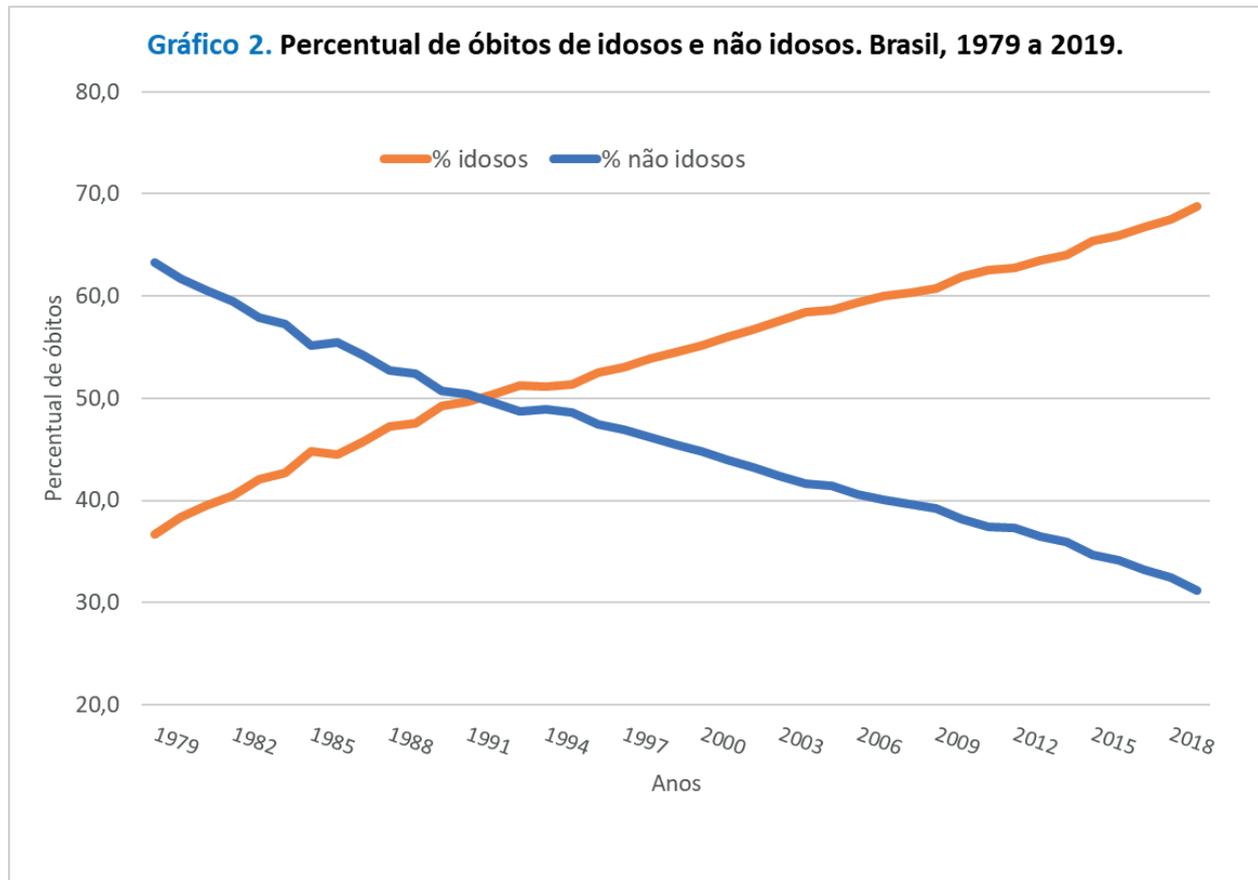


	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2019
■ Infecções parasitárias	45,7	43,5	35,9	25,9	15,7	11,4	6,2	5,5	4,6	4,4
■ Aparelho circulatório	11,8	14,5	14,2	21,5	24,8	30,8	34,3	32,1	30,9	28,6
■ Aparelho respiratório	11,5	12,1	9,1	8,0	9,0	10,1	10,6	10,9	11,3	12,7
■ Aparelho digestivo	4,4	3,8	2,4	2,5	2,5	4,3	4,7	5,3	5,5	5,4
■ Neoplasias malignas	2,7	3,9	5,7	8,1	9,7	11,2	12,4	14,9	16,9	18,5
■ Causas externas	2,6	2,4	3,3	4,8	7,5	7,7	15,1	14,6	13,5	11,2
■ Outras causas	21,3	19,8	29,4	29,2	30,8	24,5	16,6	16,7	17,3	19,2

■ Outras causas    ■ Causas externas    ■ Neoplasias malignas    ■ Aparelho digestivo  
 ■ Aparelho respiratório    ■ Aparelho circulatório    ■ Infecções parasitárias

Fontes: 1930-1980: Dados nº7, RADIS, Fiocruz. Estimativas de Araújo (2012). 1990-2019: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

A mudança na estrutura das causas é acompanhada pela mudança na estrutura etária dos óbitos, conforme demonstra o Gráfico 2. No começo dos anos 80 a maioria dos óbitos era de idades inferiores a 60 anos. A partir de 1992 essa situação se reverte, chegando, em 2019, a que 70% das mortes sejam de pessoas de 60 ou mais.



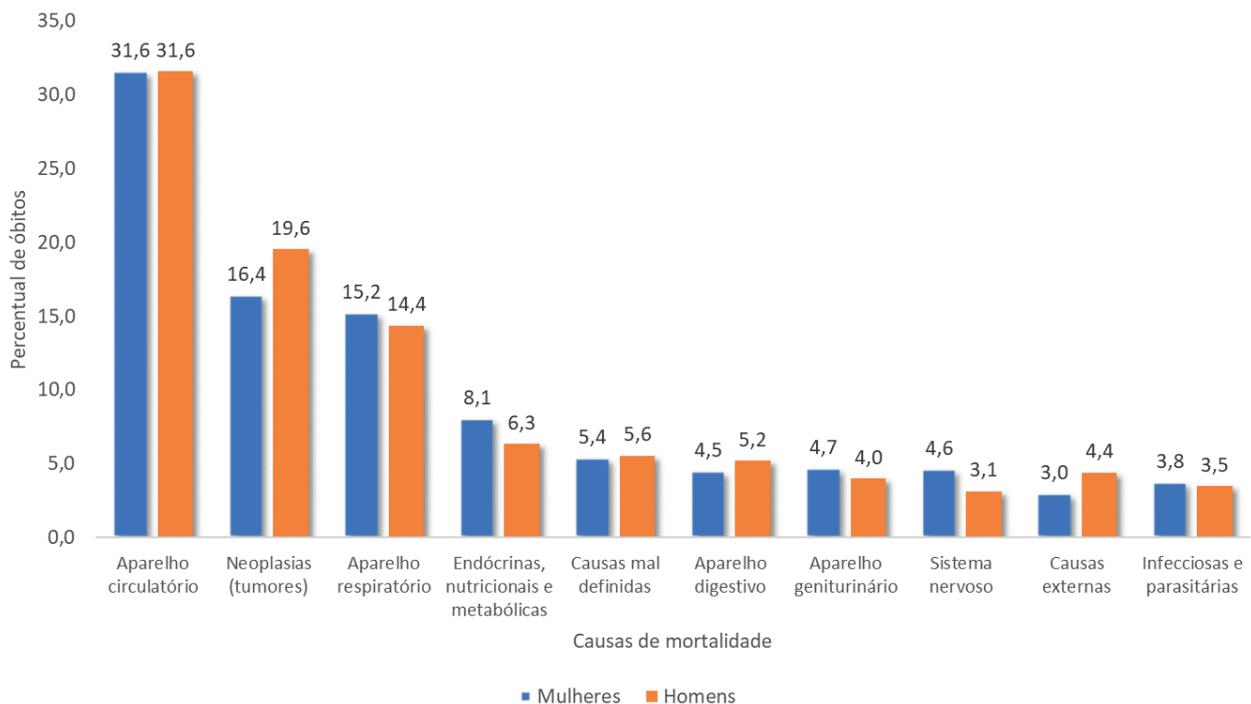
Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

## 2. Mortalidade: principais causas de óbitos da população idosa e indicadores de sobrevivência

A estrutura de causas de mortalidade de pessoas de 60 anos ou mais se concentra principalmente nas doenças não-transmissíveis (ver Gráfico 3). No ano de 2019, três grupos de causas correspondiam a mais de 60% do total de óbitos de pessoas idosas, tanto na população feminina, quanto masculina, sendo elas: doenças do aparelho

circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Doenças infecciosas e parasitárias eram as causas de menos de 4% dos óbitos para ambos os sexos. Homens e mulheres idosas pouco se diferenciaram quanto à distribuição percentual das causas de mortalidade. As principais diferenças encontradas foram a maior proporção de óbitos na população masculina por neoplasias e causas externas (19,6% e 4,4%, respectivamente) em relação à feminina (16,4% e 3,0%, respectivamente) e a maior proporção de óbitos por doenças do sistema nervoso e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas em idosas (4,6% e 8,1%, respectivamente) em comparação aos homens idosos (3,1% e 6,3%, respectivamente).

**Gráfico 3.** Percentual dos 10 grupos de causas mais frequentes de mortalidade, segundo gênero. Brasil, 2019.



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

O aumento da expectativa de vida também se mostrou uma característica da transição epidemiológica observável no Brasil. A expectativa de vida dos brasileiros ao nascer teve um incremento de mais de 8 anos desde o início do século (Tabela

1). Tal aumento foi ligeiramente maior para os homens. No entanto, as vantagens femininas na expectativa de vida ao nascer se manteve alta (7 anos de diferença). No que diz respeito à expectativa de vida aos 60 anos, observa-se um comportamento contrário, ou seja, há um ganho de anos de vida mais acentuado entre as mulheres, o que gera um aumento nas vantagens femininas em relação aos homens (passou de 3,5 para 3,8 anos de diferença). Vale destacar, contudo, que essas estimativas foram obtidas através das Tábuas de Mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o qual utiliza a projeção da mortalidade elaborada a partir dos dados do Censo Demográfico de 2010, desconsiderando o aumento dos óbitos decorrentes da pandemia de Covid-19 na população brasileira no ano de 2020.

<b>Expectativa de vida e expectativa de vida aos 60 anos, segundo sexo e total. Brasil.</b>					
<b>Total</b>					
	2000	2005	2010	2015	2020
Expectativa de vida	68,6	71,9	73,5	75,5	76,8
Expectativa de vida aos 60 anos	17,8	20,8	21,4	22,1	22,8
<b>Mulheres</b>					
	2000	2005	2010	2015	2020
Expectativa de vida	72,6	75,8	77,3	79,1	80,3
Expectativa de vida aos 60 anos	19,5	22,3	23,0	23,8	24,6
<b>Homens</b>					
	2000	2005	2010	2015	2020
Expectativa de vida	64,8	68,2	69,7	71,9	73,3
Expectativa de vida aos 60 anos	16,0	19,2	19,6	20,2	20,8

Fonte: Tábuas completas de mortalidade dos anos correspondentes, IBGE.

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=publicacoes>. Acesso em: 14 fev de 2022.

O tempo de sobrevivência dos brasileiros se diferencia não apenas segundo o sexo, mas também segundo a raça/cor do indivíduo. Quando observamos a idade média à morte dos diferentes grupos raciais para o ano de 2019, notamos que a população negra e, especialmente, a indígena, possui desvantagens significativas

em relação à população branca e amarela (Tabela 2). A idade média à morte dos indígenas sequer alcança a faixa etária dos quinquagenários: é 28,3 anos menor do que a dos amarelos e 23,2 anos menor do que a dos brancos. Por sua vez, negros morreram em média 8,1 anos antes do que a população branca e 13,2 anos antes do que a população amarela. Ademais, negros e indígenas também possuem um maior desvio padrão em relação à idade média à morte do que brancos e amarelos, ou seja, há uma maior concentração de óbitos em idades mais avançadas entre brancos e amarelos, enquanto a mortalidade de indígenas e negros ocorrem em idades mais dispersas. Desse modo, observa-se que as conquistas de anos adicionais de vida não se dão de forma equitativa entre diferentes grupos sociais. Ainda hoje, o direito a envelhecer é negado a determinados grupos raciais e étnicos no Brasil.

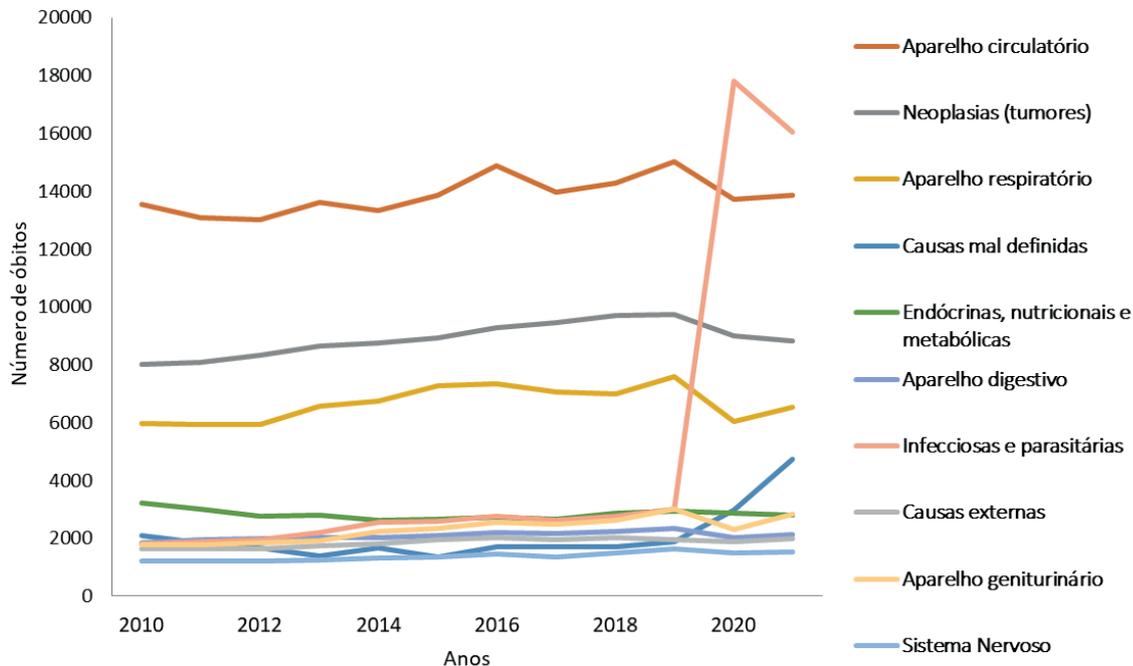
#### **Idade Média à Morte e Desvio Padrão segundo raça/cor, Brasil, 2019.**

<b>Raça/cor</b>	<b>Idade Média à Morte*</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Amarela	74,6	17,6
Branca	69,5	20,5
Negra (preta ou parda)	61,4	23,1
Indígena	46,3	33,4

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

Como comentado anteriormente, com a chegada da pandemia Covid-19, as evidências que sustentavam a robustez da teoria da transição epidemiológica foram confrontadas pela sobremortalidade da população mais longeva e pelo grande peso que uma doença infectocontagiosa ocupou na morbimortalidade da população brasileira. Ao observarmos as causas mais frequentes de óbitos de pessoas idosas no município do Rio de Janeiro - as informações dos anos mais recentes para abrangência nacional até então não foram disponibilizadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - entre os anos de 2010 e 2021, percebemos a expressiva mudança trazida pela pandemia no padrão de mortalidade (Gráfico 4).

**Gráfico 4.** Número de óbitos de pessoas idosas segundo grupos de causas. Município do Rio de Janeiro, 2010 a 2021.



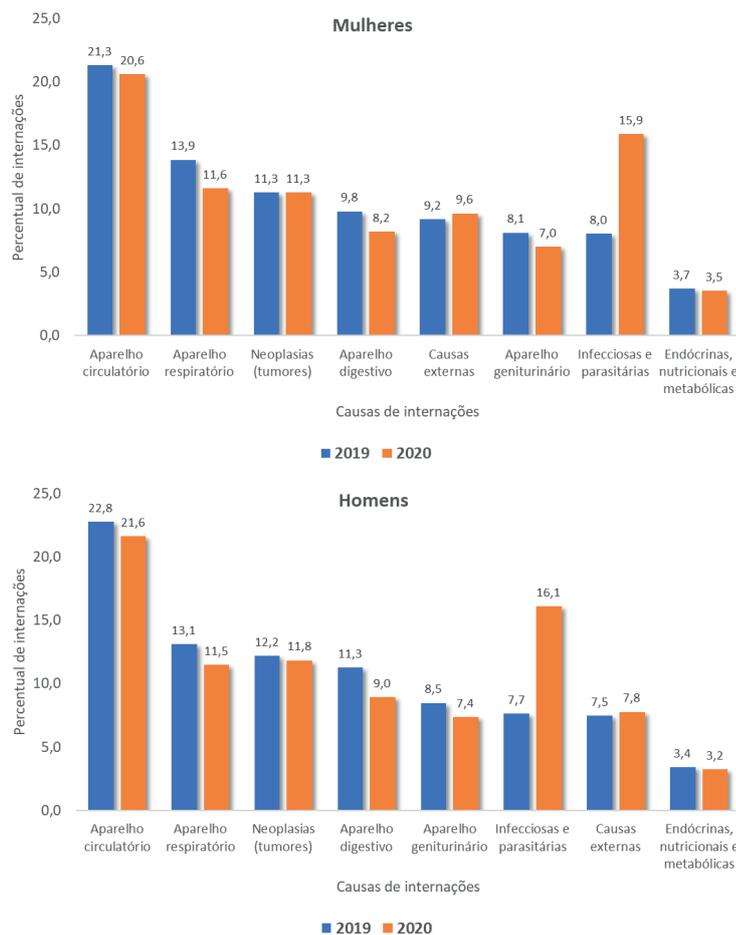
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas obtidas no Datasus.

### 3. Morbidade: principais causas de internações hospitalar da população idosa e mudanças em decorrência da pandemia COVID-19

Os dados de Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), que representam aproximadamente 70% de todas as internações no Brasil, são atualizados e disponibilizados em tempo menor que os do SIM, permitindo ter estimativas recentes sobre o padrão de morbidade hospitalar no Brasil e suas divisões territoriais. Assim, verificamos que os padrões de morbidade hospitalar também foram significativamente afetados pela pandemia Covid-19, fato que é evidenciado a partir da observação das oito causas mais frequentes de internações de pessoas idosas entre os anos de 2019 e 2020 (Gráfico 5). As internações por doenças infecciosas e parasitárias, que correspondiam a cerca de 8% das causas de internações para ambos os sexos, dobraram o seu peso na distribuição percentual, chegando ao redor de 16% para ambos. Nas demais causas de internações,

chama a atenção a pouca diferença encontrada na distribuição percentual entre homens e mulheres, à exceção das internações decorrentes de causas externas, as quais, diferentemente do padrão de mortalidade (ver Gráfico 3), encontrou maior percentual entre as mulheres, tanto em 2019 (9,2%, contra 7,5% entre homens), quanto em 2020 (9,6%, contra 7,8% entre homens).

**Gráfico 5. Percentual das causas mais frequentes de internações entre pessoas idosas, segundo gênero. Brasil, 2019 e 2020.**



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Estimativas elaboradas pelos autores.

#### 4. Prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis na população idosa

Conhecidas as mudanças nos padrões de causas de hospitalizações e mortalidade da população idosa, interessa-nos, por fim, conhecer a prevalência de

doenças crônicas nesse grupo etário. Isso porque, segundo a teoria da transição Wepidemiológica, elas se tornarão um dos principais desafios relativos à *Saúde do Amanhã* em um Brasil envelhecido, devido ao comprometimento que geralmente causam à funcionalidade humana, gerando incapacidade e aumentando a dependência para a realização das atividades da vida diária.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 mostra a alta prevalência de doenças crônicas entre a população idosa brasileira (Tabela 3). Apenas 19% das pessoas idosas relataram não ter sido diagnosticadas com nenhuma das doenças crônicas referidas no inquérito e especificadas na Tabela 3. Convivem com mais de uma doença crônica 58,3% das pessoas idosas, sendo que 5,5 milhões dessas (34,4% do total de idosos) convivem com 3 ou mais doenças crônicas. As dez doenças crônicas mais prevalentes na população idosa são: hipertensão arterial (56,4%), problema crônico de coluna (31,1%), diabetes (20,8%), artrite ou reumatismo (18,2%), alguma doença do coração (ex.: infarto, angina, insuficiência cardíaca) (13,1%), depressão (11,8%), câncer (6,8%), acidente vascular cerebral (AVC) (5,6%), asma (ou bronquite asmática) (4,7%) e alguma doença crônica no pulmão (ex.: enfisema pulmonar, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica) (3,0%).

A prevalência é maior entre as mulheres idosas para a maior parte das doenças, à exceção de alguma doença no coração, câncer, AVC, alguma doença no pulmão e insuficiência renal crônica. Homens idosos mais frequentemente relatam não ter nenhuma doença crônica não transmissível (DCNT) em relação às mulheres idosas (23,2% e 15,8%, respectivamente), além de terem menor prevalência de 3 doenças crônicas não-transmissíveis ou mais (34,4% e 20,0%, respectivamente). Não obstante, essas diferenças devem ser analisadas com cautela, levando em consideração que as disparidades na prevalência observadas nos inquéritos não necessariamente refletem a realidade. A prevalência relatada depende do diagnóstico da doença. Sabe-se que os homens utilizam menos os serviços de saúde (Malta et al., 2017) e, quando o fazem, muitas vezes a doença está em um estágio avançado (Gomes,

2008), fato que pode explicar a maior (ou igual) mortalidade de homens por essas doenças (ver Tabela 1) em contraste com a menor prevalência relatada por eles.

**Tabela 3. Prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis em pessoas idosas segundo gênero e total. Brasil, 2019.**

	Total		Mulher		Homem		
	n	%	n	%	n	%	
Hipertensão Arterial	16.414.745	56,4%	10.011.461	61,6%	6.373.929	49,7%	
Problema crônico de coluna	9.038.046	31,1%	5.737.973	35,3%	3.277.253	25,5%	
Diabetes Mellitus	6.063.166	20,8%	3.538.378	21,8%	2.516.495	19,6%	
Artrite ou Reumatismo	5.285.175	18,2%	4.178.232	25,7%	1.066.300	8,3%	
Alguma doença do coração	3.824.526	13,1%	2.131.225	13,1%	1.693.492	13,2%	
Depressão	3.438.388	11,8%	2.567.916	15,8%	849.018	6,6%	
Câncer	1.973.776	6,8%	1.020.934	6,3%	955.561	7,4%	
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	1.629.634	5,6%	811.806	5,0%	821.105	6,4%	
Outra doença mental	1.361.375	4,7%	1.013.688	6,2%	339.293	2,6%	
Asma	1.325.455	4,6%	868.334	5,3%	452.884	3,5%	
Alguma doença do pulmão	844.590	2,9%	457.901	2,8%	387.155	3,0%	
Insuficiência Renal Crônica	743.073	2,6%	398.280	2,4%	345.354	2,7%	
DORT	643.271	2,2%	464.256	2,9%	175.538	1,4%	
Quantidade de doenças crônicas (comorbidades)	0	5.519.988	19,0%	2.571.184	15,8%	2.977.380	23,2%
	1	8.472.239	29,1%	4.213.515	25,9%	4.287.707	33,4%
	2	6.890.407	23,7%	3.881.253	23,9%	3.007.421	23,4%
	3 ou mais	8.212.412	28,2%	5.591.380	34,4%	2.565.206	20,0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

Identificar a prevalência de doenças não é tarefa simples para a saúde pública. O câncer de mama é outro exemplo da subestimação da prevalência, já que seu diagnóstico necessita da disponibilidade de aparelhos considerados caros e de alta tecnologia, como é o mamógrafo. Em 2019, 48,8% e 42,3% das mulheres idosas relataram nunca terem realizado mamografia no Norte e no Nordeste, respectivamente, enquanto na região Sudeste foram apenas 23% (Tabela 4); esse indicador mostra o menor acesso a esse tipo de exame nas regiões mais pobres

do país. Apesar das diferenças regionais terem se reduzido entre 2013 e 2019, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde persistem. As diferenças observadas no acesso ao diagnóstico colocam dúvidas na veracidade das taxas de óbitos e internações por câncer de mama nas regiões mais desassistidas. Sem um diagnóstico adequado não seria correto afirmar que o risco de morte por câncer de mama das idosas da região Norte seja 38% menor que na região Sul do país, conforme mostra a Tabela 4.

**Tabela 4. Percentual de idosas que nunca realizaram exame de mamografia, de internações e de óbitos de idosas por câncer de mama, segundo regiões. Brasil, 2013 e 2019.**

Regiões/Anos	Percentual de idosas que nunca realizaram mamografia <sup>1</sup>		Taxa de internações de idosas por câncer de mama (por 100 mil hab.) <sup>2</sup>		Taxa de mortalidade de idosas por câncer de mama (por 100 mil hab.) <sup>2</sup>	
	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Brasil	39,9	31,5	145,7	171,5	56,0	61,1
Norte	61,2	48,8	63,0	86,8	33,3	41,9
Nordeste	53,1	42,3	107,8	138,6	43,2	52,3
Sudeste	32,2	23,0	167,5	192,1	62,0	65,8
Sul	36,9	32,4	177,3	197,3	66,3	67,5
Centro-oeste	37,7	33,8	115,7	143,2	52,6	58,3

Fontes: (1) Pesquisa Nacional de Saúde, PNS (2013 e 2019). Estimativas elaboradas pelos autores. (2) Estimativas obtidas no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, SISAP-Idoso.

Por fim, vale destacar que embora o crescimento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas e de suas consequências (aumento da incapacidade e dependência funcional) a tornem, com razão, um dos motivos de maior preocupação da epidemiologia e da saúde pública contemporânea, isso não quer dizer que devemos diminuir a importância ou deixar de priorizar as demais causas na situação epidemiológica brasileira. O primeiro passo para pensarmos a Saúde do Amanhã é a resolução permanente dos problemas do “passado”, tais como doenças negligenciadas e a fome. Estas últimas não aparecem entre as questões mais prevalentes na população idosa, já que se concentram em áreas rurais e populações de menor tamanho (Pereira, Spyrides & Andrade, 2016), mas representam um desafio fundamental no direito à vida. A persistência das causas externas, em

específico a violência (Souza et al., 2018), também será uma preocupação central para a sociedade brasileira e para o SUS nos anos vindouros.

## 5. Envelhecimento saudável: novo paradigma da saúde

O aumento das doenças crônicas em idades avançadas, além da idade, tem sido utilizado como indicador de fragilidade e velhice, mas acaba não sendo um indicador suficientemente sensível para identificar a fase do envelhecimento. Isso porque na presença de uma adequada promoção da saúde, prevenção de agravos e do acesso a recursos, as doenças crônicas não necessariamente limitam a vida com qualidade e satisfação (Moraes et al., 2016; Ramos, 2003).

No século XXI, os estudos sobre a velhice têm focado sua atenção em construtos que englobam a diversidade de fatores que determinam o envelhecimento e que dão conta da qualidade de vida, independentemente de atrelar isso a uma doença crônica. A OMS, na busca de uma perspectiva positiva do envelhecimento, propôs o termo, mencionado anteriormente, “envelhecimento ativo” e, mais recentemente, “envelhecimento saudável”. Nesse contexto, dois conceitos-chave são formulados para abordar a saúde da pessoa idosa: capacidade funcional e capacidade intrínseca. Esses conceitos são ratificados pela OMS no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde de 2015 (World Health Organization, 2015) e no plano Década do Envelhecimento Saudável (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020), com a finalidade de popularizar o novo paradigma sobre o envelhecimento.

Nesse plano, a OMS afirma que:

*“O envelhecimento saudável pode ser uma realidade para todos. Ele demandará uma troca de foco de se ter o envelhecimento saudável como a ausência de doença para a promoção da habilidade funcional que permite à pessoa idosa ser e fazer aquilo que valoriza. Serão necessárias ações de melhoria do envelhecimento saudável em múltiplos níveis e em múltiplos setores, de modo a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e viabilizar a habilidade funcional” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020, p. 3).*

O conceito de capacidade funcional (CF) pode ser definido como a capacidade da pessoa de realizar de forma independente as demandas físicas do cotidiano, as

quais compreendem desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária. A CF é composta da capacidade intrínseca da pessoa, das características do ambiente que afetam essa capacidade e das interações entre as pessoas e essas características (World Health Organization 2015), onde:

- A capacidade funcional é a combinação e a interação da capacidade intrínseca com o contexto em que a pessoa habita.

- A capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais da pessoa.

- O ambiente inclui todos os fatores do mundo exterior que formam o contexto da vida. Inclui - do nível micro até o nível macro - a família, a comunidade e a sociedade em geral. No meio ambiente há uma série de fatores que englobam o contexto construído, como as pessoas e seus relacionamentos, as atitudes e os valores, as políticas de saúde, os sistemas que as sustentam e os serviços que prestam (Üstün et al., 2003).

## 5.1 Funcionalidade

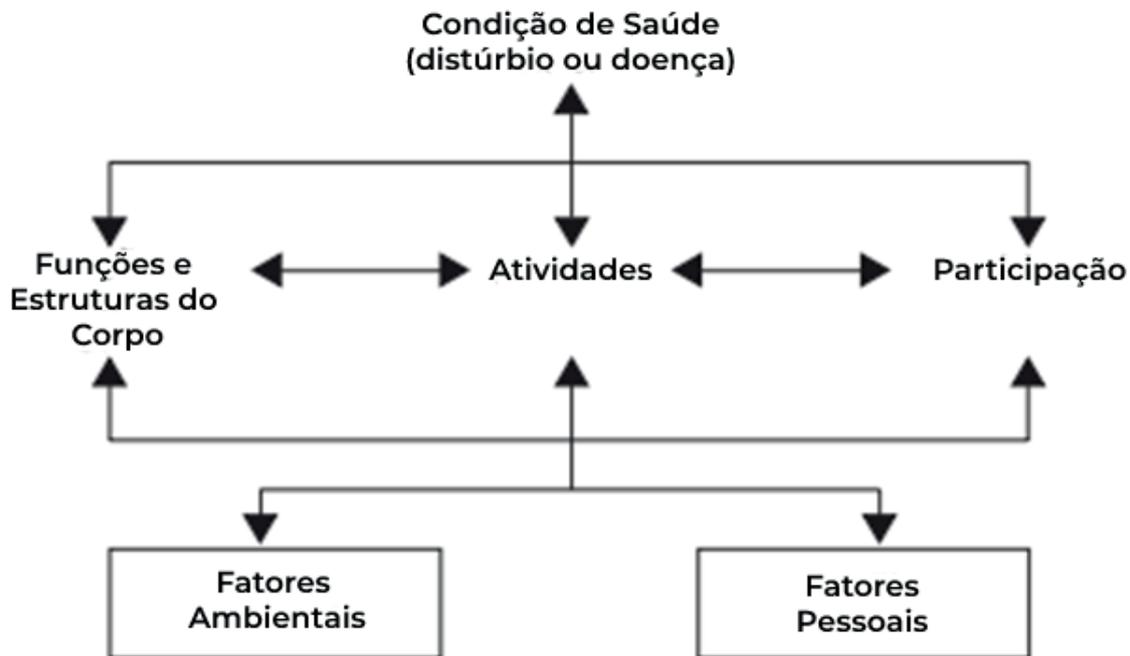
A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, publicada pela OMS em 2001, tal qual a Classificação Internacional de Doenças (CID), proporciona uma linguagem unificada e padronizada, como um sistema de descrição da saúde e de estados relacionados à saúde. A CIF permite identificar as diversas dimensões que afetam a qualidade de vida e que definem o estado de saúde das pessoas.

Os domínios da CIF são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e Participação. Essas se relacionam com os fatores ambientais que interagem com todos estes construtos. Dessa maneira, a CIF evita classificar o estado de saúde apenas a partir da doença e melhor define as consequências da doença, do contexto e das condições de vida acumuladas durante a vida.

A CIF foi um passo crucial para a concretização de um novo paradigma da saúde da pessoa idosa ao explicar as múltiplas faces do Envelhecimento saudável a partir da Interação dos Componentes da Funcionalidade (Figura 1), que vão

desde o nascimento (incluindo questões genéticas), características pessoais (como sexo, raça/cor, ocupação, nível educacional, gênero e renda), até as condições do ambiente (como facilitadores de mobilidade e acesso a recursos). Essa interação reflete a desigualdade do envelhecimento numa região ou num país e influencia as características de saúde, os fatores de risco, as doenças, as lesões e as síndromes geriátricas das pessoas idosas.

**Figura 1. Interações entre os componentes da CIF**



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003).

Esse novo paradigma, embora mensurável, não é de fácil captação através das estatísticas produzidas sobre a saúde da população. Inquéritos populacionais têm tentado incorporar perguntas sobre as dimensões e interações dos componentes da CIF, mas ainda não existe um consenso sobre a mensuração da funcionalidade (Castro et al., 2016). Alguns instrumentos proporcionam escore sobre a vulnerabilidade ou o perfil de capacidade funcional, mas estes variam quanto aos resultados (Alves, Leite & Machado, 2008). Perguntas aos idosos acerca da capacidade para a realização de atividades são as mais utilizadas, as quais geralmente são avaliadas por meio do

grau de dificuldade (nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, muita dificuldade, incapaz de fazer) ou grau de dependência (necessidade de ajuda de outra pessoa ou impossibilidade de realizar uma tarefa). Ao comparar resultados entre pesquisas é preciso estar atento ao conceito de incapacidade funcional empregado pelos autores já que os resultados variam muito.

Baseados no conceito utilizado por Alves (2007), definimos neste trabalho como pessoas com incapacidade funcional aquelas com alto grau de dificuldade e/ou que necessitam de ajuda para executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida com autonomia. A PNS 2019 permite identificar ambos os critérios. Pessoas idosas que precisam de ajuda ou tem muita dificuldade ou não conseguem sozinhas comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo ao outro ou se deitar tem incapacidade funcional para as atividades básicas da vida diária (ABVD). Assim, a partir dos dados da PNS 2019, pode-se afirmar que 9,6% das pessoas idosas tinham tal tipo de limitação. Por outra parte, uma em cada quatro (25,1%) das pessoas idosas possuíam incapacidade funcional para realizar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como fazer compras, administrar finanças, tomar os remédios, ir ao médico ou sair utilizando transporte (ônibus, metrô, táxi ou carro).

Mulheres idosas possuíam maior prevalência de incapacidade funcional em todas as regiões brasileiras, tanto para as ABVD, quanto para as AIVD, ainda que as diferenças tenham sido maiores entre essas últimas. O Norte e Nordeste foram as regiões com maiores níveis de prevalência de incapacidade funcional (básica e instrumental). Tal desigualdade chama ainda mais a atenção se considerado que estas regiões possuem um menor percentual de idosos mais longevos (Carmo & Camargo, 2018). Esse achado reforça o entendimento da CIF de que a plena condição de saúde e a funcionalidade estão mais associadas ao contexto em que o indivíduo está inserido do que propriamente ao avançar da idade.

**Tabela 5. Prevalência de idosos com incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária segundo região e gênero. Brasil, 2019.**

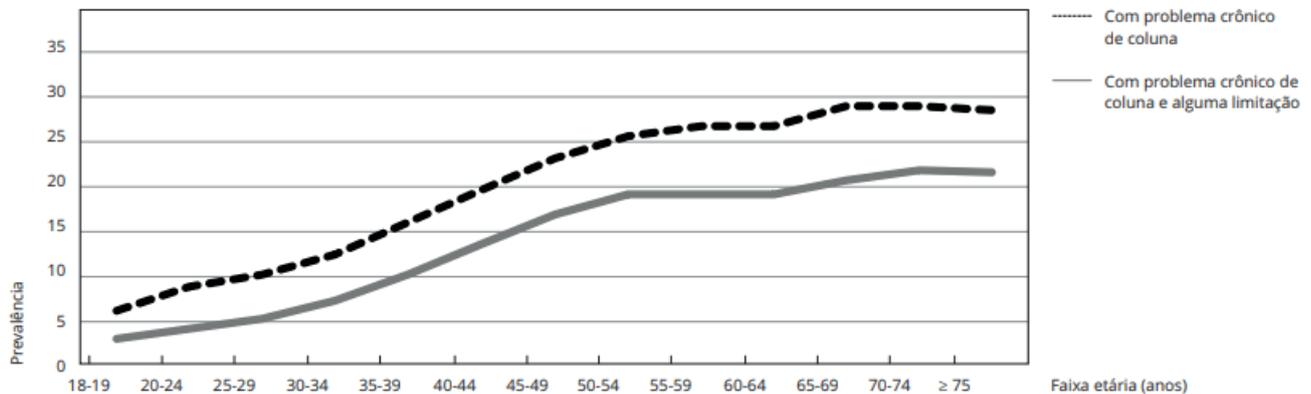
<b>Atividades Básicas da Vida Diária</b>			
	Total	Mulheres	Homens
Brasil	<b>9,6%</b>	<b>10,7%</b>	<b>8,2%</b>
Norte	9,9%	11,5%	8,0%
Nordeste	11,3%	12,8%	9,3%
Sudeste	8,9%	9,8%	7,7%
Sul	9,2%	9,7%	8,5%
Centro-oeste	8,5%	10,2%	6,4%
<b>Atividades Instrumentais da Vida Diária</b>			
Brasil	<b>25,1%</b>	<b>30,0%</b>	<b>18,6%</b>
Norte	28,2%	34,6%	20,7%
Nordeste	33,0%	39,5%	24,7%
Sudeste	22,7%	27,1%	16,7%
Sul	19,2%	22,7%	14,8%
Centro-oeste	21,8%	27,4%	15,0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

Como visto na Tabela 3, o problema de coluna é uma das condições crônicas mais prevalentes na população idosa (Tabela 4). Esta é a principal causa de anos vividos com incapacidade (Hurwitz et al., 2018) e a primeira causa de perda de qualidade de vida entre idosos (Hoy et al., 2014). Um problema como este pode ser tratado antecipadamente se investirmos em prevenção e promoção da saúde por meio, por exemplo, da educação física nas escolas primárias e núcleos de saúde da família. Os ganhos provenientes de sua prevenção se tornam ainda mais relevantes se considerado que a maioria das pessoas que alcançam aos 50 anos de idade sem problema de coluna não chegam a desenvolvê-lo depois, conforme demonstrado

por Romero e colaboradores (2018) ao relacionarem a prevalência do problema de coluna com o avançar da idade no Brasil para o ano de 2013 (Gráfico 6).

**Gráfico 6.** Prevalência de problema crônico de coluna, segundo faixa etária. Brasil, 2013.



Fonte: Romero et al. (2018).

No período da pandemia Covid-19, o problema de coluna se agravou no Brasil. Resultados de um estudo em andamento, baseados no inquérito de abrangência nacional “ConVid- Pesquisa de Comportamentos”, mostram que 45% dos adultos brasileiros relataram surgimento ou piora do problema de coluna em decorrência das mudanças comportamentais trazidas pela pandemia e suas necessárias medidas de contenção de contágio, como o distanciamento social.

As consequências do processo de perda da capacidade funcional afetam não apenas as pessoas idosas, mas toda sociedade brasileira, o sistema de saúde e, em especial, os responsáveis pelo auxílio a esses idosos fragilizados. Estimativas próprias a partir dos dados da PNS de 2019 apontam que, no Brasil, 88,1% das pessoas idosas com incapacidade funcional para as ABVD eram cuidados por seus familiares. Essas pessoas cuidadoras são, em sua maioria, mulheres de meia-idade (Giacomin et al., 2019), esposas, filhas, noras, sobrinhas ou netas da pessoa idosa.

Diversos são os estudos que demonstram que o trabalho de cuidar está associado a uma perda na qualidade de vida e do bem-estar dos cuidadores familiares, gerando

até mesmo problemas em suas saúdes mental e física (Shi et al., 2020; Anjos, Boery & Pereira, 2014). Isso ocorre porque, na falta de um suporte social adequado, o trabalho de cuidar se torna exaustivo, já que demanda grande quantidade de tempo, dedicação e recursos e frequentemente provoca uma sobrecarga física e emocional. Desse modo, o escopo de desafios do novo paradigma do envelhecimento deve contemplar não apenas aqueles voltados à população idosa, as também aqueles enfrentados pelos seus cuidadores, ainda mais se considerarmos que o verificado processo de redução da natalidade levará a uma diminuição das famílias e, conseqüentemente da oferta de familiares cuidadores.

## 5.2 Capacidade intrínseca

A capacidade intrínseca de uma pessoa idosa é a combinação da capacidade física e mental, sendo que o contexto pode favorecer, ou não, tal capacidade. Por exemplo, ruas com espaços seguros e em boas condições para caminhar podem fomentar a atividade física, assim como o acesso à atenção primária e ao diagnóstico adequado podem evitar agravos e sequelas de doenças crônicas. Uma vez acontecido um problema de saúde, como infarto ou acidente cerebrovascular, a capacidade intrínseca dependerá da possibilidade de tratamento, cuidados e serviços de reabilitação (World Health Organization, 2015).

O conceito de capacidade intrínseca e suas potenciais utilizações foram bem explorados em planos de organização e gestão da atenção à saúde da pessoa idosa elaborados pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2020) e reiterados pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020), de modo que estes serão a base das ideias desenvolvidas na sequência do capítulo.

Todos os principais domínios da capacidade intrínseca de uma pessoa, descritos na Figura 2, são potencialmente incapacitantes para o indivíduo e estão interligados uns aos outros. Ainda que o declínio de cada um desses domínios esteja associado ao processo de envelhecimento, é possível retardá-lo e atenuá-lo com uma pronta detecção e o adequado manejo nos sistemas de saúde (especialmente na Atenção Primária), de modo a evitar que esse declínio afete a sua capacidade funcional e gere dependência para suas atividades da vida diária. A capacidade locomotora diz respeito à capacidade física da pessoa de se locomover de um lugar ao outro e pode ser manejada a partir de duas intervenções principais: 1) da promoção de um estilo de vida ativo, com uma rotina de exercícios regulares, adaptados à capacidade e às necessidades do indivíduo; 2) da adaptação do ambiente e do uso de tecnologias capazes de auxiliar e manter sua mobilidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). A partir da PNS de 2019 estimamos que no Brasil cerca de 34,7% das pessoas idosas possuíam dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus, sendo que apenas 6,7% utilizavam ou tinham acesso a algum aparelho auxiliar (como cadeira de rodas, próteses ou órteses e bengalas ou muletas).

**Figura 2. Domínios-chave da capacidade intrínseca**



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (2020).

A vitalidade diz respeito aos fatores fisiológicos do indivíduo que podem levar à perda de capacidade intrínseca. Um de seus principais determinantes é o estado nutricional da pessoa idosa. A má-nutrição pode levar à perda de massa muscular, fato que está diretamente ligado à capacidade locomotora. Sua detecção pode ser captada por profissionais de saúde da atenção primária, a partir da apreensão da dieta do indivíduo, das mudanças no peso e, por vezes, a partir de exames de

sangue. Seu manejo pode vir através do aconselhamento nutricional e nos casos mais graves a partir da suplementação alimentar (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Duas perguntas da PNS 2019 que podem ser utilizadas como proxy da vitalidade referem-se à perda de apetite e ao sentimento de cansaço/falta de energia nas últimas duas semanas. Ambas tinham como alternativas de resposta: nenhum dia, menos da metade dos dias, mais da metade dos dias e todos os dias. Dessa maneira, estimamos que 18,7% das pessoas idosas têm alta perda de vitalidade, correspondente às duas últimas alternativas em pelo menos uma das duas perguntas.

Outras perguntas da PNS 2019, relacionadas à sintomas depressivos, são os relativos à capacidade psicológica. Esta está fortemente atrelada aos outros domínios da capacidade intrínseca, uma vez que a perda da habilidade funcional muitas vezes contribui para a manifestação de sintomas depressivos e/ou ansiedade. Apesar do diagnóstico de depressão requerer a atenção de um profissional especializado, os sintomas depressivos (apresentados por aqueles que relatam dois ou mais sintomas simultâneos de depressão com grande frequência por pelo menos 2 semanas) podem ser detectados e até manejados por profissionais de saúde não especializados. Na Tabela 6 é possível observar a prevalência de sintomas depressivos entre idosos nas duas últimas semanas relativas à data da pergunta. O problema de sono foi o sintoma mais apresentado entre as pessoas idosas, seguido da falta de energia e do sentimento depressivo, se considerados aqueles que relataram os sentimentos a maioria dos dias ou todos os dias nas semanas. O manejo dos sintomas depressivos é possível a partir de terapias e através da prática regular de exercícios físicos, devido ao efeito positivo que a atividade física exerce sobre o humor (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

**Tabela 6. Prevalência de sintomas depressivos e perda de vitalidade entre pessoas idosas. Brasil, 2019.**

	Problemas com sono	Sentiu-se cansado/sem energia	Falta de concentração	Falta de apetite	Falta de prazer ou interesse	Sentiu-se deprimido	Sentiu-se mal consigo	Pensou em se ferir
Nenhum dia	57,9%	65,1%	81,1%	80,3%	73,2%	72,7%	86,8%	95,8%
Menos da metade dos dias	17,3%	20,4%	11,3%	10,9%	17,2%	16,9%	8,4%	2,6%
Mais da metade dos dias	8,4%	6,3%	3,5%	4,1%	4,6%	5,1%	2,4%	0,8%
Quase todos dias	16,3%	8,2%	4,0%	4,7%	4,9%	5,3%	2,4%	0,8%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

A capacidade auditiva é uma das mais relacionadas ao avançar da idade em idosos, e a detecção de seu declínio também pode ser feita por profissionais comunitários de saúde da atenção primária, embora o seu manejo necessite de atenção e equipamentos especializados (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Estimamos a partir da PNS de 2019 que 1,2 milhões de pessoas idosas (cerca de 4%) possuíam dificuldade permanente para ouvir, independentemente de usar aparelho auxiliar. Este último dispositivo, por seu valor, é de difícil acesso para grande parte da população idosa de baixo recurso, o que talvez explique que a grande maioria com dificuldade permanente não disponha desses aparelhos (88%). O SUS disponibilizou aparelhos auxiliares para 37% dos que relataram utilizar.

A capacidade visual é um componente crítico da capacidade intrínseca, haja vista que o seu declínio usualmente afeta a segurança no deslocamento, o acesso a informações e as relações interpessoais da pessoa idosa. A perda de tal capacidade é facilmente detectada a partir de tabelas de visão, pelo que a capacitação para o diagnóstico é relativamente simples. Profissionais de saúde, não necessariamente oftalmologistas, podem captar o declínio da capacidade visual da população. Dessa maneira, agentes comunitários e outros membros da Estratégia de Saúde da Família poderiam ser capacitados para examinar pessoas idosas. Entretanto, o tratamento,

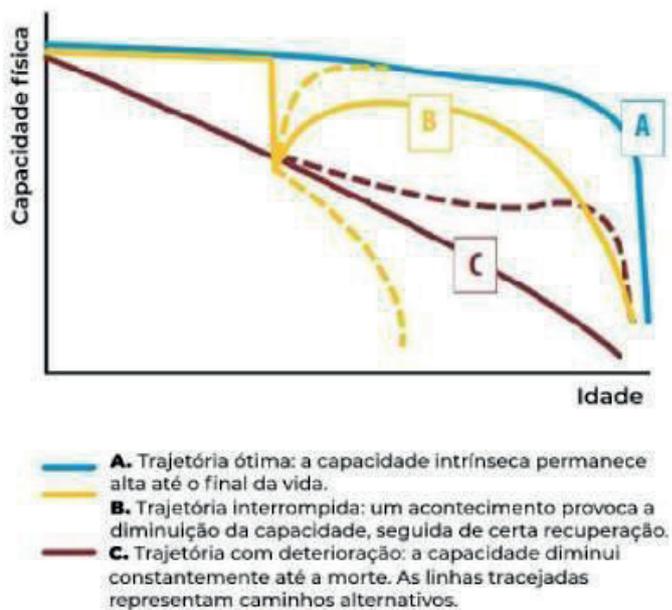
na maior parte das vezes, exige a presença de um profissional especializado e de equipamentos de auxílio (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Possuem problemas para enxergar (seja alguma/muita dificuldade ou não enxergam) 32,5% das pessoas idosas no Brasil, sendo que quase 4 de cada 10 destas não dispõem de óculos ou outro aparelho auxiliar, segundo estimativas feitas a partir da PNS (2019).

Por fim, a capacidade cognitiva está ligada à memória e à capacidade de concentração e resolução de problemas. O declínio cognitivo é manifestado, em sua fase final, a partir do desenvolvimento de demência na pessoa idosa. Apesar de suas causas estarem intimamente associadas ao envelhecimento do cérebro, é possível intervir e mitigar o processo se detectado em tempo oportuno (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Enquanto a detecção da perda cognitiva é feita através de testes cognitivos, o seu manejo ocorre a partir da promoção de um estilo de vida saudável, sobretudo com a prática de exercícios físicos, o engajamento social e com atividades que estimulem a cognição. No entanto, essa abordagem só é possível ao nível não especializado quando a perda cognitiva ainda não tenha gerado um quadro de demência no indivíduo.

Embora a nível populacional exista uma associação entre idade e redução da capacidade física e funcional, a nível individual esta relação se torna um pouco mais complexa. A Figura 3, proposta no “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”, também da OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015), ilustra três trajetórias hipotéticas da capacidade física de indivíduos ao longo do curso de sua vida. A trajetória ótima (pessoa A) seria aquela na qual a capacidade intrínseca permanece alta por todo o curso da vida. A trajetória interrompida (pessoa B) tem percurso semelhante ao da pessoa A, até que em determinado momento da vida um evento causa uma queda repentina na capacidade. A trajetória de deterioração (pessoa C) é aquela que tem um declínio constante da capacidade intrínseca. A experiência de observar trajetórias de capacidade intrínseca e suas possíveis alternativas (ilustradas pelas linhas pontilhadas) nos permite avaliar como a interação das pessoas com o

ambiente é capaz de impactar suas capacidades físicas. Tendo como pressuposto que o objetivo de cada indivíduo é ter uma trajetória de vida mais próxima a da pessoa A, tal modelo nos oferece a oportunidade de pensar intervenções que nos ajudem a alcançar esse objetivo. Por exemplo, uma alternativa à trajetória da pessoa B poderia ser pensada através do acesso a serviços de reabilitação. Por sua vez, a trajetória de deterioração da capacidade física da pessoa C poderia ser atenuada a partir de intervenções voltadas às mudanças de comportamentos relacionados à saúde ou através da administração de medicamentos. Desse modo, reforça-se, mais uma vez, que a relação entre a idade cronológica e a capacidade física não é direta, o que nos abre um leque de opções de intervenções para a sua manutenção.

**Figura 3. Três trajetórias hipotéticas de capacidade física**



Fonte: Organización Mundial de la Salud (2015).

Por mais que o modelo das trajetórias hipotéticas se aplique a nível individual, seus pressupostos poderiam explicar o porquê de grupos sociais diferentes

experimentarem a velhice e suas consequências de formas distintas, tal qual nas diferenças observadas na prevalência de incapacidade funcional (instrumental e diária) das atividades da vida diária entre regiões brasileiras, descritas na tabela 5.

### 5.3 Deficiência e saúde

A deficiência por muito tempo foi conceituada desde um modelo médico definido a partir da insuficiência física ou perda de uma parte anatômica e/ou órgão, o qual define deficiência como característica intrínseca da pessoa. O modelo social da deficiência ganhou espaço e tenta esclarecer que não é a pessoa que apresenta uma deficiência, mas a sociedade e o meio que a determina. A CIF estabelece parâmetros para mudar a concepção e operacionalização da deficiência ao considerar não só a questão corporal e clínica, mas a influência do contexto social. Estes avanços colocam o foco da deficiência na sociedade e no Estado ao evidenciar a partir de indicadores o grau de investimento em acessibilidade, tecnologia assistiva, comunicação, acesso a recursos (como óculos, cadeiras de rodas, entre outros), adaptação das ruas e viabilidade, aceitação e integração das pessoas com deficiência, seja mental ou física. O desafio é construir uma sociedade que disponha cada vez mais de meios adequados para que pessoas com limitações possam ter interação e participação na sociedade em igualdade de condições.

A mudança conceitual da deficiência ficou clara na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007, em que o artigo 1º dispõe: *“Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interações com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas”* (Brasil, 2008). Essa definição foi ratificada na Lei Federal n. 13.146 de 2015 (Brasil, 2015), a qual regulamentou as disposições da Convenção da ONU. Assim, não só os critérios clínicos/médicos são considerados.

Os impedimentos físicos, mentais, intelectuais e sensoriais são tidos como inerentes à diversidade humana, de modo que a deficiência é resultado da interação destes impedimentos com as barreiras sociais. A dificuldade de inserção social do indivíduo é consequência desse processo. Ou seja, o fator médico é um dos elementos do conceito de deficiência (o impedimento), que em interação com as barreiras presentes na sociedade passa a gerar a obstrução ao pleno convívio social.

Por essas mudanças, atualmente, considera-se adequado utilizar a expressão “pessoa com deficiência” e não expressões como “deficiente” ou “portador de necessidades especiais”. Evitar a estigmatização das pessoas com deficiência também constitui um desafio para a sociedade atual.

O envelhecimento está fortemente associado com o aumento da chance de deficiências. Não só porque implica, em muitos casos, no aumento das comorbidades e de riscos por acidentes, como uma queda, mas também porque nessa fase da vida as perdas sociais, econômicas e familiares também se tornam mais frequentes.

Definindo pessoas com deficiência como aquelas com alto grau de dificuldade ou incapacidade permanente de enxergar, se locomover, ouvir ou realizar atividades habituais em decorrência de limitação nas funções mentais ou intelectuais, estimamos a prevalência de deficiências entre a população idosa para o ano de 2019. Os resultados são apresentados na Tabela 7. A prevalência das deficiências referidas entre pessoas idosas no Brasil foi alta (24,8%). Dentre elas, as mais prevalentes foram as deficiências locomotoras (17,6%) e visual (9,2%). Na comparação, segundo grandes regiões, chamam a atenção as mesmas disparidades encontradas nos indicadores de incapacidade funcional (Tabela 5). Norte e Nordeste foram aqueles com maior percentual de pessoas idosas com deficiência (27,6% e 29,0%, respectivamente), fato que novamente demonstra a determinação do contexto nas condições de saúde e vida da população. Mulheres, se comparadas com homens idosos, apresentaram os

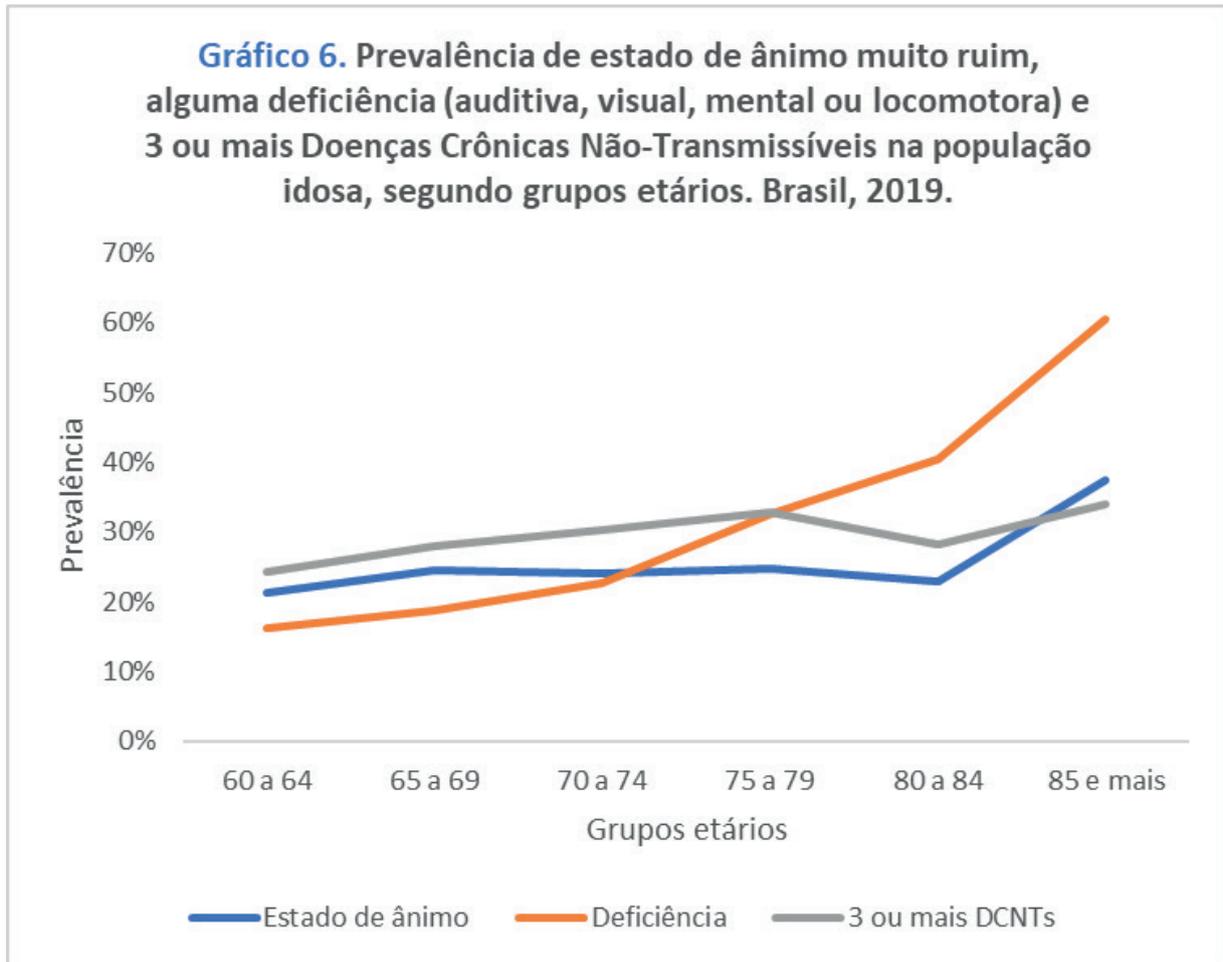
piores níveis, especialmente no que diz respeito à deficiência locomotora (21,5% contra 12,4% dos homens).

**Tabela 7. Prevalência de alguma deficiência visual, auditiva locomotora ou mental entre pessoas idosas, segundo região e gênero. Brasil, 2019.**

	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência locomotora	Deficiência mental	Alguma deficiência (visual, auditiva, locomotora ou mental)
Brasil	9,2%	4,3%	17,6%	2,9%	24,8%
Norte	13,8%	5,0%	17,0%	2,8%	27,6%
Nordeste	11,6%	4,5%	20,3%	3,4%	29,0%
Sudeste	8,3%	4,0%	16,7%	2,8%	23,2%
Sul	6,6%	4,5%	16,4%	2,6%	22,7%
Centro-oeste	7,9%	3,9%	16,2%	2,4%	22,3%
Homem	8,1%	4,6%	12,4%	2,5%	20,2%
Mulher	10,0%	4,0%	21,5%	3,2%	28,4%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

O Gráfico 6 ilustra a relação entre a deterioração das condições de vida da população idosa e a idade cronológica, a partir de três indicadores-chave: a prevalência de 3 DCNT ou mais, a presença de alguma deficiência (visual, auditiva, locomotora ou mental) e o estado de ânimo ruim (apresentou pelo menos um sintoma depressivo a maior parte dos dias ou sempre nas duas últimas semanas). Observa-se que a presença de alguma deficiência foi o indicador mais associado com o avançar da idade, embora todos eles tenham tido algum acréscimo em seu nível junto ao avanço etário.



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

#### 5.4 Prevalência e desafios das doenças neurodegenerativas

Doenças neurodegenerativas são aquelas que provocam alteração no cérebro das pessoas afetadas, levando a uma deterioração e perda progressiva de neurônios (Enciu et al., 2011). Quando a doença neurodegenerativa afeta as funções como memória, linguagem, raciocínio e comportamento pode se chegar à demência. A maioria delas está inerentemente associada ao aumento da idade, pelo que o envelhecimento populacional implica no aumento de pessoas diagnosticadas com demências (Baker & Petersen, 2018). Tudo parece indicar que no futuro

do Brasil ocorrerá um aumento do número de idosos que sofrerá de doenças neurodegenerativas geriátricas.

Segundo o relatório da Carga global, regional e nacional da doença de Alzheimer e outras demências (Nichols et al., 2019), o número de indivíduos que vivem com demência está aumentando, afetando famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. Estimam que mais do que dobrou a incidência entre 1990 e 2016, principalmente pelo aumento do envelhecimento e pelo crescimento da população, e assinalam que a demência representa a quinta principal causa de morte globalmente.

Doenças neurodegenerativas, como as doenças de Parkinson e Alzheimer, são condições potencialmente debilitantes, que carecem de opções viáveis de tratamento, resultando em um alto custo econômico e social (Baker & Petersen, 2018) e em uma perspectiva preocupante para o envelhecimento individual e coletivo. Além dos danos físicos das pessoas com demência, essas doenças implicam na inatividade laboral, perda de renda da família, isolamento social, tristezas, diminuição da autonomia na vida diária e da qualidade de vida das pessoas responsáveis do cuidado, os quais, como apontado anteriormente, são majoritariamente familiares mulheres. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostra que as despesas médicas destinadas às doenças neurodegenerativas superam a soma das destinadas ao câncer e a doenças cardiovasculares (Hurd et al., 2013).

Na ausência de cura, há um foco crescente na redução do risco, diagnóstico oportuno e intervenção precoce (Robinson, Tang & Taylor, 2015). Entretanto, o diagnóstico das demências não é simples. Estudos de autópsia mostraram que a patologia da doença cerebrovascular (por exemplo, lacuna, microinfarto, micro ou macro-hemorragia, grande infarto, aterosclerose, angiopatia amilóide cerebral, entre outras) coocorre com a doença de Alzheimer em cerca de 40-80% de casos de demência em idosos (Gauthier et al., 2021). Por outra parte, a doença de Alzheimer

se caracteriza pelo declínio cognitivo progressivo associado ao comprometimento da memória, mas a doença cerebral esporádica de pequenos vasos relacionada à idade também pode apresentar manifestação clínica semelhante e pode ser diagnosticada erroneamente como Doença de Alzheimer (Blennow, 2004). Dificuldade em encontrar palavras ou tomar decisões, pelo enfraquecimento das relações sociais na velhice e a tristeza prolongada, pode confundir o diagnóstico da demência (Kostopoulou et al, 2008).

Medicamentos podem causar comprometimento cognitivo, agravando assim a demência. O aumento acelerado de consumo de medicamentos psicotrópicos, ansiolíticos e antidepressivos, comumente prescritos para o tratamento da ansiedade, insônia e depressão em idosos em muitos países (Dell'osso & Lader, 2013; Hartikainen et al., 2003) representam um importante problema para a saúde pública. Embora seja, em muitos casos, ministrado de forma adequada, representa em si um fator de risco que acentua os sintomas da demência por um lado e, por outro, causa reações adversas, levando a diagnósticos falsos positivos de demência. Assim, a polifarmácia se configura como um grande problema para as pessoas idosas e para o sistema de saúde.

Em um estudo de meta-análise com 984 artigos, cujo objetivo era identificar a relação entre o uso de benzodiazepínicos e demência, revelou-se que uma alta proporção de pacientes com 65 anos ou mais relataram um longo período (sete anos ou mais) de uso de tal medicamento (Puustinen et al., 2007), embora a recomendação seja de que a duração total do uso se limite a algumas semanas. Outros estudos revelaram um risco aumentado de demência, especialmente de Alzheimer (Billioti de Gage et al., 2014; Zhong et al., 2015), entre os usuários de benzodiazepínicos. Tais resultados indicam a necessidade de atentarmos ao uso inadequado de tais tipos de medicamentos.

O Brasil, depois da Turquia, teve a segunda maior prevalência padronizada por idade de demência (1.037 casos por 100.000 habitantes), segundo estimativas realizadas em 195 países pelo grupo de Carga da Doença (Nichols et al., 2019). Entretanto, os autores constataam grandes inconsistências entre dados de causa de morte e dados de prevalência ao longo do tempo, assim como entre países. Verificaram que, enquanto as taxas por idade de mortes por demência aumentaram cinco vezes, a prevalência de demência no mesmo período se manteve estável. Concluem que a melhora da captação e padronização da informação sobre demências é um grande desafio para todos os países.

No Brasil, a estimativa de prevalência de demência varia acentuadamente. Dados e pesquisas são insuficientes. Em revisão sistemática, autores mostraram que tal prevalência variava entre 5,1% a 17,5% (Boff, Sekyia & Bottino, 2015). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 2019, apontou que no Brasil existem quase 2 milhões de pessoas com demência (ao redor de 50% são do tipo Alzheimer), mas que esses dados podem estar subestimados pela dificuldade do diagnóstico correto ou pela falta de acesso a um diagnóstico (SBGG, 2019).

Um estudo descritivo a partir do Inquérito domiciliar de 2016, “Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro (ELSI-Brasil)”, aplicado a adultos com 50 anos ou mais no Brasil, constatou que pessoas com Alzheimer, embora tenham mais visitas ao clínico geral, possuem piores indicadores de cuidados preventivos que aqueles sem Alzheimer (como dentista, exame oftalmológico e mamografia) e apresentam maior frequência de quedas, hospitalização, doenças crônicas e maior tempo de internação (Feter et al., 2021). Além disso, apontou que a solidão, um grave problema na velhice, é mais acentuada entre pessoas com Alzheimer (Feter et al., 2021).

A Atenção Básica tem um papel fundamental na detecção precoce da demência assim como na identificação de outros problemas de saúde que podem ser confundidos com demência (Robinson, Tang & Taylor, 2015). Pessoas idosas em

geral ficam mais tempo na residência, pelo que também é papel da Atenção Básica encaminhar para avaliação especializada aqueles com sintomas como: alterações neurológicas, psiquiátricas ou comportamentais ou aqueles com fatores de risco importantes (por exemplo, tentativa de suicídio). A preocupação da família é de particular importância, especialmente porque um indivíduo pode compensar ou negar seus problemas nos estágios iniciais. Nas visitas domiciliares das equipes de Atenção Básica os profissionais podem conversar sobre esses aspectos com os familiares.

Há evidências crescentes de fatores de risco para demência, o que mostra que o estilo de vida e outras intervenções podem, se implementadas de forma eficaz junto à Atenção Básica, contribuir para retardar o início e reduzir o número futuro de pessoas com demência (Elwood et al., 2013; Anstey, Lipnicki & Low, 2008). Conforme destacado anteriormente, ferramentas breves de avaliação cognitiva, como testes de comprometimento da memória, podem e devem ser aplicados por equipe capacitada da Atenção Básica (Robinson, Tang & Taylor, 2015).

Pesquisa e inovação em saúde são elementos essenciais. O Comitê de Ajudas Técnicas da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (Brasil, 2009) afirma que o desenvolvimento e a produção de Produtos de Tecnologia Assistiva (dispositivos ou sistemas que permitam melhorar a qualidade de vida e aumentar a capacidade funcional) deveriam ser prioridade. O Parkinson compromete a mobilidade e estabilidade dos movimentos e, conseqüentemente, a função manual para atividades simples como comer. Essa limitação poderia ser mitigada com o desenvolvimento de artefatos como, por exemplo, talheres adaptados e barras de apoio. Assim, com investimentos considerados de baixo custo para o sistema de saúde, poderia se ganhar independência e qualidade de vida (Marques, Fernandes & Paschoarelli, 2021).

O SUS padronizou e universalizou em 1992 a primeira tabela de concessão de ajudas técnicas/Tecnologia Assistiva. Com isso, retirou a assistência à pessoa com

deficiência da área da filantropia e a transferiu à rede regular de saúde. Dessa maneira, o SUS foi reconhecido como o agente principal na inovação e concepção dos produtos de Tecnologia Assistiva (Brasil, 2009).

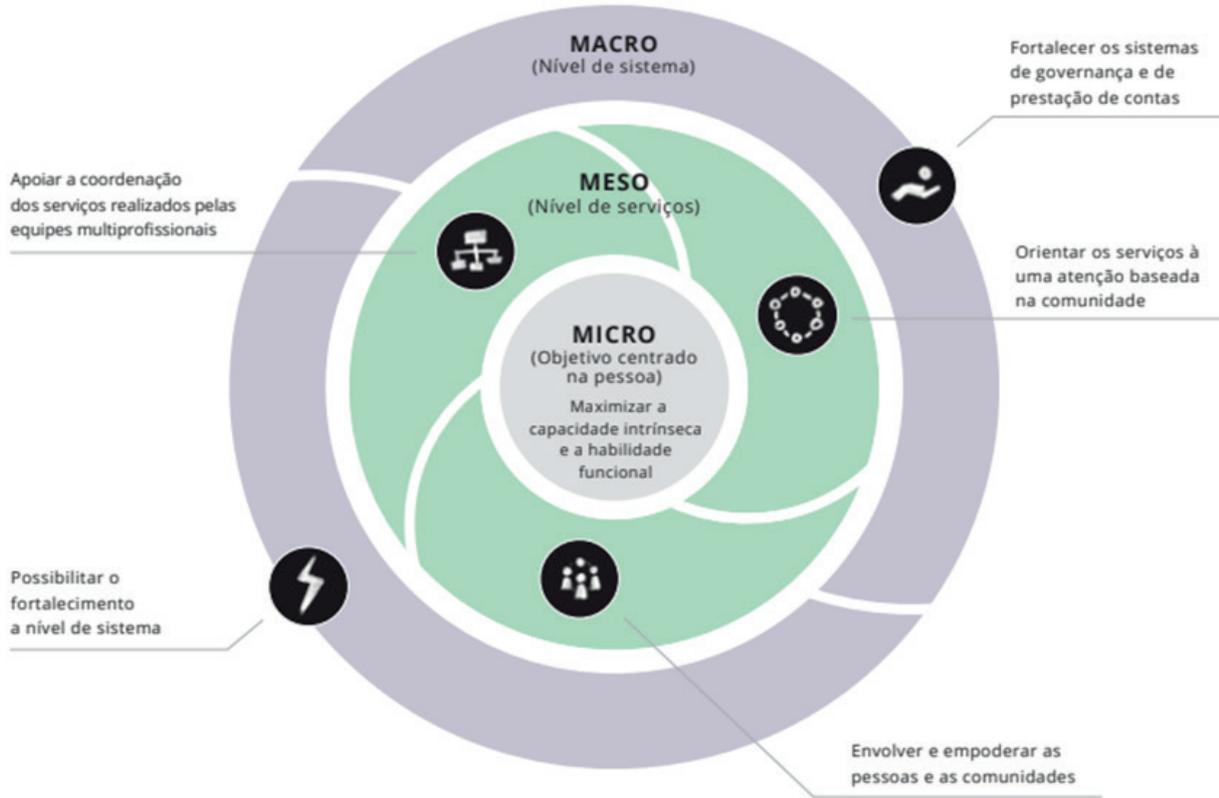
## **6. Atenção integrada para as pessoas idosas a nível comunitário. Orientações da OMS**

Em outubro de 2017, a OMS publicou o Guia Cuidados Integrados para Idosos: Orientações sobre Intervenções no Nível da Comunidade para gerenciar as perdas da capacidade intrínseca, o qual contém 19 recomendações de ações (World Health Organization, 2017). Essas orientações, por sua sigla em inglês, denominadas de ICOPE (*Guidelines on Integrated Care for Older People*), foram elaboradas a partir de revisão sistemática das análises das evidências sobre cuidados integrados e de metodologia Delphi, para se alcançar um consenso mundial. A ICOPE incorpora a otimização da capacidade intrínseca e capacidade funcional como a chave para um envelhecimento saudável. Atualmente, no Brasil, a Coordenação Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde, em conjunto com o Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento da Fiocruz, desenvolve um “Instrumento de Rastreamento de Saúde da Pessoa Idosa” baseado no ICOPE.

Na Guia, a OMS assinala que o mundo se uniu em torno da agenda 2030 das Nações Unidas para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), mas reconhece que os mesmos dificilmente serão alcançados sem ações e adaptações estruturais e sociais (Organização Mundial da Saúde, 2020) e sem considerar o envelhecimento saudável como o paradigma norteador.

Figura 4.

Quadro de implementação ICOPE

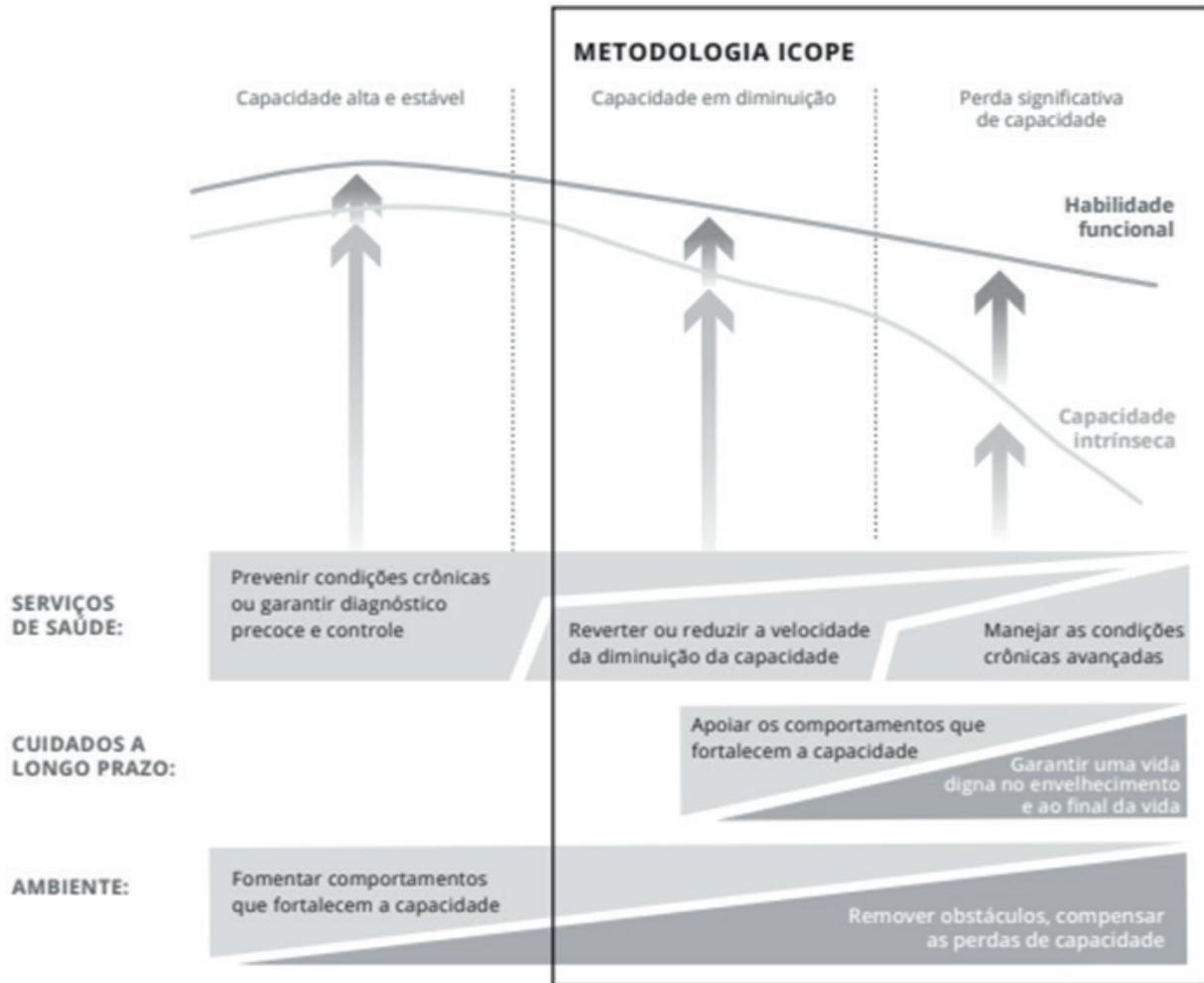


Fonte: Organização Mundial da Saúde (2020).

*“A abordagem ICOPE baseia-se no princípio de que as habilidades funcionais podem ser maximizadas quando os serviços e os sistemas integram os cuidados de saúde e sociais para os idosos de forma a poderem responder às suas necessidades próprias, isto é, com uma abordagem centrada na pessoa. A integração não significa que as estruturas devam se fundir, mas sim que uma grande variedade de prestadores de serviços deverá trabalhar em colaboração de forma coordenada dentro de um sistema. ICOPE é uma abordagem baseada na comunidade que ajuda a reorientar os serviços de saúde e construir sistemas de cuidados a longo prazo baseados em um modelo de cuidados centrado nas pessoas e coordenado” (Organização Mundial da Saúde 2020, p. 4).*

Figura 5.

Quadro da saúde pública para o envelhecimento saudável e oportunidades para a saúde pública



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2020).

Em 2020, a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020) publicou em português o manual do ICOPE com o intuito de colaborar na implementação das recomendações. Nele, oferece roteiros de atenção para o manejo de afecções prioritárias associadas ao declínio da capacidade intrínseca: perda de mobilidade, má nutrição, deficiência visual, perda auditiva, declínio cognitivo e sintomas

depressivos. Cada roteiro começa com um teste de triagem, que pode ser realizado por qualquer agente de saúde ou assistente social alocado na comunidade do idoso, para identificar os idosos que provavelmente já sofreram alguma perda de capacidade intrínseca.

O Guia também reconhece que a dependência de terceiros para cuidar de si, gerada a partir do declínio da capacidade intrínseca e da habilidade funcional da pessoa idosa, produz um alto custo no bem-estar de seu cuidador, que geralmente é um parente que reside no mesmo domicílio. Desse modo, dedica um capítulo (11) à assistência da carga dos cuidadores informais (não remunerados) com a finalidade de identificar a sobrecarga física e emocional, assim como a deterioração da situação socioeconômica em decorrência do trabalho do cuidar, para, com isso, encaminhá-lo à rede de suporte social disponível na comunidade.

Cuidar de quem cuida é importante não apenas para a saúde do cuidador, mas também para o bem-estar da própria pessoa idosa demandante de cuidados. A associação entre a sobrecarga do trabalho de cuidar com o abuso e os maus-tratos é amplamente relatada na literatura (Kosberg, 1988; Lino et al., 2019). Se a sobrecarga do trabalho de cuidar já se configurava como um grande problema, essa situação piorou com a chegada da pandemia. No Brasil, conforme demonstrado por Romero e colaboradores (2022), 27,7% dos cuidadores de idosos com dependência funcional relataram um aumento acentuado na carga do trabalho de cuidar.

## **7. Atenção à saúde da pessoa idosa no Brasil: atenção básica e instrumentos de apoio**

Em 2018, o Ministério da Saúde (COSAPI, 2018), coordenado pela equipe da COSAPI, elaborou um documento intitulado “Orientações Técnicas para a Elaboração e Implantação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Pessoa Idosa no SUS”, no qual apresenta as ações que devem se seguir para implementar a linha

de cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tanto na dimensão da organização da gestão, quanto das equipes de saúde. Tendo como eixos estruturantes a identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa, considerando sua capacidade funcional, e dos recursos existentes em cada território, o documento considera imprescindível a efetiva comunicação entre os diferentes pontos da RAS e das redes intersetoriais, assim como o fortalecimento da capacidade de atenção da pessoa idosa na Atenção Básica.

No Brasil, segundo Portaria de 2017 (Brasil, 2017), a RAS é definida como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e promover a atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica”*.

O documento da COSAPI explicita que a avaliação multidimensional das pessoas idosas é de responsabilidade das equipes da Atenção Básica e de Saúde da Família, de acordo com os territórios de suas referências. Assim, as equipes se incumbem do papel de disparador e coordenador do processo do cuidado integral dessas, independentemente do ponto da RAS acessado (COSAPI, 2018). A Atenção Básica, segundo o documento, também tem um papel importante na saúde da pessoa idosa quanto à alimentação dos dados do Sistema de Informação em Saúde, ao planejamento e à avaliação das ações, à avaliação e ao atendimento da saúde bucal e às atividades de educação e promoção do envelhecimento saudável. Por fim, pontua a imprescindibilidade de articulação da Atenção Básica com os serviços domiciliares, ambulatoriais especializados e hospitalares, de modo a dar rapidez no diagnóstico e na oferta de tratamento adequado.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa estruturante da Atenção Básica brasileira, tem desempenhado importante papel na redução de internações por

causas evitáveis na população em geral (Pinto & Giovanella, 2018). O efeito positivo da Atenção Básica na saúde da população idosa também tem sido evidenciado (Marques et al., 2014; Rodrigues, Alvarez & Rauch, 2019). O indicador, consagrado na literatura de saúde pública, chamado Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) tem contribuído para fortalecer essas evidências. Esse indicador propõe uma série de agravos e doenças (como diabetes, asma e hipertensão) que com uma adequada atenção primária não deveriam chegar ao ponto de levar à internação (Billings et al., 1993). Reduzir o número de internações na população idosa é de extrema relevância porque nessa faixa etária as hospitalizações representam riscos para a deterioração das condições de vida e saúde do idoso e até mesmo de óbito.

Em 2008 o Brasil incorporou, através de uma Portaria, o indicador ICSAP como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, como insumo para avaliação do desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (Brasil, 2008).

Neste capítulo apresentamos o caso do Rio de Janeiro (RJ) para ilustrar a relação entre as ICSAP e a cobertura da ESF. Em primeiro lugar, vale a pena mencionar que até hoje em dia esta última é baixa se comparada com a média nacional que em 2019 era de 64%. Entretanto, o estado do Rio de Janeiro, entre 2010 e 2018, teve rápida expansão da cobertura da ESF, passando de 33% a 57% da população coberta (Gráfico 7).

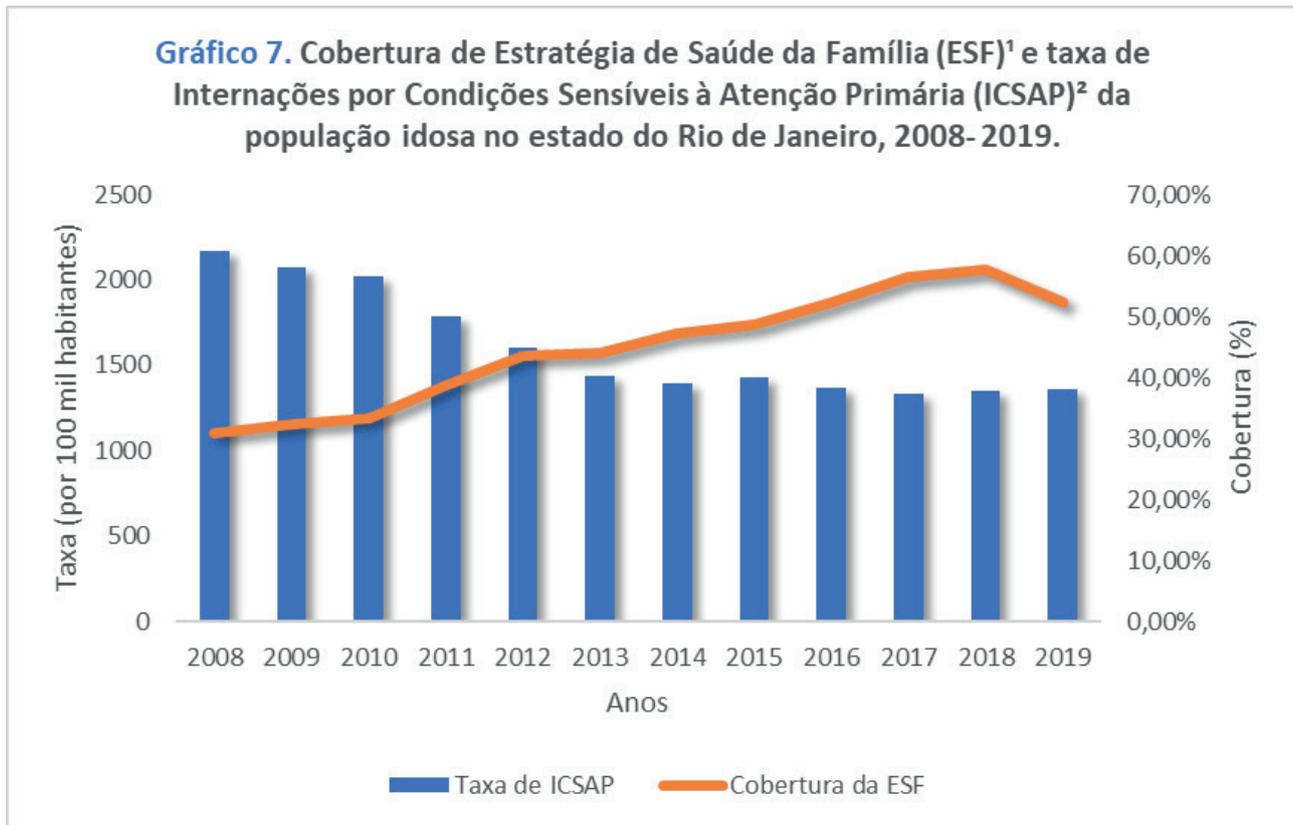
As ICSAP tiveram uma tendência inversa à da cobertura da ESF. O risco de internação da pessoa idosa por essas causas passou de 2022 a 1352 (por 100 mil habitantes), um decréscimo de 43% no mesmo período (Gráfico 7).

Uma recente análise (Mendonça Guimarães et al., 2021), realizada com o objetivo de avaliar o efeito da Reforma da Atenção Primária à Saúde nas taxas de ICSAP no município do Rio de Janeiro, comparou três diferentes períodos de tempo relacionados a importantes mudanças nas políticas de atenção primária no Brasil:

Linha de base (2008–2009); Reforma da Atenção Primária à Saúde (2010–2017); e Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (2018–2019). Os autores concluem que as mudanças desse último período impactaram na piora do desempenho da Atenção Básica do Rio de Janeiro, constatada pela redução da taxa de declínio das ICSAP. Situação similar observamos para a população idosa, entretanto a piora começou desde o ano 2014 (Gráfico 7).

Apesar do sucesso da expansão da ESF (Macinko & Mendonça 2018), o programa tem passado por um processo de desmantelamento desde a promulgação da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde de 2017 (Morosini, Fonseca & Lima, 2018). No contexto do Rio de Janeiro, esse processo se deu com ainda mais vigor (Mendonça Guimarães et al., 2021; Melo, Mendonça & Teixeira, 2019), fato que explica a constatada redução na cobertura do programa entre 2018 e 2019 (Gráfico 7). Se as políticas de desmonte do SUS dos últimos anos, em especial da Atenção Básica, não forem revertidas, no futuro iremos observar o aumento de hospitalizações de pessoas idosas por causas que poderiam se resolver em ambiente domiciliar e com equipes da ESF.

Por outra parte, a ESF tem insuficiências para a população idosa. Macinko & Mendonça (2018) observaram que o exame de visão geral não foi realizado em mais da metade dos usuários idosos da ESF e menos de um terço dos idosos diabéticos realizaram exame do pé.



Fontes: (1) CNES. Estimativas obtidas na plataforma E-gestor. (2) Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Estimativas obtidas no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, SISAP-Idoso.

Instrumentos e indicadores, especialmente no século XXI, têm sido propostos para identificar o risco e a condição de fragilidade da pessoa idosa. A maioria combina fatores como idade, doenças crônicas e o grau de funcionalidade. Gordon *et al.* (2014) identificam que, mesmo com a variabilidade de instrumentos disponíveis, existe certo consenso internacional quanto à conceitualização da fragilidade física como a diminuição da força, da resistência e da função fisiológica. A fragilidade aumenta a chance de desenvolver dependência e/ou morte.

No Brasil, a última versão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2018) foi criada como um instrumento de autogestão e autoconhecimento da saúde, assim como uma ferramenta para a Atenção Básica

identificar os graus de vulnerabilidade dentro do domicílio. Dessa forma, promove o empoderamento do idoso na prevenção e manutenção da própria saúde, além de auxiliar os familiares em seu acompanhamento.

A Caderneta permite o acompanhamento longitudinal e o controle de condições crônicas, identificando e acompanhando agravos, de forma a criar alertas que podem representar riscos no declínio da capacidade intrínseca e na habilidade funcional. Desse modo, constitui-se como um instrumento fundamental na elaboração de um projeto de cuidados específicos, que funcionem no manejo da perda da capacidade intrínseca de acordo com as necessidades específicas de cada usuário, estando em linha com as diretrizes propostas pelo ICOPE.

### **Considerações finais**

O panorama epidemiológico realizado no presente trabalho apresentou diversos - embora não todos - desafios que o envelhecimento populacional gera e, cada vez mais, irá gerar à saúde pública brasileira. Esses vão desde o manejo da capacidade funcional à prestação de cuidados, da atenção especial ao aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis até a resolução de problemas associados à miséria e à precariedade, como a fome e as doenças negligenciadas.

Embora o país disponha de instituições fundamentais para o enfrentamento desses desafios, como um SUS público e universal, o sucesso de nossas pretensões, firmadas em acordos internacionais, leis e na própria Constituição, dependerá de uma mudança no caminho que temos seguido em anos recentes. O abandono e o desmantelamento de políticas de prestígio internacional, como a Estratégia de Saúde da Família, o desfinanciamento do SUS (constitucionalizado pela Emenda Constitucional n. 95) e a volta da fome, são alguns exemplos que demonstram que os pilares de uma Saúde do Amanhã sustentável e efetiva estão em xeque. A garantia de um envelhecimento saudável da população brasileira dependerá de um resgate e um aprofundamento de nossa seguridade social, com ações que extrapolem o

âmbito da saúde e consigam garantir condições de vida digna de acordo com a complexidade de cada cidadão.

Em um país de tamanho continental, diverso e desigual como o Brasil, será imprescindível articular estratégias de atenção à saúde e de cuidado a nível nacional, em que participem efetivamente os demais entes federados (municipais e estaduais), de forma a garantir a incorporação de valores locais, capazes de gerar maior conexão entre os cidadãos e o SUS.

O quadro da pandemia de Covid-19, para além de nos levar a questionar paradigmas consolidados na epidemiologia e na saúde pública, escancarou as consequências do abandono das instituições e políticas públicas. A tragédia social, derivada não da Covid-19, mas do desmonte do aparato e da capacidade estatal, mostra-nos que envelhecer no Brasil tem sido perigoso.

## Referências bibliográficas

ALVES, L. C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 13 (agosto), 2008, p. 1199 –1207. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ANJOS, K. F.; BOERY, R.N.S.O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio". *Texto & Contexto - Enfermagem* 23 (setembro), 2014, p. 600–608. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002230013>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ANSTEY, K. J.; LIPNICKI, D.M.; LOW, L. Cholesterol as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: A Systematic Review of Prospective Studies with Meta-Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 16 (5), 2008, p. 343–54. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31816b72d4>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BAKER, D. J.; PETERSEN, R.C. Cellular Senescence in Brain Aging and Neurodegenerative Diseases: Evidence and Perspectives". *Journal of Clinical Investigation* 128 (4), 2018, p. 1208–16. Disponível em: <https://doi.org/10.1172/JCI95145>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BILLINGS, J. et al. Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City". *Health Affairs (Project Hope)* 12 (1), 1993, p. 162–73. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162> . Acesso em: 25 fev. 2022.

BILLIOTI DE GAGE, S. et al. Benzodiazepine Use and Risk of Alzheimer’s Disease: Case-Control Study". *BMJ* 349 (sep09 2), 2014, p. g5205–g5205. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.g5205>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BLENNOW, K. Cerebrospinal Fluid Protein Biomarkers for Alzheimer’s Disease". *NeuroRX* 1 (2), 2004, p. 213–25. Disponível em: <https://doi.org/10.1602/neurorx.1.2.213>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BOFF, M. S.; SEKYIA, F.S.; BOTTINO, C.M.C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira". *Revista de Medicina* 94 (3), 2015, p. 154–61. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p154-161>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Decreto Legislativo no. 186, de 9 de julho de 2008. Aprova do texto da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e de seu protocolo facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007". *Diário Oficial da União*, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 221, de 17 de abril de 2008. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. 2009. Tecnologia Assistiva. Brasília: CORDE, 2009, p.138.

BRASIL. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015". Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 43, 2015.

BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS N° 3, de 20 de setembro de 2017.

CARMO, R. L.; CAMARGO, K. Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

CASTRO, S.S.; CASTANEDA, L.; ARAÚJO, E.S.; BUCHALLA, C.M. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Revista Brasileira de Epidemiologia 19 (setembro), 2016, p. 679–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030018>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CASTRO, M.C.; GURZENDA, S.; TURRA, C.M.; KIM, S.; ANDRASFAJ, T.; GOLDMAN, N. Reduction in Life Expectancy in Brazil after COVID-19". Nature Medicine 27 (9), 2021, p. 1629–35. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01437-z>. Acesso em: 25 fev. 2022.

CEE-FIOCRUZ; ICICT/FIOCRUZ. Envelhecimento saudável sem estado de bem-estar e sem SUS? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GvQli9dWnuo>. Acesso em: 25 fev. 2022.

DARDENGO, C.F.R.; MAFRA, S.C.T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?" Revista de Ciências Humanas, no 2, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>. Acesso em: 25 fev. 2022.

GIACOMIN, K.C.; DUARTE, Y.A.O; CAMARANO, A.A.; NUNES, D.P.; FERNANDES, D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. Revista de Saúde Pública 52 (Suppl 2) 9s, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>. Acesso em: 25 fev. 2022.

GOMBATA, M. Expectativa de vida brasileira cai 4,4 anos com pandemia". Valor Econômico, 2022. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2022/02/21/expectativa-de-vida-brasileira-cai-44-anos-com-pandemia.ghtml>. Acesso em: 25 fev. 2022.

DELL'OSSO, B.; LADER, M. Do Benzodiazepines Still Deserve a Major Role in the Treatment of Psychiatric Disorders? A Critical Reappraisal. European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists 28 (1), 2013, p. 7–20. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.11.003>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ELWOOD, P. et al. Healthy Lifestyles Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the

Caerphilly Cohort Study. *PloS One* 8 (12), 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081877>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ENCIU, A. M. et al. Neuroregeneration in neurodegenerative disorders". *BMC Neurology* 11 (1): 75, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-75>. Acesso em: 25 fev. 2022.

FETER, N. et al. Who Are the People with Alzheimer's Disease in Brazil? Findings from the Brazilian Longitudinal Study of Aging. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 24 (abril), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210018>. Acesso em: 25 fev. 2022.

GAUTHIER, S.; NETO, P.R; MORAIS, J.A.; WEBSTER, C. World Alzheimer Report 2021 Journey through the diagnosis of dementia. *Alzheimer's Disease International*, 2021. Disponível em: <https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. *SciELO-Editora FIOCRUZ*, 2008.

GORDON, A.L.; MASUD, T.; GLADMAN, J.R.F. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? *Age and Ageing* 43 (1), 2014, p. 8–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/aft161>. Acesso em: 25 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil: análises e tabelas. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2006. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>. Acesso em: 25 fev. 2022.

HARTIKAINEN, S.; RAHKONEN, T.; KAUTIAINEN, H.; SULKAVA, R. Use of Psychotropics among Home-Dwelling Nondemented and Demented Elderly". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18 (12), 2003, p. 1135–41. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.1024>. Acesso em: 25 fev. 2022.

HOY, D. et al. The Global Burden of Low Back Pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 Study". *Annals of the Rheumatic Diseases* 73 (6), 2014, p. 968–74. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428>. Acesso em: 25 fev. 2022.

HURWITZ, E. L.; RANDHAWA, K.; YU, H.; CÔTÉ, P.; HALDEMAN, S. The Global Spine Care Initiative: A Summary of the Global Burden of Low Back and Neck Pain Studies". *European Spine Journal* 27 (6), 2018, p. 796–801. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00586-017-5432-9>. Acesso em: 25 fev. 2022.

KOSBERG, J. I. Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions<sup>1</sup>". *The Gerontologist* 28 (1), 2018, p. 43–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/28.1.43>. Acesso em: 25 fev. 2022.

LINO, V. T. S.; RODRIGUES, N.C.P.; LIMA, I.S.; ATHIE, S.; SOUZA, E.R. Prevalência e fatores associados ao abuso de

cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciência & Saúde Coletiva* 24 (janeiro), 2019, p. 87–96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>. Acesso em: 25 fev. 2022.

Luna, E.J.A. A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2002; p. 229–43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300003>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MACINKO, J.; MENDONÇA, S.C. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados". *Saúde em Debate* 42 (setembro), 2018, p.18–37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420185102>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MALTA, D. C.; BERNAL, R.T.I.; LIMA, M.G.; ARAÚJO, S.S.C.; SILVA, M.M.A.; FREITAS, M.I.F; BARROS, M.B.A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil". *Revista de Saúde Pública* 51 (junho), 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MARQUES, A.P.; MONTILLA, D.E.R.; ALMEIDA, W.S.; ANDRADE, C.L.T. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde". *Revista de Saúde Pública* 48 (outubro), 2014, p. 817–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005133>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MARQUES, L. R. F.; FERNANDES, N.M.; PASCHOARELLI, L.C. Design, tecnologia assistiva e a doença de Parkinson: Uma revisão bibliográfica sistemática sobre talheres adaptados. *Research, Society and Development* 10 (6), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15812>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 24 (novembro), 2019, p. 4593–98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MENDONÇA GUIMARÃES, R.; SANTOS, L.P.R.; PEREIRA, A.G.; GRAEVER, L. The Effect of Primary Care Policy Changes on Hospitalisation for Ambulatory Care Sensitive Conditions: Notes from Brazil. *Public Health* 201 (dezembro), 2021, p.26–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.09.028>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). 5o ed. Brasília, DF: COSAPI, 2018. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil\\_Amigo\\_Pesso\\_Idosa/Orientacoes\\_Implementacao\\_Linha\\_Cuidado\\_AtencaoIntegral\\_Saude\\_Pessoa\\_Idosa\\_SUS.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Orientacoes_Implementacao_Linha_Cuidado_AtencaoIntegral_Saude_Pessoa_Idosa_SUS.pdf). Acesso em: 25 fev. 2022.

MORAES, E.N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil". *Revista de Saúde Pública* 50 (dezembro), 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>. Acesso em: 25 fev. 2022.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde”. *Saúde em Debate* 42 (março), 2018, p. 11–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Acesso em: 25 fev. 2022.

NICHOLS E. ET AL. Global, Regional, and National Burden of Alzheimer’s Disease and Other Dementias, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology* 18 (1), 2019, p. 88–106. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30403-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30403-4). Acesso em: 25 fev. 2022.

OMRAN, A. R. The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 1971, p. 509-538.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2005. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 25 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2020. Quadro de implementação da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa para Idosos (ICOPE): orientações para sistemas e serviços [Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789240010963-por.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE). Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020<sup>a</sup>. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 25 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 2020. “Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020<sup>b</sup>. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y). Acesso em: 25 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020<sup>c</sup>. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/10/D%C3%A9cada-do-Envelhecimento-Saud%C3%A1vel-2020-2030.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Início da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) nas Américas.

Web Conferência: Paho TV, 2021. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=VwkRk1N2AAg>. Acesso em: 25 fev. 2022.

PEREIRA, I.F.S.; SPYRIDES, M.H.C.; ANDRADE, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível". Cadernos de Saúde Pública 32 (junho), 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178814>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo". Cadernos de Saúde Pública 19 (junho), 2003, p. 793–97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RILEY, J. C. Estimates of Regional and Global Life Expectancy, 1800–2001". Population and Development Review 31 (3), 2005, p. 537–43. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2005.00083.x>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ROBINSON, L.; TANG, E.; TAYLOR, J.P. Dementia: Timely Diagnosis and Early Intervention". BMJ 350 (jun15 14), 2015, p. h3029–h3029. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.h3029>. Acesso em: 25 fev. 2022.

RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A.M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária". Revista Brasileira de Epidemiologia 22 (março), 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190010>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ROMERO, D. E.; SANTANA, D.; BORGES, P.; MARQUES, A.; CASTANHEIRA, D.; RODRIGUES, J.M.; SABBADINI, L. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública 34 (2), 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012817>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ROMERO, D.; MAIA, L.; MUZY, J.; ANDRADE, N.; GROISMAN, D.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JR, P.R.B. O cuidado domiciliar de idosos com dependência funcional no Brasil: desigualdades e desafios no contexto da primeira onda da pandemia de COVID-19", 2022 (no prelo).

ROSER, M.; ORTIZ-OSPINA, E.; RITCHIE, H. Life Expectancy - Our World in Data. 2019. Disponível em: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>. Acesso em: 25 fev. 2022

SHI, J.; HUANG, A.; JIA, Y.; YANG, X. Perceived Stress and Social Support Influence Anxiety Symptoms of Chinese Family Caregivers of Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. Psychogeriatrics 20 (4), 2020, p. 377–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/psyg.12510>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Em Dia Mundial do Alzheimer, dados ainda são subestimados, apesar de avanços no diagnóstico e tratamento da doença, setembro de 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SOUZA, M.F.M.; MALTA, D.C.; FRANÇA, E.B.; BARRETO, M.L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 23 (junho), 2018, p.1737–50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>. Acesso em: 25 fev. 2022.

STEVES, C.; SPECTOR, T.; JACKSON, S.H.D. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and ageing*, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>. Acesso em: 25 fev. 2022.

ÜSTÜN, T. B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, J.B.N.; SCHNEIDER, M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and rehabilitation* 25 (11–12), 2003, p. 565–71.

VANZELLA, E. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas interações no âmbito do SUS". *Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais*. Campina Grande: Realize Editora, 2020, p. 677–95.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. 1994. "The Disablement Process". *Social Science & Medicine* (1982) 38 (1): 1–14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1).

WOOLF, S.H.; MASTERS, R.K.; ARON, L.Y. Effect of the Covid-19 Pandemic in 2020 on Life Expectancy across Populations in the USA and Other High Income Countries: Simulations of Provisional Mortality Data. *BMJ* 373 (junho), 2021, p. n1343. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n1343>. Acesso em: 25 fev. 2022.

WORLD BANK. World Development Indicators | DataBank, 2021. Disponível em: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.LE00.IN&country=#>. Acesso em: 25 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneve: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneve: World Health Organization, 2015.

ZHONG, G. G.; WANG, Y.; ZHANG, Y.; ZHAO, Y. Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis. *PLOS ONE* 10 (5), 2015, p. e0127836. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127836>. Acesso em: 25 fev. 2022.



## **Economia da longevidade: uma ‘resposta construtiva’ para o envelhecimento populacional no Brasil**

Jorge Félix

A proposta de refletir sobre o futuro da saúde brasileira em uma sociedade superenvelhecida – como aponta a dinâmica demográfica atual para o país nas próximas duas décadas – e desenhar cenários vinculados ao contexto socioeconômico implica, inicialmente, revisitar a interpretação sempre fiscalista do envelhecimento populacional. A lógica produtivista assume a população idosa apenas como um custo, uma carga, um segmento dependente. Essa dependência é matematizada em uma taxa (ou razão) hoje amplamente questionada por certa literatura econômica, seja por desprezar o potencial da tecnologia na manutenção da independência e autonomia (Ervik, 2009) ou por ignorar a heterogeneidade da velhice quanto à renda (Neri, 2007) e à inserção social (Debert, 1999), seja, na outra ponta, por desconsiderar o trabalho infantil na contemporaneidade, sobretudo nos países mais pobres (Sen, 2000).

A literatura econômica passou a emprestar cada vez mais complexidade à razão de dependência e, em busca de maior vínculo com a realidade, passou a trabalhar com esse indicador estabelecendo correlação com a saúde (estado clínico), precisamente com a prevalência de doenças demenciais e ainda estabelecendo níveis ou graus (alta, média, baixa e independente) com base em estudos epidemiológicos, como o English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) (Goodhart & Pradhan, 2020), de avaliação multidimensional. Esse refinamento metodológico se faz necessário para

as políticas públicas, uma vez que intenta desenhar um cenário mais realista tanto do percentual idoso em plena integração à lógica produtiva, incluindo os trabalhos de cuidados não remunerados, como aqueles, de fato, em situação de dependência, possibilitando um mapa e um diagnóstico da “economia do cuidado” (Zelizer, 2012), a qual será abordada mais adiante.

Essa interpretação fiscalista do envelhecimento no campo da economia tem uma explicação histórica. A economia capitalista demorou a reconhecer as primeiras fases da vida humana. A criança, como nos conta Ariès (1981, p. 164), só assumiu um lugar central na família, no século XVIII, por motivos morais relacionados à ascensão da “preocupação com a higiene e a saúde física”, pois “um corpo mal enrijecido inclinava à moleza, à preguiça, à concupiscência, a todos os vícios”. A mão de obra infantil incorporou-se de maneira “natural” ao capitalismo emergente, e apenas a perspectiva de perenidade da reprodução da classe trabalhadora em quantidade satisfatória para a ascensão do novo modo de produção fez com que se reconhecesse, de novo com Ariès (1981), os “sentimentos da infância”.

Nesse século, é preciso lembrar, ainda se faz necessário destacar pelas agências globais a importância de se reconhecerem, definitivamente, esses sentimentos e necessidades da primeira infância na constituição cognitiva do indivíduo e, mais uma vez, as razões apontadas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2017) para convencer os gestores públicos de que dizem respeito à saúde – pois o alerta consiste em risco maior de desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas na velhice para indivíduos sob negligência de toda ordem na fase pré-escolar. Esse debate revela como é difícil para a economia absorver as fases da vida consideradas “improdutivas”.

Assim ocorre com a velhice, cujo reconhecimento por parte do Estado tem origem, no século XVIII, sob o caráter de prêmio e não de direito, quando os militares franceses foram os primeiros a garantir a concessão de uma aposentadoria e, hoje,

como já discutido em outra oportunidade (Félix, 2012), esse mesmo espírito da “aposentadoria como prêmio” ronda a sociedade salarial devido às metamorfoses da política social (Castel, 2012) observadas desde o fim do século XX. Apenas essa mutação já seria suficiente, em termos econômicos, para se contestar a assertiva imposta pela razão de dependência com base única e exclusivamente na idade, delineando fronteiras rijas de indivíduos em idade para o trabalho e outros em idade de não trabalho, notadamente na fase adulta, o que insinua que uma sociedade envelhecida estaria predestinada a uma contração do crescimento econômico<sup>1</sup>. Ou seja, a longevidade deixa de ser interpretada como uma grande conquista da Modernidade e passa a ser um fator perturbador do capitalismo (Félix, 2019a, p. 105).

A antropologia nos ensina como a valorização da velhice, ao longo da história humana, variou de acordo com uma visão cultural (Debert, 1999; Schwarcz, 1998). Sejam quais forem o tempo e o espaço, as sociedades tradicionais ou as pré-capitalistas interpretavam a velhice como geradora de riqueza por acumular conhecimento (Hecker, 2014). A distinção baseada meramente na idade emerge parelha à divisão social do trabalho e à necessidade de arregimentar a mão de obra necessária à instituição da economia de mercado (Polanyi, 2000). Nas últimas décadas, a ideia econômica da pessoa idosa variou entre a de dependência e doença, desdobramento da era anterior ao Estado de Bem-Estar Social, e a de uma suposta “reinvenção” determinada justamente por uma “reprivatização” da velhice pelo modelo dito neoliberal, como definiu Debert (1999).

A aplicação do avanço tecnológico à medicina, o mapeamento genômico e a corrida das pesquisas antienvhecimento para a descoberta do gene da longevidade (Sinclair, 2021; Sinclair, Scott & Elison, 2021) proporcionaram maior possibilidade de um envelhecimento saudável e forjaram uma imagem de velhice quase obrigatória – no dizer de Debert (1999), em uma abordagem extremamente

---

<sup>1</sup> Outro argumento, bem de acordo com a conjuntura contemporânea brasileira, é o fenômeno “nem-nem”, isto é, o contingente de jovens que nem estudam nem trabalham, ou maduros que nem trabalham nem estão aposentados, em pleno crescimento em número absoluto na população, como alertam Camarano e Fernandes (2014).

individualista. A velhice deixou de ser uma responsabilidade coletiva, por meio do Estado de Bem-Estar Social, muito bem abrigada pela política de proteção social (Félix, 2019a; Behring & Boschetti, 2011) e passou a ser uma responsabilidade de cada um, notadamente para o suprimento de saúde, com crescimento da despesa off pocket diante do desfinanciamento de sistemas públicos, como também para a poupança para a redução do risco velhice em sistemas privatizados ou no mercado imobiliário (Rolnik, 2015).

A reprivatização fortaleceu a visão fiscalista das pessoas idosas por parte do Estado e da economia e a ilusão de um desaparecimento da velhice do panorama público, contraditoriamente no momento em que o mundo acelerava a sua transição demográfica. A velhice tornou-se polissêmica. De um lado, a visão edulcorada de que todos envelheciam mais e muito melhor, sem dependência, aptos ao trabalho, ao lazer e a todas as reinvenções depois dos 60; de outro, a de que os idosos eram um custo, uma carga, um fardo nos ombros de toda a sociedade para justificar a metamorfose nos sistemas de previdência públicos e o estabelecimento de idades mais avançadas de aposentadoria (Félix, 2018a).

Essas visões de velhice hipertrofiaram uma economia financeirizada a partir da ação de investidores institucionais (Chesnais, 2005) ou da fração imobiliária do capital financeiro (Véras & Félix, 2016). Essas interpretações de velhice são o pano de fundo para o colapso das hipotecas subprime norte-americanas em 2008, uma vez que o capital a circular livremente pelas vias expressas da economia global desregulamentada era, principalmente, a poupança para a velhice acumulada na esfera privada ou no mercado de capitais (Stiglitz, 2010; Chesnais, 2005). É isso que explica o fato de o presidente da Associação dos Aposentados dos Estados Unidos (AARP, em inglês), logo no início da crise financeira global, ir à televisão e pedir ao Congresso norte-americano para aprovar o pacote bilionário para salvar os bancos e seguradoras: "Não esqueçam: Wall Street somos nós" (Félix, 2010, p. 85).

A interpretação da velhice importa porque é ela – ao lado de outras megatendências<sup>2</sup> que, em um mundo em processo de envelhecimento populacional e, no caso do Brasil, em processo acelerado, delineia a economia global, os modelos econômicos e as nossas limitações e possibilidades de desenvolvimento econômico. Essa ideia polissêmica sobre a velhice e o envelhecer no século XXI bloqueia a problematização do neoliberalismo, o debate sobre a necessidade de se oferecerem “respostas construtivas” para o envelhecimento como recomenda a OCDE (Klimczuk, 2021) e a adoção de um modelo desenvolvimentista no qual o envelhecimento populacional possa ser encarado como um gerador de riqueza a depender da estratégia de política industrial adotada ou, dito de outro modo, a adoção da estratégia da economia da longevidade (Félix, 2007, 2019a), como ainda será explorado mais adiante.

Como já explicitado em outra ocasião (Debert & Félix, 2020a), a pandemia de Covid-19 alterou a ideia de velhice que até então era hegemônica. A gerontologia no Brasil, em seu processo de estabelecimento como campo do saber, defendeu a velhice como uma fase de perdas e de invisibilidade social, portanto, dependente de proteção social. Essa luta foi extremamente vitoriosa quando, em 1988, a pessoa idosa, pela primeira vez, foi reconhecida como sujeito de direitos na Constituição Federal e o Brasil estabeleceu um marco normativo na Política Nacional do Idoso (lei n. 8.842/1994) e no Estatuto do Idoso (lei n. 10.741/2003). Mas a gerontologia também destacou a heterogeneidade da velhice, pela desigualdade social ou pelas muitas décadas acrescidas a essa fase da vida devido ao fenômeno da longevidade e, conseqüentemente, aos níveis de autonomia funcional<sup>3</sup>.

Nas últimas décadas, no entanto, como já dito, não sem uma intencionalidade economicista, prevaleceu no debate público a ideia da reinvenção da velhice sob

---

2 Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2020), as cinco megatendências do século XXI são a desigualdade, as mudanças climáticas, o avanço tecnológico, o envelhecimento da população e a urbanização.

3 A Agência de Vigilância Sanitária regulamenta (RDC n. 283) os níveis de dependência de idosos institucionalizados no Brasil em graus 1, 2 e 3, respectivamente, independente, parcial ou totalmente dependente de terceiros para as atividades da vida diária.

o discurso de ser uma fase de inúmeras possibilidades, do fazer acontecer agora, entre outras idealizações, que também foram trabalhadas pela gerontologia em atividades coletivas com idosos, grupos de atividades, de lazer e de cultura. Essa narrativa foi positiva para construir uma imagem de independência e autonomia. A pandemia da Covid-19 fez emergir, todavia, uma velhice dependente, erroneamente denominada como “grupo de risco” – o que fez absolver outras faixas etárias de medidas preventivas ao SARS-CoV-2, para justificar a defesa de isolamento horizontal e aumentar o idosismo, o preconceito pela idade, inclusive no atendimento de saúde, colocando os médicos em um dilema ético ou mesmo em atitude criminal (Debert & Félix, 2020a).

Essa outra velhice revelada pela pandemia, por mais paradoxal à primeira vista, é que vem possibilitando ações econômicas estruturais disruptivas com o dogma da austeridade fiscal. A pandemia rompeu com o que Woodward (2016) chamou de “segredo público” em torno da velhice dependente e dos cuidados de longa duração. Esse segredo, continuando com a autora, é determinado como tal porque a própria sociedade escolhe segredá-lo. A partir do rompimento desse segredo, a economia do cuidado entrou na agenda global e vem suscitando políticas estatais até então rejeitadas pelo mainstream econômico e político.

A necessidade de cuidado mostrou também o quanto o critério de dependência é válido para todas as faixas etárias. Quem depende de quem, afinal? Todos passamos à condição de dependência. Como em todo período de crise, essa situação sanitária traz uma grande oportunidade para as sociedades aproveitarem o fim da “conspiração do silêncio” (Beauvoir, 1970) sobre os cuidados e reverem a interpretação econômica sobre a velhice e o envelhecimento da população, de maneira que se possa delinear e interferir na política pública com uma estratégia que permita ao país: 1) menor dependência em relação às importações de produtos e serviços na área do cuidado; 2) adoção de uma política de formação de mão de obra

para o cuidado; 3) investimentos em pesquisa e desenvolvimento para a inovação tecnológica em cuidado.

A maior demanda pelo cuidado de longa duração é suscitada pela alteração do perfil das famílias, com mais idosos e menos crianças. Essa família tem sua cesta de consumo transformada pela transição demográfica e pela transição epidemiológica. O foco de uma política industrial, portanto, devem ser os setores nascentes ou suscitados por essa mudança. É essa a perspectiva dos países ao acionarem essa estratégia, denominada economia da longevidade (*silver economy* ou *longevity economy*), que tem como finalidade a construção de um complexo econômico industrial da saúde e do cuidado (Félix, 2018b) e que definirá o papel de cada país na “geopolítica do envelhecimento” (Félix, 2019a), principalmente em um ambiente global de incerteza sanitária diante do risco de novas pandemias.

Este ensaio é uma proposta de reflexão sobre esses novos conceitos e suas possibilidades econômicas com base em um diálogo com a literatura e a exploração de experiências internacionais em economia da longevidade capazes de serem adaptadas e emuladas para a realidade brasileira, com o objetivo de oferecer respostas construtivas para o bem-estar da população idosa.

## **A construção de um ecossistema de economias**

Até a crise financeira global de 2007, as respostas econômicas para o processo de envelhecimento populacional estavam confinadas ao âmbito da sustentabilidade dos sistemas de previdência social. Uma nova visão emerge, porém, a partir do diagnóstico de organismos multilaterais (CEU, 2007), e mesmo economistas do mainstream (Ostry et al., 2016), das limitações de uma política pública para atender à totalidade das novas necessidades da sociedade superenvelhecida centrada

exclusivamente no aspecto fiscal<sup>4</sup>. Trabalhar por mais tempo, uma das principais respostas padrão da política de austeridade fiscal, além de partir do princípio de que todos estarão aptos às transformações tecnológicas laborais e de que todos sairão ilesos das metamorfoses do mundo do trabalho, ou seja, uma ideia equivocada de velhice, é uma resposta que esbarra em um teto imposto pela saúde, pela economia e pela psicologia (Pallier, 2003; Han, 2015; Félix, 2018a).

Outro aspecto a pressionar por respostas para além das lentes fiscalistas é o risco democrático. A redução de direitos sociais determinada pela política de austeridade fiscal despertou um populismo político adormecido desde o fim da Segunda Guerra Mundial pela implantação do Estado de Bem-Estar Social, sobretudo na Europa (Judt, 2008; Hobsbawm, 1995). É preciso, portanto, equacionar financeiramente esse seguro coletivo, e para tal as experiências têm demonstrado que é menos efetiva a crença em delegar essa tarefa ao mercado (Solimano, 2017) do que a necessidade de elaborar “respostas construtivas” com base em novos conceitos de políticas públicas, como recomenda a Comissão Europeia (EPRS, 2015).

Um terceiro ponto a colocar em xeque respostas econômicas tradicionais à nova dinâmica demográfica é a concorrência global agora sob hegemonia da inovação tecnológica digital. É esse o aspecto central e impulsionador de construção da economia da longevidade ou de um complexo industrial da saúde e do cuidado, como logo será abordado em detalhes. Por enquanto, é preciso destacar que paralelamente à nova dinâmica demográfica, uma grande parte dos países em avançado processo de envelhecimento populacional vive um processo de desindustrialização e está diante do desafio da inovação tecnológica, biogenética e digital. Essa é a razão principal a empurrar os países a perseguirem respostas construtivas para o envelhecimento, em que o objetivo é obter vantagens competitivas no comércio mundial. Essa

---

<sup>4</sup> No âmbito privado, essa mudança (ou esgotamento) da visão fiscalista para a do potencial de geração de riqueza com base na dinâmica demográfica foi destacada pela consultoria Technopolis Group em maio de 2018 no documento AAL Market and Investment Report, um estudo para o Programme Active and Assisted Living, da União Europeia (Technopolis, 2018).

concorrência motivada pela demografia forja uma “geopolítica do envelhecimento” (Félix, 2019a, p. 154).

O primeiro passo nesse itinerário é conhecer o ecossistema de economias a ser construído para fomentar a produção de novos produtos e o oferecimento de novos serviços capazes de suprir a demanda por atendimento em saúde e cuidados de longa duração para idosos ampliada pelo envelhecimento populacional e a urgência de planejamento individual e societal para uma vida, em média, cada vez mais longa. A economia criativa, a economia solidária, a economia social e a economia da longevidade são partes desse ecossistema, como aponta Klimczuk (2015). Em reelaboração desse sistema econômico, foi agregada a economia do cuidado (Félix, 2014, 2019c), agora posta em evidência com a pandemia de Covid-19 (Power, 2020; Debert & Félix, 2020b; Henau et al., 2016).

Por ecossistema, de acordo com Klimczuk (2021, p. 2), entendem-se as relações e organizações que moldam a propriedade e os direitos de propriedade (patentes) dos fatores de produção e distribuição de poder para tomar decisões no campo da produção de bens e serviços; e determinam-se os incentivos para motivar várias entidades a tomarem decisões e, finalmente, resolverem os problemas relacionados à escolha do que produzir, como produzir e para quem produzir. Ao lado das economias citadas, o autor destaca a emergência dos “sistemas econômicos coloridos”, como a “economia verde”, a “economia azul” (turismo) e a “economia branca” (saúde); e ainda a “economia compartilhada” (sharing economy, ou seja, o compartilhamento de produtos e serviços, cooperação em redes e cocriação) e a “economia circular”.

Desde 2007, como mencionado, os organismos multilaterais recomendam aos países a ativação desse ecossistema para oferecerem respostas construtivas ao envelhecimento à margem das questões fiscalistas, assim como ocorreu quando o conceito surgiu no Brasil (Félix, 2007). As posições, estudos, alertas e recomendações no campo da economia da longevidade, principalmente em relação à chamada

indústria 4.0 e sua intersecção com a saúde, foram apresentadas nos anos posteriores à chamada “Grande recessão” de 2007 e 2008 por entidades como OCDE (2014), G20 (2015), World Economic Fórum (WEF, 2015), United Nations Economic Commission for Europe (UNECE, 2017) e Oxford (2014), entre outras.

Essa profícua produção de conhecimento e reflexões sobre a economia da longevidade, no entanto, como destaca Klimczuk (2021), provocou um ruído sobre a definição do conceito e o confundiu com mera estratégia de marketing em vez de política pública. No Brasil, o termo *silver economy*, originado no Japão na década de 1970, foi traduzido também por “economia prateada” ou “economia grisalha” e passou a frequentar o vocabulário corporativo quase como um slogan ou palavra cativante (*catchy word* ou *calling word*) para propagar uma imagem positiva do envelhecimento ou estimular o empreendedorismo alheio às políticas públicas, como Klimczuk relata ter ocorrido também em outros países.

Dessa forma, é necessário, teoricamente, dedicar algumas linhas à evolução do conceito, mesmo que em outra oportunidade esse ponto já tenha sido abordado (Félix, 2019a, p. 163-168). Embora a economia da longevidade (*silver economy*) tenha sido definida lato sensu como o conjunto de todos os tipos de produtos e serviços para atender o bem-estar da população idosa ou em processo de envelhecimento, essa denotação foi cada vez mais se aproximando do conceito de uma política industrial. Os governos se mostraram mais interessados em responder à pergunta estratégica para o desenvolvimento econômico: quem inova?

Klimczuk (2021, p. 6) destaca que os organismos multilaterais e os países isoladamente viram a necessidade de levar em conta os “efeitos diretos” (ex.: criação de empregos e geração de receita tributária), “efeitos indiretos” (ex.: promoção de regiões, fator localização, ativação da economia local e revitalização) e “efeitos induzidos” (ex.: aumento adicional das despesas causado pelo aumento das receitas na região) da economia da longevidade. O autor conclui lembrando que a Comissão

Europeia enfatiza que o conceito da economia da longevidade (*silver economy*) não se refere apenas ao mercado prateado (*silver market*), mas a uma estratégia de desenvolvimento econômico.

No Brasil, esse ruído na compreensão precisa da economia da longevidade tem provocado um atraso nas possíveis e necessárias ações do Estado e mesmo impossibilitado a construção desse ecossistema. A pandemia da Covid-19 ampliou essa tensão e expôs ainda mais essa deficiência nacional. O conceito ainda é completamente ignorado por *policy makers*, políticos, gestores públicos e economistas, ainda focados exclusivamente na questão fiscal do envelhecimento, enquanto amplia-se o gap em relação a outros países – isto é, o Brasil aumenta sua desvantagem na geopolítica do envelhecimento e perde oportunidades no mercado global das indústrias emergentes de produtos de alta sofisticação tecnológica direcionados aos idosos, tornando-se mais dependente à medida que a demanda avança, como será melhor explorado adiante.

A tendência para as próximas décadas é a adoção da economia da longevidade, ou seja, uma política industrial com incentivos fiscais e investimento em pesquisa e desenvolvimento (P&D) por um número cada vez maior de países e de maneira ainda mais ousada – sempre com a orientação para a exportação. No Reino Unido, a economia da longevidade faz parte oficialmente da estratégia de reindustrialização adotada em 2017 (HM, 2017). Na Polônia, faz parte da estratégia oficial de desenvolvimento nacional para 2030 dentro de um planejamento estatal de saúde e bem-estar (Klimczuk, 2021). Essas estratégias acionam o ecossistema e têm interseção com políticas de um “Estado empreendedor”, como define Mazzucato (2014), assegurando o investimento de longo prazo e a pesquisa básica para a construção de “campeões nacionais”, sobretudo na área da tecnologia, como constataram as pesquisas da autora, principalmente quanto à ascensão da Apple.

Como mostra Coughlin (2017), as gigantes de tecnologia norte-americanas, como Apple, Microsoft, Google e Amazon, dominam cada vez mais a economia da longevidade no planeta, com aparelhos e dispositivos capazes de atender às necessidades básicas da vida diária – e não tarefas sofisticadas ou próximas à ficção científica – dos idosos. Coughlin aplicou a hierarquia das necessidades de Abraham Maslow para detectar as palavras mais utilizadas nos estudos publicados pelo *Gerontechnology Journal*, publicado pela International Society for Gerontechnology, e constatou que entre os temas mais comuns nos artigos científicos estão comida, abrigo e saúde (*medical health*); em seguida, aparece segurança. Na interpretação do autor, isso demonstra o potencial da tecnologia para o bem-estar e a saúde dos idosos (Coughlin, 2017).

Desde 2015, com a criação da empresa Calico, uma startup de biogenética destinada a descobrir o gene do envelhecimento, o Google foi a gigante tecnológica mais bem-sucedida em ativar esse ecossistema (Félix, 2015). O Google Ventures tem algum tipo de investimento em mais de trezentas startups na área de saúde, ciência ou mobilidade, muitas de alguma forma relacionadas ao tema do envelhecimento. O anúncio mais divulgado mundo afora foi a compra, em 2014, da *Lift Ware Spoom*<sup>5</sup>, a famosa colher que anula o tremor dos pacientes de Parkinson e permite, assim, levar o alimento à boca.

Outro feito bastante difundido no mundo foi o prêmio de US\$ 50 mil a um dispositivo criado pelo estudante Kenneth Shinozuka, de 15 anos, para monitorar pacientes com Alzheimer. O menino criou o aparelho em seu quarto para prender à meia do avô, que porta a doença; quando pressionado ao chão, um alarme soa no celular dos familiares, dando conta de que o senhor Shinozuka está em movimento pela casa durante a noite. O monitoramento de idosos dependentes é apontado também como uma das maiores utilidades do Google Glass. Filhos e filhas únicos poderiam interagir com a residência de pais na Europa, por exemplo,

<sup>5</sup> Ver: <https://www.liftware.com/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

enquanto trabalham em empresas do outro lado do planeta ou durante uma viagem de negócios.

Enquanto este texto é redigido, centenas de idosos brasileiros estão conversando com a Alexa, o assistente virtual da Amazon, para atenderem a necessidades básicas do cotidiano que fazem grande diferença em sua saúde e seu bem-estar. A utilização de comandos de voz pelos idosos em domicílios ou em instituições de longa permanência é apontada como a grande ferramenta para a saúde e o bem-estar nas próximas décadas, ampliando o conceito de casas inteligentes – outro setor promissor para a economia da longevidade (Félix, 2016). A pandemia impulsionou a utilização dos assistentes devido ao isolamento dos idosos, e a Amazon está anunciando um empenho para reduzir o preço do produto no Brasil.

A tendência nos próximos anos é o aumento da utilização da Alexa como ferramenta de robótica assistiva ou teleassistência para idosos, uma vez que o dispositivo funciona com a tecnologia de aprendizado de máquina (*machine learning*), e quando residências puderem ser, de fato, inteligentes, esses instrumentos se tornarão aptos a identificar a localização de objetos, desempenhar tarefas (como já fazem, por exemplo, quando acopladas a iluminação especial e apagam e acendem as luzes de um cômodo) e monitorar e encontrar pessoas ou acionar socorro (Coughlin, 2017).

Atualmente, no Brasil, o setor de teleassistência – se é possível considerá-lo um setor, pois é formado por pouquíssimas empresas de origem nos serviços de vigilância patrimonial – é limitado em razão do grande nível de componentes importados para a sua utilização. Esse estorvo ao desenvolvimento de tais tecnologias poderia ser suprido por um fomento à economia da longevidade por parte do Estado, uma vez que o Brasil tem grande potencial acadêmico nas pesquisas em robótica social e/ou assistiva para os cuidados ou para a saúde (Félix, 2017), inclusive com importantes prêmios internacionais.

De maneira alguma trata-se de substituição da mão humana pelas mãos de aço na tarefa dos cuidados ou, como dito, qualquer coisa próxima aos filmes de ficção científica. Coughlin (2017) tem dúvidas quanto aos robôs companheiros estarem aptos a ser comercializados até 2030. Até lá, trata-se, portanto, da adoção de ferramentas auxiliares na tarefa do cuidado, de medicina preventiva, socialização da pessoa idosa, monitoramento de várias atividades relacionadas à saúde, como adesão a tratamentos e medicamentos, por exemplo, e saúde mental, com abertura de possibilidades de lazer e mobilidade. Esse segmento é denominado robótica de serviços e, de acordo com Masiero (2018), poderia se constituir promissor no Brasil para reduzir os gastos públicos e privados em saúde.

O envelhecimento populacional, ainda de acordo com o autor, é um dos fatores de maior impulsão a esse segmento da robótica. Até então a robótica tinha seu foco na indústria (substituição de mão de obra), e agora, alerta Masiero (2018), volta-se para os robôs de serviço. A International Federation of Robotics (IFR) define robôs de serviços como qualquer robô que esteja fora de um cenário industrial. Esses equipamentos estão em hospitais, hotéis, escritórios, residências e na agropecuária. A Alexa seria um pequeno exemplo do potencial desses robôs. Assim, destaca Masiero, amplia-se a necessidade de pesquisas sobre a interação humanos-robôs centrada no usuário. Técnicas de experiências, controle e inteligência artificial são empregadas com o intuito de garantir mais qualidade no contato dos humanos com a tecnologia.

Masiero (2018) desenvolveu o método Personas, aplicado em estudo de caso baseado em um cenário doméstico, em que um robô interage por meio de voz e tem navegação totalmente autônoma. A técnica é utilizada para identificar o perfil do usuário, e um classificador bayesiano é apresentado como meio de ilustrar a proposta de uma parte da etapa de tomada de decisão do robô. A conclusão do experimento demonstrou significativa mitigação de riscos e amplo leque de utilização nos cuidados pessoais. No entanto, como em outras áreas, a evolução

dessas pesquisas básicas depende de uma política industrial contínua e estratégica – e eticamente, de uma Política Nacional de Cuidados no Brasil e uma Robo Law, como define a Comissão Europeia (European Parliament, 2016).

Apesar da imensa exclusão digital do segmento idoso, uma estratégia de economia da longevidade deve levar em conta a utilização desses serviços ou dispositivos digitais pela família, pelos profissionais de cuidado e de saúde, ampliando assim o potencial de mercado. É esse o escopo da gerontecnologia, uma subárea da gerontologia, âmago dessa estratégia industrial (Klimczuk, 2012)<sup>6</sup>. A economia da longevidade avança na área de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), pois uma vez que a tecnologia é a intermediadora de quase tudo na vida contemporânea, também o será nos cuidados de longa duração para idosos.

Como já explorado em outras ocasiões (Félix, 2016, 2019b), a França é considerada um benchmark pela Comissão Europeia. O país implementou sua estratégia em 2013 mediante uma articulação dos ministérios da Economia, Recuperação Produtiva e Digital e o da Solidariedade e Saúde (Bernard, Hallal & Nicolaï, 2013). Há nove anos, o país promove a conexão entre sua estratégia de economia da longevidade com aceleradoras de startups, prêmios de inovação a jovens empreendedores, incentivos e renúncia fiscal e investimentos em Pesquisa & Desenvolvimento (P&D), sobretudo por meio dos programas Horizon 2020 e, agora, Horizon 2030, da União Europeia, e com a estratégia nacional FranceTech, que resultou em numerosas patentes em robótica social ou teleassistência.

Depois da Covid-19, o presidente Emmanuel Macron anunciou a ampliação da política industrial no âmbito da saúde com metas ousadas de busca de autonomia, como a de autossuficiência em paracetamol até 2023 – uma forma de se preparar para futuras pandemias (FT, 2020). Embora o país, como boa parte das nações mais ricas do planeta, sofra as consequências de um processo de desindustrialização,

---

<sup>6</sup> Ver: [www.sbgtec.org.br](http://www.sbgtec.org.br). Acesso em: 16 mar. 2022.

o governo francês tem obtido resultados de suas estratégias FranceTech e silver économie com registro de patentes e inovações promissoras. Tais ações ocorrem paralelas a uma política de cuidados, com valorização da mão de obra, embora ainda tímida, e fomento à inovação que possa mitigar a penúria, como definiu o jornal Le Monde, de pessoal para o atendimento a idosos<sup>7</sup>.

O investimento na pesquisa em robótica tem produzido uma quantidade de informações sobre a relação humano-robô que acabam arando o terreno para a inovação. Em 2021, a França atingiu 25 unicórnios<sup>8</sup>, isto é, empresas que alcançam a avaliação no mercado de capitais de US\$ 1 bilhão ou mais – algo raro – e deixam a categoria de startup (Folha de São Paulo, 2022).

Um dos exemplos é a empresa francesa Auxivia<sup>9</sup>. Há sete anos, ela surgiu como startup e venceu a Bourse Charles Foix, prêmio promovido pela organização não governamental (ONG) Silver Valley, Île-de-France, uma aceleradora de startups direcionada exclusivamente à economia da longevidade, financiada pelo Estado (por meio da Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) e pela iniciativa privada<sup>10</sup>. O principal produto da Auxivia é o eVe, um copo (verre, em francês) conectado à internet para medir a quantidade de água bebida pela pessoa idosa, lembrá-la ou a seus cuidadores de beber líquido e, assim, mitigar o risco de desidratação – um grave problema na saúde pública das sociedades envelhecidas. A Auxivia hoje fornece o eVe por assinatura, para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs ou Ephads, na sigla em francês)<sup>11</sup>. Em 2016, abriu o capital em uma plataforma digital, beneficiando-se de isenção de impostos para seus novos acionistas.

7 Não apenas na França, mas pelo menos nas seis principais economias europeias (Alemanha, França, Reino Unido, Itália, Países Baixos e Espanha), verifica-se essa penúria. Entre 1/02/2020 e 13/10/2021, enquanto houve queda na oferta de vagas para os setores de aviação (-38%), beleza (-10%) e hotelaria e turismo (-6%), nos chamados serviços à pessoa aumentou a oferta em 52%, segundo a Eurostat (Le Monde, 2021).

8 O termo foi criado em 2013 pela investidora norte-americana Aileen Lee, fundadora da Cowboy Ventures, em artigo no jornal The New York Times (NYT, 2015).

9 Ver: <https://auxivia.com/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

10 Ver: <https://www.silvereco.fr/> e <https://silvervalley.fr/>. Acesso em: 16 mar. 2022.

11 *Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes* (Estabelecimento para Abrigo de Idosos Dependentes).

Outros exemplos de sucesso vêm de inovações digitais para gestão e fortalecimento das ILPIs. É o caso da Ubiquid, um software para a administração de lavanderias das instituições e rastreamento de peças de roupas por meio de código de barras. O software traz a programação em inúmeros idiomas, com destaque para línguas de imigrantes, pois esse segmento se constitui na maioria da mão de obra para essa função dentro dos residenciais de idosos. O processo de inovação da Ubiquid é baseado no método de resolução de problemas, assim como quase todas as startups premiadas pela Bourse Charle Foix, patrocinada pelo maior hospital público de Paris.

A iniciativa francesa teve início com a convocação dos ministérios citados de todas as grandes empresas francesas, estatais e privadas, além de outros atores principais no campo do envelhecimento depois da crise sanitária nacional provocada pelas canicules (a pior delas em 2003), quando centenas de idosos foram encontrados mortos solitários em suas residências. Essas crises sanitárias provocaram uma mobilização nacional para a busca de soluções. O Estado demandou das empresas participação e inovação na economia da longevidade.

Uma das iniciativas bem-sucedidas foi o serviço em domicílio de avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa desenvolvido pela La Poste, os correios da França e uma das maiores empresas estatais do país. “A visita do carteiro em domicílio” (*La visite de facteur à domicile*) surgiu depois de constatado que idosos na região rural proibiam visitas em suas propriedades e apresentavam baixa adesão a medicamentos e tratamentos. No entanto, esses idosos mantinham uma relação de confiança com os carteiros, que, por meio de um questionário de avaliação multidimensional, passaram a oferecer o serviço similar ao de um(a) agente comunitário(a) de saúde ou um(a) voluntário(a) da Pastoral da Pessoa Idosa, para citar semelhanças com os mesmos serviços do Brasil. La Poste oferece de uma a seis visitas ao mês no valor de 19,90 euros a assinatura (La Poste, 2022).

As informações colhidas nas residências dos idosos são notificadas à autoridade de saúde. O serviço, assim, é um importante instrumento de pesquisa epidemiológica, uma ferramenta para redução dos gastos em saúde, e gerou uma nova fonte de receita para a empresa. “A visita do carteiro” suscitou, inclusive, o desenvolvimento de uma linha de serviços à pessoa agora oferecidos pelos correios franceses, como teleassistência, entrega de refeição com cardápio predefinido, inclusão digital e orientação jurídica. Esses encontros de convívio permitem criar novos laços, ampliar a socialização de idosos isolados e informar filhos ou parentes alhures. As pesquisas feitas com familiares revelam 95% de satisfação com o serviço misto de teleassistência e assistência presencial.

Todos os meses, os idosos-clientes do serviço recebem gratuitamente o jornal da família Famileo. Criado com base em fotos e mensagens inseridas por familiares por meio de um aplicativo de celular, o jornal é impresso e entregue em mãos pelo carteiro durante sua visita. Anedotas, momentos preciosos, notícias da comitiva, o jornal reúne novidades de toda a família e se constitui em uma verdadeira rede social privada. Esse exemplo francês indica que o serviço de cuidado em domicílio é um importante instrumento de medicina preventiva e tem grande potencial de geração de receita quando acoplado às TICs por meio de aplicativos digitais.

Nas sociedades superenvelhecidas, a gerontecnologia é a estratégia para suprir ou mitigar a crise do cuidado, por isso é considerada área fundamental para a economia da longevidade (Klimczuk, 2012). No Japão, o déficit de mão de obra para o cuidado é calculado em trezentos mil profissionais até 2025, o que fez o governo, em 2015, destinar US\$ 720 milhões em recursos extras para a economia do cuidado. No mesmo ano, os ministérios da Indústria e da Saúde aportaram um terço do orçamento anual para a P&D em robótica para o cuidado de longa duração subsidiando protótipos da Toyota e da Honda, destaca Coughlin (2017). De acordo com o autor, o melhor resultado dessa política industrial é o Robear, desenvolvido pelo instituto Riken, capaz de retirar uma pessoa da cama e colocá-

la na cadeira ou cadeira de rodas e vice-versa, uma tarefa que se torna difícil de ser desempenhada pela mão de obra de cuidadoras cada vez mais envelhecida no Japão ou cuidadoras familiares.

Um exemplo da eficácia da gerontecnologia para o cuidado de longa duração sem nenhum exercício de futurologia distópica da aplicação de robôs dos filmes de ficção científica é o Paro<sup>12</sup>, projetado por Takanori Shibata do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Industrial Avançada do Japão (AIST) em 1993 e apresentado ao público pela primeira vez em 2001. O equipamento consiste em uma foca com revestimento de um tecido macio capaz de trazer imediato conforto pelo tato e, mediante sensores, responder à voz humana, por exemplo, abanando a cauda. Paro é registrado como um dispositivo médico de classe 2 (não medicamentoso) pelas agências reguladoras dos Estados Unidos.

Em numerosas pesquisas, a foca Paro foi efetiva para o simples lazer e entretenimento de idosos institucionalizados ou para o tratamento de pacientes com demência, e ainda como alívio a pacientes em momento de quimioterapia (Coughlin, 2017). Pesquisa realizada em ILPIs nos Países Baixos constatou grande eficiência do Paro. Três casas de repouso usaram a foca robô como objeto lúdico em reuniões de grupos de moradores, sempre com um cuidador presente e auxiliando na interação. Em uma casa de repouso, Paro foi considerado eficaz para diminuir a ansiedade de um residente em situações específicas, como se vestir. O cuidador percebeu que o Paro foi capaz de acalmar o residente e facilitar a conversa, o que ajuda o idoso a se perceber como um participante ativo. Nesse sentido, Paro tem um valor instrumental ao ajudar o cuidador a prestar um cuidado de alta qualidade, trazendo bons momentos ao residente pelo menos por um curto período de tempo (Niemelä, Ylikauppila & Talja, 2016).

---

12 Ver: <http://www.parorobots.com/index.asp>. Acesso em: 16 mar. 2022.

Numerosos estudos randomizados foram desenvolvidos pela equipe do criador do Paro também atestando sua eficiência (Shibata et al., 2015). O Paro é um exemplo bem-sucedido da ativação do ecossistema, pois une a economia da longevidade, a economia do cuidado e a economia criativa, uma vez que seu design universal foi desenvolvido por mulheres artesãs japonesas e cada unidade do robô tem um rosto próprio. Entretanto, suscita ainda mais questões éticas, como lembra Coughlin (2017, p. 238) ao citar trabalho específico de Sherry Turkle. A questão relevante aqui, no entanto, é a produção de conhecimento proporcionada pelas pesquisas do Paro e o quanto esses resultados podem alavancar outros produtos e serviços para os cuidados nas próximas décadas. E ainda o potencial de exportação do produto, que já está em mais de trinta países, apesar de uma presença de cinco mil unidades.

Exemplos de robótica companheira ou inteligência artificial podem insinuar erroneamente que a integração da economia da longevidade em uma estratégia de construção de um complexo industrial se daria apenas por produtos de alta complexidade tecnológica. A análise da cesta de consumo das famílias em uma sociedade envelhecida nas próximas décadas privilegiará produtos de uso cotidiano não tecnológicos, porém ainda com alto nível de componentes/matéria-prima importados, revelando uma dependência excessiva do país, pressionando o orçamento familiar e os custos do Sistema Único de Saúde (SUS) e do SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

Um produto exemplar são as fraldas geriátricas, ainda com componentes importados ou tecnologia estrangeira. É um ponto para reflexão sobre o aumento do consumo nas próximas décadas é o tempo em que uma criança usa fraldas e quantos anos um adulto pode precisar fazer uso delas. É um dos produtos de maior peso no orçamento familiar, no SUS e no sistema privado, constituindo-se atualmente até em objeto de judicialização por recusa de cobertura por parte de planos de saúde.

A tendência a médio prazo é de uma elevação do custo do produto em razão das exigências da indústria de cumprir com parâmetros de sustentabilidade ambiental e utilização de matéria-prima biodegradável ou reutilização, o que exige uma reestruturação com base na pegada plástica<sup>13</sup> – ou seja, ativação da economia circular. É preciso destacar que o mercado brasileiro é totalmente dependente das gigantes multinacionais que, durante a pandemia de Covid-19, apresentaram problemas de fornecimento (sobretudo devido ao colapso da cadeia global de matérias-primas) ou elevaram preços, fazendo com que consumidores de baixa renda e ILPIs fossem obrigados a recorrer a fraldas de tecido. Esse problema agravou os desafios de gestão de ILPIs e a crise de mão de obra para o cuidado no Brasil, onde os idosos só puderam contar com a sociedade civil, como já apontado em outra análise (Debert & Félix, 2022).

## **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde e do Cuidado (Ceisac)**

Na perspectiva das próximas décadas diante da dinâmica demográfica brasileira e da configuração de uma geopolítica do envelhecimento, o desafio ao desenvolvimento econômico é a ativação do ecossistema de economias para suprir as demandas da nova cesta de consumo das famílias em uma sociedade superenvelhecida e promover uma inserção do país na competição global com redução de dependência. É preciso insistir, aceitando aqui o risco de um estilo repetitivo, que a economia da longevidade, de acordo com a literatura internacional (HM, 2017; European Commission, 2015a; Bernard, Hallal & Nicolai, 2013), propõe a adoção da estratégia de reindustrialização com base na dinâmica demográfica e na inclusão dos cuidados prolongados nessa construção como um subsetor emergente – logo, a formação de um Complexo Econômico-Industrial da Saúde e do Cuidado

---

<sup>13</sup> Os estudos de gestão ambiental usam o indicador da pegada ecológica (ecological footprint) para medir o impacto da ação humana no meio ambiente. Esse indicador, ao longo do tempo, ganhou variantes de acordo com o tipo de interferência, como pegada plástica, pegada de carbono, etc, ou de impacto em determinado componente natural, como pegada hídrica, por exemplo (Bassi, 2014).

(Ceisac) (Félix, 2018a) com ênfase na sofisticação produtiva, pois a desindustrialização brasileira tem se verificado justamente nos segmentos mais tecnológicos.

Assim, é inevitável um diálogo com a reflexão de Gadelha (2021) a respeito do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (Ceis). Antes de iniciá-lo, considera-se pertinente ressaltar a crescente incorporação da questão do cuidado pelo campo da economia. Entende-se aqui que é essa transformação teórica, verificada na última década e meia, que tem sido fundamental para dar sustentação às políticas industriais adotadas na Europa, nos Estados Unidos, principalmente, e na Ásia. Ela decorre de questionamentos à teoria econômica mainstream que emergiram depois da crise de 2007-2008, como a teoria monetária moderna, e também de outras interpretações laureadas com o Nobel, como a economia dos pobres (Duflo & Banerjee, 2021), a economia do bem comum (Tirole, 2020) e novos achados como o conceito de mortes por desespero (Deaton & Case, 2020), todas interpretações lastreadas por estudos sobre a desigualdade social (Sen, 2000; Atkinson, 2015; Piketty, 2013, 2019; Stiglitz, 2012) – tema que retornou ao cenário depois de expulso do debate pelo thatcherismo. Toda essa literatura econômica, surpreendentemente, sobretudo para aqueles alheios aos estudos gerontológicos, incorporam o cuidado de longa duração como um componente relevante para o Produto Interno Bruto (PIB) das próximas décadas e fator determinante de desigualdades sociais – nas sociedades e entre os países.

Deaton (2017) alerta para a importância de se dar a devida atenção aos serviços de saúde e de cuidado no PIB com a perspectiva de uma crescente longevidade e questiona se as novas tecnologias estão de fato melhorando a vida de todos ou ampliando as desigualdades. Ao discutirem a produtividade e a qualidade dos empregos nas próximas décadas, Duflo e Banerjee (2020, p. 373) afirmam que parece provável que os robôs nunca venham a ser inteiramente capazes de substituir as mãos humanas no cuidado de crianças muito pequenas e de idosos muito velhos, “embora possam complementá-lo de maneira bastante eficaz”; no

entanto, continuam, “o cuidado de idosos é sem dúvida um objetivo social valioso que tem sido mal atendido”.

À medida que os cuidados prolongados vão sendo absorvidos em uma nova interpretação da economia, os países – sobretudo depois da pandemia de Covid-19 – consagram estratégias e recursos orçamentários para uma prioridade ao setor no esforço de retomada do crescimento econômico. Embora a França, como visto aqui, e também Alemanha, Reino Unido, Espanha e Canadá, entre outros países, trilhem o mesmo caminho, o exemplo dos Estados Unidos, com a ascensão de Joe Biden ao poder, tornou-se mais evidente na literatura (Carvalho & Barbosa, 2021), e essa política – no que diz respeito à indústria na área da saúde e do cuidado, nada além de uma estratégia de economia da longevidade – recebeu o rótulo de Bidenomics.

No campo do envelhecimento e do cuidado, é preciso lembrar que essa é uma política de continuidade de uma ação iniciada no mandato de Barack Obama e referendada na Conference on Aging, realizada na Casa Branca, em 15 de julho de 2015, quando o então presidente da República deu ênfase em seu discurso à economia da longevidade (longevity economy), dentro das metas para 2030. O tema foi incluído na agenda do governo como uma espécie de continuidade do chamado Obamacare, o Affordable Care Act de 2010 (WH, 2015), que criou um plano de saúde estatal para suprir as deficiências dos sistemas públicos Medicare e Medicaid, e a exclusão crescente de pessoas do sistema privado. Naquele momento, cerca de 44 milhões de norte-americanos estavam sem nenhum tipo de proteção de saúde, e em 2020, ainda eram 28 milhões, 8,6% da população total (Census, 2021). Esse percentual de norte-americanos cai num limbo do sistema, pois não têm acesso aos programas públicos nem têm trabalho formal que lhes garanta o seguro-saúde como direito trabalhista.

Com base em uma reflexão sobre o papel do Estado planejador intuído na Bidenomics, Gadelha (2021) faz sua exposição e defesa do Complexo Econômico-

Industrial da Saúde (Ceis). O objetivo deste ensaio, a partir daqui, é estabelecer conexões entre a economia da longevidade e o Ceis, uma linha de pesquisa já iniciada em outro momento (Félix, 2018b) e estabelecida segundo uma visão do Novo-Desenvolvimentismo (Bresser-Pereira, 2018), cujo objetivo principal resumidamente é a reindustrialização como condição sine qua non para a saída do Brasil de uma quase estagnação econômica verificada desde os anos 1990.

O primeiro ponto destacado por Gadelha (2021, p. 85) é a centralidade da saúde na estratégia de desenvolvimento do governo Biden e seu papel de relevância na “geopolítica da inovação” que abre uma “janela de oportunidade” para o Brasil, mas também se constitui – com o perdão do lugar-comum – como ameaça global e amplia o risco de países em desenvolvimento e, acrescenta-se, em processo de envelhecimento acelerado estarem condenados ao confinamento de suas economias em setores de baixa produtividade, obviamente hipertrofiando a dependência estrangeira de produtos complexos ou sofisticados. Todo esse raciocínio, como tentou-se apresentar nas seções anteriores, também é válido para os cuidados prolongados, a despeito de doenças ou prevenção. Os cuidados também se apresentam como *“serviços mais complexos [que] possuem uma lógica industrial” e devem ser levados em conta em uma construção de cadeia produtiva, pois, a médio e longo prazos, serão um “espaço diferenciado e dinâmico de acumulação de capital”* (Gadelha, 2021, p. 85), tanto como a saúde propriamente dita.

Para corroborar os argumentos de Gadelha e defender a inclusão dos cuidados prolongados na perspectiva do Ceis, vale aludir ao princípio constitucional citado pelo autor. Assim como a saúde é um direito básico de cidadania e uma conquista civilizatória, o cuidado também o é, de acordo com os artigos 229 e 230 da Constituição Federal, sendo também responsabilidade da sociedade e do Estado suprir deficiências e carências, uma vez verificadas, que impossibilitem a família de cumprir seu dever de amparo da pessoa idosa. Se o direito à saúde norteia a criação do SUS, o cuidado à pessoa o faz com o SUAS. Os dois sistemas dialogam e ampliarão

esse diálogo em termos de potencial econômico-industrial. Ainda é cedo para se conseguir mensurar todas as possibilidades à frente com a Inteligência Artificial (IA), a evolução das TICs, a biogenética e a robótica assistiva ou social (ou companheira). Gadelha (2021) alerta para a interpretação do bem-estar como parte da estrutura econômica, e é preciso sublinhar a presença do cuidado – a despeito de doenças – na construção desse conceito.

Assim como é a base constituidora da gerontologia, o cuidado o é para a economia, portanto está longe, tanto como a saúde, de ser apenas despesa ou desafio diante da escassez. Constitui-se também como fonte de geração de riqueza. A incorporação do cuidado no Ceis, paradoxalmente, ao mesmo tempo que apagará uma fronteira fictícia entre o que é saúde e o que é cuidado – origem de tensão na gestão pública –, colocará ainda mais em evidência essa mesma fronteira, isto é, fará romper um silêncio, voltando a Beauvoir (1970) e Woodward (2016), já citadas, sobre os cuidados, inclusive em sua dimensão mercadológica.

A pandemia de Covid-19, como lembra Gadelha (2021), evidenciou a existência de uma base econômica e material em saúde muito crítica para viabilizar o acesso da população e a própria sustentação estrutural do direito à saúde e, de modo mais amplo, do próprio direito à vida. O mesmo ocorreu com os cuidados de crianças e, principalmente, de idosos, sempre enxergados, como dito, com as mesmas lentes fiscalistas que têm uma “visão míope”, como aponta o autor, sobre a saúde. Essa deturpação fortalece a retórica contra o SUS e contra a inclusão do cuidado como um pilar da seguridade social (Camarano, 2010), com o argumento de que esse direito “não cabe no PIB”, sem jamais observar o potencial estratégico.

Antes de se deter nesse aspecto, dando continuidade ao paralelo que se pretende fazer com a pesquisa de Gadelha (2021), é preciso dedicar algumas linhas às dificuldades e resistências à construção do Ceis e, conseqüentemente, de um eventual Ceisac. Em outras palavras, destacar a rejeição da economia liberal à

adoção de políticas industriais sempre com a justificativa de que qualquer ação nesse campo será obrigatoriamente protecionista (Schymura et al., 2007), algo já explorado e negado pela literatura ao analisar experiências internacionais (Szlajfer, 2012; Wade, 1990 ; Chang, 2004; Amsden, 1989; Johnson, 1982; Reinert, 2016).

Mesmo depois da pandemia de Covid-19 e diante de ações de outros países, como citado, várias foram as manifestações contrárias à adoção de políticas industriais ou de iniciativas por parte do Estado para fomentar a inovação na área da saúde. Em vez disso, a receita recomendada por esses críticos foi a de “mais abertura comercial” (Rios, 2020). Essas manifestações meramente opinativas, sem passagem pelo devido crivo científico (submissão a journals e avaliação às cegas) vieram corroborar a retórica tradicional na economia (Bacha, 2012) ou posturas militantes de integrantes do governo federal.

O debate sobre a desindustrialização foi aquecido pela saída da Ford do país, no início de 2021, e pela declaração do então presidente do Instituto de Política Econômica Aplicada (Ipea), Carlos Von Doellinger, em defesa das vantagens comparativas ricardianas em detrimento do desenvolvimentismo (Valor Econômico, 2021). Na opinião de Doellinger, o Brasil deve “esquecer a indústria” e voltar-se para a exploração de recursos naturais (agropecuária e mineração), isto é, acentuar o retrocesso primarizante.

Essa foi apenas mais uma manifestação contra a indústria por parte de integrantes do governo Jair Bolsonaro. Em 2019, o presidente da Petrobras, Carlos Castello Branco, referindo-se ao seu setor, disse que o país precisava “abandonar o fetiche da indústria” que prejudicava a extração mineral (Folha de São Paulo, 2019). A despeito de a participação da indústria de transformação no PIB bater os 11,3% em 2018, mesmo percentual de 1947 (Iedi, 2019) – como se toda a indústria automobilística erguida nos anos 1950 tivesse simplesmente desaparecido –, muitos economistas

acreditam que o desenvolvimento econômico sustentável e os desafios demográficos podem ser vencidos com a exportação de soja e minério de ferro.

Em outros países, a adoção de políticas industriais – mais ou menos nacionalistas ou holísticas – é mais comum. A Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (Unctad) mapeou, entre 2008 e 2016, 114 estratégias em uma centena de países que, juntos, correspondem a 90% do PIB global, sendo que 74% delas foram adotadas após 2013 (Iedi, 2021). Alguns críticos preferem assumir uma incapacidade de a indústria nacional produzir bens sofisticados ou competitivos (Bacha, 2012) e optam pela dependência crônica sem nenhuma pretensão ao catching up (alcançar os desenvolvidos), isto é, são resilientes à submissão tecnológica. Outros, mais flexíveis, aceitam a política industrial desde que voltada para a exportação (Menezes Filho, 2021), mergulhando o debate na dicotomia domestic-led versus export-led, uma armadilha simplesmente ignorada pelos países ricos (Reinert, 2016)<sup>14</sup>.

A resistência à política industrial é, no entanto, contraditória no discurso liberal, pois esse mesmo receituário destaca com veemência – e corretamente – a importância da produtividade no enfrentamento do envelhecimento populacional. Se a opção pela alocação de recursos substituir a política industrial exclusivamente pela educação, preferindo o retrocesso primarizante, como alocar um suposto contingente de cidadãos bem-educados em empregos de qualidade ou de alta produtividade sem indústrias sofisticadas? Seria impossível fechar essa equação nas próximas décadas. Se a demanda por trabalhadores para os cuidados de longa duração será crescente e se essa tarefa ganhará cada vez mais sofisticação tecnológica, como absorver esse custo elevado na atividade fim (no domicílio, no setor público ou no privado) e pagar bons salários a essa mão de obra tendo como base da economia apenas setores de menor produtividade? O investimento em educação e na pesquisa, portanto, faz

---

14 Sobre críticas a essa dicotomia, ver: Bresser-Pereira, Marconi & Oreiro (2016, p. 169-181).

parte do acionamento do ecossistema, segundo uma lógica de interação da ciência e da indústria.

No setor da saúde, esse potencial é destacado por Gadelha (2021) quando desenha um sistema econômico, produtivo e de inovação de bens e serviços qualificados, envolvendo as indústrias de base química e biotecnológica articulada pela indústria farmacêutica na produção de ingredientes farmacêuticos ativos (IFAs) químicos e biotecnológicos, vacinas, produtos para diagnóstico e de base mecânica e eletrônica (equipamentos e instrumentos). A produção industrial se realiza na prestação de serviços em saúde, como lembra o autor, jamais de “forma passiva”, isto é, configurando uma “nova economia política dos serviços”, no dizer de Kon (2015), na qual os antigos setores secundário e terciário estão cada vez mais amalgamados. Em outras palavras, a desindustrialização comprometeria uma evolução sustentável de uma economia de serviços, como o Brasil se revela a cada ano.

Essa cadeia de indústria-serviço no setor de saúde funciona, ainda segundo Gadelha (2021), de modo articulado e análogo, como cita o autor, à confluência das montadoras e do complexo automotivo, envolvendo as atividades de promoção, prevenção e atenção à saúde, mediante a prestação de serviços especializados que envolvem desde a atenção básica, passando pelas atividades de diagnóstico, até a prestação de serviços de alta complexidade em âmbito hospitalar. Cadeia semelhante é constituída para os cuidados de longa duração, embora sem uma estrutura hierárquica como ocorre no SUS, mas uma espécie de estrutura voluntária ou informal e, sobretudo, privada, de cuidados informais (familiares), cuidados formais (profissional cuidadora), moradias assistidas (ILPIs) em diversos níveis de dependência e autonomia da pessoa idosa. A cadeia do cuidado precede a da saúde ou atua paralelamente a ela (Quadro 1). Dessa maneira, assim como o campo da saúde, os serviços de cuidado serão, como apontados nos exemplos já citados, complexos e densos em conhecimento, organizando-se segundo uma lógica industrial e como

um espaço de inovação oferecendo os mesmos riscos e oportunidades por meio da economia da longevidade.

Quadro 1 – Comparativo básico do Ceis e do Ceisac

Ceis	Ceisac
Direito à saúde	Direito ao cuidado
Geopolítica da inovação	Geopolítica do envelhecimento
Serviços complexos e lógica industrial	Gerontecnologia
SUS	SUAS e debate sobre cuidado como 4º pilar da seguridade social
Base química, biotecnológica, mecânica, eletrônica	Base mecânica, eletrônica, IA, TIC e robótica assistiva
Promoção e prevenção e atenção integral	Prevenção, atenção e inserção social com foco no bem-estar
Garantir maior independência do mercado externo	Evitar dependência do mercado externo nas próximas décadas

Fonte: Elaborado pelo autor.

O mercado de inovação em cuidado coexiste com o da saúde e depende também de um processo criativo e intenso em conhecimento no âmbito dos serviços e práticas e de cuidados de longa duração, sobretudo para a situação de ausência de doença ou medicina preventiva para garantir o bem-estar no envelhecimento ou, como requisita a Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua meta para esta década, o envelhecimento saudável (WHO, 2020). O desenvolvimento de métodos, equipamentos e novas tecnologias para os cuidados de longa duração exige dedicação de pesquisas etnográficas, com acompanhamento intenso e

prolongado do comportamento da pessoa idosa, investigações em domicílio, enfim, um conjunto de práticas científicas próximas das pesquisas clínicas do campo da saúde, que conformam um sistema integrado e interdependente de geração de conhecimento e inovação.

Apesar de o campo do cuidado apresentar ainda um atraso em relação ao campo da saúde, como foi exposto, a tendência nas próximas décadas é de uma aproximação quanto a sofisticação tecnológica e maior interação com empresas de tecnologia e com as mais diversas ferramentas desenvolvidas pela revolução industrial 4.0, como a IA, as bases de dados (*big data/big science*), a biogenética e a biotecnologia, como mostra Coughlin (2020), ao expor suas preocupações quanto à desigualdade de acesso.

Um diferencial em relação ao cuidado é o seu potencial de utilização da tecnologia para a inovação em outros setores da economia, uma vez que sua abrangência transborda para além da área da saúde. Como alertou o pioneiro relatório francês, “todas os setores industriais serão afetados” no empenho de cuidado e prevenção da sociedade superenvelhecida (Bernard, Hallal & Nicolai, 2013).

Em outra ocasião (Félix, 2016), todos os setores da economia da longevidade foram apresentados. Além da interação com a saúde e a gerontecnologia, já citados, destacaram-se a questão da moradia insalubre ou déficit habitacional brasileiro e a necessidade de adaptação de residências, o fortalecimento e a ampliação das ILPIs, o segmento de seguros para os cuidados e a adaptação dos espaços de trabalho, por exemplo. Todos esses setores ampliam o caráter sistêmico e reforçam a importância de uma política industrial capaz de acionar e integrar as várias economias.

Enquanto o Estado mostra-se negligente com esse potencial do cuidado, o mercado, por meio de investidores institucionais (fundos de pensão, fundos mútuos, seguradoras), está atento para dominar esse complexo econômico – acentuando o já citado processo de reprivatização da velhice. No Brasil, um dado a chamar a atenção

é o crescimento de redes de ILPIs privadas, de acordo com Camarano (2010), ao passo que o setor público reduz sua presença e despreza o debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Cuidados. Se mantido o percentual de 1% da população idosa institucionalizada encontrado por Camarano em 2010, o país teria atualmente 400 mil idosos vivendo em ILPIs. Sem um censo confiável sobre a população idosa em seus vários níveis de dependência, mesmo os não institucionalizados, o país ignora a demanda por proteção social, assim como o potencial da economia da longevidade e suas possibilidades para o desenvolvimento econômico.

### **A geopolítica do envelhecimento e a financeirização do cuidado**

Como ressalta Gadelha (2021), o Ceis é um dos sistemas econômicos que apresentam maiores possibilidades de investimento e de inovação no mundo, e ao mesmo tempo é um fator de exclusão. O mesmo ocorre com o cuidado (*stricto sensu* e *lato sensu*), na medida em que esses serviços ganham complexidade tecnológica e as famílias menores em número de filhos e com mulheres no mercado de trabalho veem limitadas as suas condições de dedicação de horas cotidianas a essa tarefa. De novo, do mesmo modo que as multinacionais se empenham em garantir a mercantilização da saúde e aumentar a dependência de países em desenvolvimento na geopolítica da inovação – em sentido oposto ao projeto do Ceis –, empresas também atuam no mundo com o objetivo de dominar o mercado do cuidado, acentuando a tensão na geopolítica do envelhecimento (Félix, 2019a). Essa tensão será, nas próximas décadas, tão mais intensa quanto for o desprezo ao setor produtivo, ou seja, à economia real.

São poucos os trabalhos científicos que dão conta da dinâmica do capital internacional em torno do cuidado. No entanto, esse bloqueio do mercado em relação às políticas públicas de construção de complexos econômicos-industriais do cuidado e o privilégio a maiores possibilidades meramente financeiras

nas sociedades já bastante envelhecidas são noticiados frequentemente pela imprensa mundial.

A título de ilustração, cita-se o trabalho empreendido pelo Investigative Europe (IE), um consórcio de 15 veículos de imprensa de 14 países dedicado a abordar com profundidade temas relevantes para as nações europeias em publicações conjuntas de reportagens<sup>15</sup>. Em julho de 2021, o consórcio publicou uma reportagem sob o título “Lares de idosos, o novo negócio de milhões das multinacionais” (Público, 2021). A reportagem denuncia a ação de grandes empresas europeias em vários países dentro e fora do continente no mercado de cuidado.

De acordo com o IE, os lares de idosos em grande parte dos países europeus estão subfinanciados e têm menos trabalhadores do que deveriam para atender à crescente demanda; contudo, uma parte cada vez maior das despesas governamentais em cuidados com idosos está sendo destinada “para os cofres de empresas transnacionais, que são um negócio crescente e muito lucrativo” (Público, 2021, p. 4). O consórcio constatou que investidores financeiros anônimos assumem quotas cada vez maiores desses negócios e conseguem escapar de tributação sobre os lucros – muitos deles obtidos com repasse de verba pública – “transferindo as suas receitas para centros offshore”.

Nos últimos anos, afirma o IE, cresce em ritmo acelerado o negócio internacional de lares de idosos geridos por meio de cadeias que dependem de uma intrincada engenharia financeira. Essas grandes empresas compram pequenos grupos nacionais com o intuito de concentrar posições e impor uma forma de gestão que põe ainda mais em risco a qualidade dos cuidados prestados aos idosos. De acordo com a investigação do IE, trinta empresas de private equity possuem 2.834 lares na

---

<sup>15</sup> Público (Portugal), Der Tagesspiegel (Alemanha), Mediapart (França), Telex (Hungria), Aftenbladet e Bergens Tidende (Noruega), Dagens Nyheter (Suécia), EfSyn (Grécia), Il Fatto Quotidiano (Itália), Open Democracy (Reino Unido), Gazeta Wyborcza (Polônia), Falter (Áustria), Trends (Bélgica), Republik (Suíça), FTM (Países Baixos). E ainda as contribuições de: Wojciech Cietła, Ingeborg Eliassen, Juliet Ferguson, Attila Kálmán, Nikolas Leontopoulos, Anne Jo Lexander, Maria Maggiore, Stavros Malichudis, Sigrid Melchior, Leïla Miñano, Paulo Pena, Elisa Simantke, Nico Schmidt e Harald Schumann, bem como Eelke van Ark (Follow the Money), Manuel Rico (InfoLibre), Gerlinde Poelsler (Falter), Jef Poortmans (Trends), Philipp Albrecht (Republik).

Europa com quase 200 mil vagas. Em janeiro de 2021, os 28 principais operadores de lares na Europa eram privados e administravam 5.388 instituições com 455.559 residentes. Em 2017, os 25 maiores operadores de ILPIs na Europa, apenas três sem fins lucrativos, administravam 369.132 residentes (Público, 2021, p. 5).

A francesa Orpea é a maior operadora da Europa, com mais de 110 mil vagas em mais de mil instalações (incluindo algumas clínicas psiquiátricas e de reabilitação). Entre 2015 e 2020, a empresa aumentou a sua capacidade em 65%. Empresa de capital aberto, a Orpea tem como maior acionista o Fundo Público de Pensão do Canadá (CPPIB, com 14,5%), e o valor de suas ações mais do que duplicou desde 2015, triplicando seu valor de mercado. No entanto, a dívida financeira líquida da empresa é de quase 200% do capital devido à constante distribuição de dividendos e pagamento a credores sob juros. Em 2019, foram 224 milhões de euros (Público, 2021, p. 7).

O governo francês iniciou, no fim de janeiro de 2022, uma investigação sobre a Orpea, acusada pela imprensa de negligenciar os cuidados com os idosos justamente em sua unidade mais luxuosa, em Les Bonds de Seine. O ministro da Saúde, Olivier Véran, anunciou a investigação sobre a empresa por meio da Agência Regional de Saúde (ARS). O diretor-geral do grupo foi convocado pela ministra designada para as questões de autonomia (ministre déléguée de l'autonomie, responsável pelas políticas públicas para os idosos), Brigitte Bourguignon, para explicar as acusações feitas no livro-reportagem editado pela prestigiosa Fayard, escrito pelo jornalista Victor Castanet, com o título *Les Fossoyeurs* (Os coveiros).

Em quatrocentas páginas, são relatados fatos de maus-tratos e desmazelo (inclusive restringindo a utilização de fraldas a três trocas por dia) em razão de um modelo de gestão centrado na redução de custos e que transformaria os profissionais das unidades da Orpea em cost-killers (assassinos de custos). Manchete dos jornais franceses, o caso transformou-se em um escândalo nacional a ponto de mobilizar

o Palácio do Eliseu por temor em impacto negativo na reeleição do presidente Emmanuel Macron nas eleições de abril de 2022 (Le Monde, 2022, p. 12).

Em 2020, a França contava com 606.400 idosos em instituições, 20% na rede privada com fins lucrativos, 51% nas unidades públicas e 29% nas instituições sem fins lucrativos. Desde 1997, 40% das novas vagas foram criadas na rede privada, com mensalidade média de 2.657 euros contra 1.884 euros no setor público em 2009 nos estabelecimentos sem fins lucrativos. O setor público emprega 70,6 trabalhadores com registro formal para cada cem idosos residentes, enquanto no setor privado são 52,3 (Le Monde, 2022).

Isso significa dizer que nos países superenvelhecidos constata-se uma financeirização (Chesnais, 2005)<sup>16</sup> do cuidado paralela à mercantilização da saúde (Nirello & Delouette, 2020; Bourgeron, Metz & Wolf, 2021). Verifica-se ainda o empenho em construção de marcas nacionais capazes de abrir vantagem na concorrência com mercados estrangeiros. Existe assim uma tensão entre processos tipicamente financeiros e empenhos de reindustrialização, como a economia da longevidade. Após o surgimento da pandemia de Covid-19, esses dois processos se aceleraram nos países ricos e envelhecidos. A cristalização da centralidade da saúde e do cuidado com a crise sanitária e a carência de mão de obra para essas áreas expôs as falhas de mercado e a ausência do Estado, pois o modelo deixou os idosos e suas famílias ainda mais vulneráveis.

Bourgeron, Metz & Wolf (2021, p. 3) confirmam cientificamente o panorama apresentado pelo IE e mostram que a crescente participação de empresas de private equity em França, Alemanha e Reino Unido obteve “resultados problemáticos” à medida que esses investidores institucionais compram grupos de residenciais para idosos e os redesenham para maximizar o lucro. Os autores analisaram os maiores

<sup>16</sup> De acordo com o autor, o fenômeno da financeirização caracteriza a economia do século XXI e consiste, principalmente por meio do endividamento e atuação de investidores institucionais sobre as empresas ou nos mercados financeiros, em permitir a reprodução do capital sem a necessidade de produção de mercadorias e serviços, ou seja, apenas pelo patrimonialismo de papéis e ações. Essa dinâmica estabelece percentuais de retorno sobre o investimento muito altos, retirando da economia “mais do que ela pode dar”, comprometendo assim a qualidade dos produtos e as relações de trabalho (Chesnais, 2005, p. 61).

grupos de ILPIs de capital privado dos três países e, em todos os casos, descobriram que as empresas usavam uma caixa de ferramentas bastante semelhante para aumentar o retorno sobre o capital, isto é: 1) os private equity usam poucos recursos próprios e a maior parte do investimento é de fundos de pensão, que entram como coinvestidores ou credores; 2) o investimento é feito sobre endividamento elevado, ampliando o risco de sustentabilidade a longo prazo, formando uma espécie de bolha financeira que, ao estourar, como o caso relatado pelos autores da Southern Cross, no Reino Unido, obriga o governo a cobrir o passivo sob pena de os idosos perderem a residência, uma vez que a garantia dos empréstimos são os próprios imóveis em operações de reestruturação financeira, ou seja, explorando a fração imobiliária do capital financeiro, inclusive por meio de sociedades civis de alocação imobiliária (SCPI) – ou os próprios residentes são obrigados a desembolsar grandes quantias para realocar o imóvel; 3) nos casos de estouro da bolha, o lucro dos investidores que se posicionaram no topo da pirâmide permanece intacto em bancos de paraísos fiscais como Luxemburgo e Jersey.

Em sua conclusão, os autores destacam que a entrada de atores financeiros em busca de risco com altas expectativas de lucro mudou a lógica que governa as ILPIs nos países estudados. A financeirização do setor de cuidado tem provocado fugas de dinheiro público que poderia ter sido utilizado para a prestação efetiva de cuidados. Tudo isso aconteceu enquanto as empresas de private equity e seus investidores obtiveram retornos altos, muitas vezes de dois dígitos. Os autores asseguram que a finalidade original das casas de repouso – cuidar de idosos e doentes – foi substituída por uma nova: a criação de valor acrescentado para os investidores. Qualquer agenda transformadora, continuam eles, que vise reorientar a atividade econômica para a sustentabilidade não pode ter sucesso se a lógica financeira prevalecer sobre o verdadeiro propósito da atividade econômica e social em um setor vital como o cuidado.

Esse modelo seria a tendência em países em processo acelerado de envelhecimento populacional, como o Brasil, nas próximas décadas? Uma vez que o Estado brasileiro nunca assumiu, de fato, os cuidados de longa duração como um risco social, o caminho à mercantilização sem nenhuma outra estratégia de desenvolvimento seria ainda mais curto? A Orpea está no Brasil desde 2017 e administra a rede de residenciais de alto padrão Cora (Brazil Senior Living), com cinco unidades em São Paulo e investimento do fundo Pátria. Em 2017, o relatório de investimentos da Orpea dizia que “o Brasil oferece grandes oportunidades de desenvolvimento e o Orpea está se preparando ativamente para operar no país por meio de crescimento orgânico com projetos de construção e algumas seletivas aquisições” (Valor Econômico, 2018).

Esses players globais – espelhando o que ocorre na saúde – estão atentos ao potencial de mercado no Brasil devido ao processo de envelhecimento. Se mantida (*ceteris paribus*) a estimativa de Camarano (2010) de que apenas 1% da população idosa brasileira permanece institucionalizada, sobretudo devido ao tamanho e à qualidade da rede e a questões culturais, estaríamos hoje com um mercado potencial de 325 mil idosos, levando em conta uma população de 32,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos ou 15,2% da população total (IBGE, 2022)<sup>17</sup>. Uma projeção para 2050, a ser atualizada pelo Censo 2022, é de uma população idosa de 68,1 milhões (Camarano, 2014).

Da mesma forma com que a emergência da pandemia de Covid-19 revelou a importância de sistemas de saúde públicos e gratuitos, como o SUS ou o National Health System (NHS) britânico, também desvendou a incapacidade de se delegar exclusivamente ao mercado os cuidados de longa duração para idosos e a urgência de uma política nacional de cuidados eficaz e holística em termo de desenvolvimento econômico. O tema atualmente desperta o interesse do campo da economia, a tal ponto que a London School of Economics criou o International Long Term Care

---

<sup>17</sup> Ao considerar a população idosa residente em ILPIs credenciadas no SUAS, o número encontrado pela Frente Nacional em Defesa das ILPIs é de 78 mil pessoas residindo nessas moradias (FN-ILPI, 2020).

Policy Network, um centro dedicado às pesquisas sobre cuidados ou à “economia política da longevidade”, como prefere Phillipson (2015)<sup>18</sup>. Nessa concepção, merece destaque Le Réseau EIDLL – Économie Internationale de la Longévité, criada em Paris em 2018, que reúne 26 centros de pesquisa e quatro instituições de ensino superior para contribuir com o desenvolvimento de pesquisas e intercâmbios sobre o tema<sup>19</sup>. A Eurostat e a OCDE passaram a disponibilizar dados on-line para mensurar o investimento dos países em cuidado de longa duração para idosos (Eurostat, 2022; OECD, 2022).

A geopolítica do envelhecimento tem feito com que fique cada vez mais difícil para as sociedades manterem o pacto de segredo em torno do cuidado, uma vez que, no entender de Hochschild (2017, p. 73), essa é a nova forma de extração de recursos do Terceiro Mundo – isto é, nas palavras da autora, “o ouro novo” do século XXI, marcado pela longevidade humana e concretizado nas imigrantes ilegais admitidas silenciosamente para serem destinadas aos cuidados de crianças e idosos no hemisfério Norte. Também nessa perspectiva de uma subárea denominada de gerontologia crítica, Neilson (2017, p. 54) aponta para “modos alternativos de governança” diante da “crescente tensão entre os Estados-nação e os atores e instituições globais produzida por essa fase distinta da história do envelhecimento” na qual vive o século XXI<sup>20</sup>.

A construção de um Ceisac, portanto, se justifica em um planejamento de desenvolvimento econômico nas mesmas bases teóricas já expostas para o Ceis (Gadelha, 2021), uma vez que os organismos multilaterais dominados pelos países ricos deixam evidente o intuito de liderarem o mercado internacional da longevidade nas próximas décadas e erguerem campeões nacionais mediante uma política

18 Ver: <https://www.ilpnetwork.org/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

19 Ver: <http://eidll.fr/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

20 A título de ilustração sobre essa governança e compliance, o filme *Eu me importo* (2020), dirigido por J. Blakeson, aborda as questões éticas na área de cuidado altamente mercantilizada dos Estados Unidos. Disponível em [https://www.youtube.com/watch?v=DjovwjAVD\\_o](https://www.youtube.com/watch?v=DjovwjAVD_o) Acesso em 21 mar. 2022.

industrial focada em segmentos infantis (Bernard, Hallal & Nicolai, 2013; European Commission, 2015a, 2015b) de alta complexidade, portanto inviáveis de compensar a balança comercial até o fim do século no caso de uma preferência exclusiva para vantagens comparativas.

### **Economia da longevidade e despovoamento: o caso de Zamora**

A estratégia de economia da longevidade pode ser adotada por governos em nível nacional, regional ou municipal (Klimczuk, 2016, 2017), como se verifica, por exemplo, em regiões como a Île de France, com uma ação ao lado da nacional, ou na Valônia francesa (Ritondo, 2018), ou em estudos de implantação do projeto Cidade Amiga do Idoso em municípios da Polônia (Polanska, 2017) ou ainda em diversos outros casos reunidos em revisões bibliográficas (Zhukovska et al., 2021; Briegas et al., 2021). Um dos mais atuais está relacionado a outro fenômeno demográfico do século XXI, decorrente do envelhecimento populacional: o despovoamento, e ocorre na diputación provincial de Zamora, na região autônoma de Castilla y León, na Espanha.

Trata-se da província mais envelhecida da Espanha, com cem menores de 16 anos para cada 292 habitantes com mais de 65 anos (parâmetro de idade para definir a pessoa idosa nos países desenvolvidos), com 172 mil habitantes espalhados em 293 cidades. Entre os anos de 2000 e 2019, Zamora perdeu quase 40 mil habitantes, ou 15% da sua população, percentual bastante acima dos 3,2% da média nacional. Em 2019, o governo local – a exemplo do que ocorreu em 2013 na França – lançou uma convocatória à sociedade civil, a empresas e universidades para adotarem uma estratégia de economia da longevidade, conforme relatado no documento de lançamento da ação denominado “Estrategia Integrada Silver Economy para la Activación Económica y Demográfica de la Provincia de Zamora” (DZ, 2019).

A estratégia está baseada em uma ativação do ecossistema de economias por intermédio de parcerias com empresas privadas, associações e instituições de ensino (Universidade de Burgos e Universidade de Salamanca, principalmente) para estímulo à inovação e à gerontecnologia. O objetivo da política industrial é transformar Zamora em um “território silver”, isto é, um complexo econômico-industrial de saúde e de cuidado capaz de atrair jovens estudantes interessados em pesquisas na área, em inovação, e de *“promover o desenvolvimento econômico em torno do envelhecimento como fonte de geração de emprego e riqueza”* com base em três eixos: bem-estar e qualidade de vida para as pessoas idosas, emprego e empreendedorismo e sustentabilidade dos sistemas públicos (DZ, 2019, p. 7).

A principal ferramenta para a ativação desse complexo é a “tributação diferenciada” (DZ, 2019, p. 6). A decisão do governo da província foi tomada após o diagnóstico de que a arrecadação tributária de Zamora encolhia com a mudança do perfil econômico, que em décadas anteriores passara por um processo de desindustrialização, seguido por uma hipertrofia da agricultura em termos de percentual do PIB local e, nos últimos anos, uma ampliação da dependência do setor público e do setor financeiro. A balança comercial da província se concentrou em leite e derivados, ovos, mel, carnes, açúcares, animais vivos e vinho como produtos de exportação, enquanto a dependência externa ampliou-se em plásticos e manufaturados em geral. O resultado foi um desemprego crônico da ordem de 14,1% e uma renda média inferior à nacional. O risco do empobrecimento provocou um êxodo de jovens, e o governo decidiu “liderar a estratégia de silver economy” com base em alianças e política fiscal (DZ, 2019, p. 38).

São esses os pontos enumerados no documento diretriz dessa política: 1) criar uma “patente de identidade” de “território silver”, marcando a prioridade na produção de conhecimento por meio das universidades, que devem criar disciplinas, graduações e pós-graduações multidisciplinares em economia da longevidade<sup>21</sup>;

---

<sup>21</sup> O documento enumera que em 25 graduações nas universidades da região serão ministradas disciplinas de economia da longevidade (seis em

2) ser referência, por meio de política de certificação (labelization)<sup>22</sup> em qualidade de serviços e desenvolvimento de novas práticas para os cuidados de pessoas idosas; 3) estabelecer um “ecossistema tecnológico”, que inclui desde a faculdade de moda na Universidade de Salamanca até as graduações em engenharia, como forma de atrair as gigantes tecnológicas em parcerias com o poder público; 4) registrar selo para cuidadores e sua formação, fazendo das universidades da região referências para a Europa como forma de suprir a carência de mão de obra para o cuidado<sup>23</sup>; 5) definir uma estratégia de comunicação para promover Zamora como “região especializada em serviços geriátricos e assistenciais, garantindo a qualidade e a inovação na atenção a idosos”; 6) eleger P&D como “quarta hélice”, integrando setores e instituições nacionais, regionais e internacionais; 7) promover organização de conferências em gerontecnologia, como o Congresso Internacional de Silver Economy, realizado em 2020 e 2021, com a presença de mais de setecentos congressistas e mais de quarenta especialistas<sup>24</sup>; 8) fomentar o desenvolvimento de tecnologia para melhorar a vida dos idosos que habitam na área rural, com investimentos em banda larga; 9) estabelecer como referência de avaliação o número de patentes registradas de produtos tecnológicos; 10) diversificar e sofisticar o tecido industrial com desoneração e subsídios para setores infantis com vistas à exportação de produtos gerontológicos (DZ, 2019, p. 42).

Entre 2020 e 2023, os primeiros três anos da estratégia, a previsão do investimento estatal na estratégia por parte da própria província é de 40 milhões de euros. No entanto, Zamora obteve financiamentos ou repasses de diversos fundos da União Europeia, do governo central e agências de fomento, como Erasmus. As empresas (startups ou não, nacionais e estrangeiras) beneficiadas serão as que atuam nos

---

tecnologia, dez em moda, seis em arquitetura, três em finanças), e um título específico de bacharel em economia da longevidade será criado (DZ, 2019, p. 47).

22 Sobre políticas e modelos de certificação em cuidados de longa duração para idosos na Europa, ver Albouy e Moret (2021).

23 A Espanha tem cinco enfermeiras para cada mil habitantes, enquanto a média europeia é de 8,4 (países como Dinamarca e Finlândia atingem 16). Não existem os mesmos dados para cuidadoras de idosos (DZ, 2019).

24 Ver: <http://www.diputaciondezamora.es/index.asp?MP=6&MS=176&MN=2&pag=&idvideo=51>. Acesso em: 21 mar. 2022.

segmentos de cuidado, tecnologia, estilo de vida e moda, soluções residenciais, teleassistência, finanças, empregabilidade para a faixa 50+ e recursos humanos (gestão de carreira).

Em 2021, o governo lançou a pedra fundamental de um complexo físico de economia da longevidade, um cluster construído para reunir aceleradoras, auditório, representação de empresas. Com investimento de 1,5 milhão de euros e com design ecologicamente sustentável, o Parque Tecnológico Silver terá 1.580 metros quadrados e será destinado a empresas comprometidas em se instalar em Zamora e fiéis ao processo I+D+I (investigação-desenvolvimento-inovação), constituindo-se assim como o único parque tecnológico da Espanha orientado ao desenvolvimento da economia da longevidade, cujo principal objetivo será a P&D de tecnologias e serviços nessa área e deverá funcionar em parceria com o parque científico da Universidade de Salamanca (La Opinión, 2021).

No Brasil, o fenômeno do despovoamento<sup>25</sup> ainda é pouco perceptível como uma questão demográfica, a despeito de alguns alertas com o de Braga e Mattos (2019), ao analisarem 49 microrregiões geográficas com taxa de crescimento negativa entre 1991 e 2010 e constatarem o fenômeno, embora com bastante heterogeneidade. No entanto, como aponta Alves (2021a), a pandemia de Covid-19 afetou a dinâmica demográfica aumentando o número de mortes e diminuindo o número de nascimentos em todo o país. No Rio Grande do Sul, 114 municípios registraram número de mortes acima do de nascimentos, apresentando variação vegetativa negativa em 2020, caso se considerem nascimentos menos óbitos e migração zero.

Porto Alegre, ainda de acordo com o autor, registrou 18.400 nascimentos e 20 mil óbitos em 2020, com decréscimo vegetativo de 1.556 habitantes. Entre as dez cidades com maior decréscimo demográfico em 2020, estão Guarani das Missões (-43 pessoas), Jaguari (-42 pessoas), Campinas do Sul (-41), Restinga Seca

---

<sup>25</sup> Sobre um debate na literatura recente a respeito do tema, ver Alves (2019).

(-40), São Martino (-40), São Valentim (-40), Pinheiro Machado (-37), Alecrim (-36) e Marques de Souza (-31 pessoas). O Rio Grande do Sul é o estado com maior proporção de idosos do país e mais avançado na transição demográfica, portanto, mais próximo de enfrentar “em algum momento da década de 2030”, nas palavras do autor, esse grande desafio das sociedades superenvelhecidas do hemisfério Norte: o decréscimo populacional (Alves, 2021a).

### **Só inovação é o suficiente?**

Em relação ao exposto neste ensaio até aqui, é chegado o momento de ponderar e estabelecer limitações. É preciso sublinhar que a intenção dessas políticas e experiências internacionais é impulsionar o desenvolvimento econômico para oferecer possibilidades de sustentação de um determinado modelo de Estado de Bem-Estar Social, que está diante de inéditos desafios demográficos. De nenhuma maneira esse ecossistema substitui, portanto, o imperativo de políticas de proteção social. Como dito no início, o ecossistema é uma das respostas construtivas apontadas pelos organismos multilaterais para o envelhecimento populacional – até porque, em recente literatura econômica, é destacada a força restrita da inovação no atual estágio da economia capitalista (Rodrik, 2016).

Essa literatura nos requisita certo ceticismo na crença de que o avanço tecnológico tem como destino obrigatório melhorar o padrão de vida das sociedades. Rodrik (2016) divide as opiniões sobre o futuro em três grupos: os tecno-otimistas, os tecnopessimistas e os tecnopreocupados. A divisão é imposta por visões quanto à relação de tecnologia versus emprego, desigualdade social e equidade, inclusão versus exclusão e ainda questões relacionadas ao meio ambiente. É possível acrescentar também o elemento demográfico.

Ainda de acordo com Rodrik (2016), o que distingue essas perspectivas umas das outras não é tanto a discordância sobre a taxa de inovação tecnológica. Existe consenso, naturalmente, de que a inovação está progredindo rapidamente. O debate é sobre se essas inovações permanecerão engarrafadas em alguns setores intensivos em tecnologia que empregam os profissionais mais qualificados e representam uma parcela relativamente pequena do PIB ou se espalharão para a maior parte da economia – não criando novas necessidades, mas atendendo às demandas novas e solucionando problemas. As consequências de qualquer inovação para a produtividade, o emprego e a equidade dependem, em última análise, da rapidez com que ela se difunde pelos mercados de trabalho e de produtos e por toda a sociedade – o melhor exemplo, poderíamos citar, é o telefone celular.

A difusão tecnológica, lembra Rodrik (2016), pode ser restringida tanto do lado da demanda quanto do lado da oferta da economia. Quanto à primeira, nos países desenvolvidos, os consumidores gastam a maior parte de sua renda em serviços como saúde, educação, transporte, habitação e bens de varejo. A inovação tecnológica teve um impacto comparativamente pequeno até o momento em muitos desses setores, assinala o autor, com destaque apenas para TIC e mídia. Do lado da oferta, a questão-chave é se o setor inovador tem acesso ao capital e às habilidades necessárias para se expandir rápida e continuamente. Nos países ricos, as restrições são bem pequenas. Mas quando a tecnologia exige altas habilidades – a mudança tecnológica é tendenciosa (*skill-biased*), na terminologia dos economistas –, sua adoção e difusão tenderão a aumentar a diferença entre os ganhos dos trabalhadores de baixa e alta qualificações. O crescimento econômico será acompanhado pelo aumento da desigualdade, como foi na década de 1990, recorda Rodrik (2016). Ele completa: o problema do lado da oferta enfrentado pelos países em desenvolvimento é mais debilitante devido ao baixo nível educacional da força de trabalho para atuar sob novas tecnologias. O autor classifica esse estorvo como

uma das causas para a desindustrialização precoce dos países em desenvolvimento e afirma que não está claro se existem substitutos eficazes para a industrialização.

Portanto, a tese de que é mais eficiente – em termos de alocação de recursos escassos – os países em desenvolvimento importarem produtos inovadores e manufaturados, como telefones celulares, dos países ricos a um custo menor do que se eles investissem em P&D para desenvolver seus aparelhos é duvidosa. Rodrik (2016) provoca com uma pergunta: o que esses países vão produzir e exportar – além de produtos primários – para poder comprar os celulares importados? É preciso inovar.

Mas a conclusão do autor é de que só inovação não é suficiente. O que importa são as consequências da produtividade da inovação tecnológica em toda a economia, e não a inovação em si. A democratização da inovação é que eleva a qualidade de vida. A inovação, afirma Rodrik (2016), pode coexistir com a baixa produtividade – questão fundamental para uma sociedade superenvelhecida.

Essa exposição foi necessária para sublinhar a importância do papel do empreendedorismo social na economia da longevidade. A atuação do Estado na ativação do ecossistema deve mirar em atividades empresariais e inovadoras – com potencial de exportação de processos, tecnologia e produtos e serviços – sem obrigatoriamente a finalidade de lucro. É preciso privilegiar, em nome de uma rápida difusão dos benefícios da inovação na sociedade, um ecossistema do bem comum (Dardot & Laval, 2017). O espaço do comum deve ir além dos serviços públicos. Na questão dos negócios para a área do envelhecimento, o empreendedorismo social para a longevidade (Félix & Klimczuk, 2021) assume esse terreno, uma vez que o cuidado é um direito constitucional.

Essa sofisticação da estrutura econômica a ser erigida será possível se baseada em diretrizes conjuntas formadoras de uma SET Strategy for Aging Policy, como abordado em outra ocasião (Félix & Klimczuk, 2021). SET é o acrônimo de três

palavras vetores dessa política: solidariedade, ecologia (environment, em inglês) e tecnologia. O empreendedorismo social combina a produção de bens, serviços e conhecimento (um bem comum) para atingir objetivos sociais e econômicos e permitir a construção da solidariedade. De uma perspectiva mais ampla, as entidades com foco no empreendedorismo social são identificadas como parte da economia social e solidária. São, por exemplo, empresas sociais, cooperativas, organizações mútuas, grupos de autoajuda, instituições de caridade, sindicatos, empresas de comércio justo, empresas comunitárias e bancos de horas.

A inovação social é um elemento-chave do empreendedorismo social. Ela é geralmente entendida como novas estratégias, conceitos, produtos, serviços e formas organizacionais que permitem a satisfação de necessidades. Tais inovações são criadas em particular nas áreas de contato de vários setores do sistema social. Por exemplo, são espaços entre o setor público, o setor privado e a sociedade civil. Essas inovações não apenas permitem a resolução de problemas, mas também ampliam as possibilidades de ação pública na efetivação de respostas construtivas para o envelhecimento.

Tal resposta construtiva pode também ser dada por meio de ações de inovação social no interior de organizações com fins de lucro. Ou dentro das ações conhecidas como ESG (Environment, Social, Corporate Governance), a nova métrica dos mercados de ações e de papéis para a pontuação de crédito social ou responsabilidade social. Apesar de avanços nos temas de meio ambiente segundo as exigências em ESG, no que diz respeito ao pilar social, as corporações ainda estão atrasadas nos compromissos com o grupo idoso ou nos desafios sociais do envelhecimento populacional, tão relevantes quanto os do meio ambiente, como apontam os organismos multilaterais. A participação de fundos de investimento em ILPIs multadas ou condenadas por má prestação de serviços condiz com as práticas ESG? Se a resposta for negativa, a ferramenta pode ser muito útil na construção da economia da longevidade.

A Covid-19 suscitou uma série de iniciativas do setor privado nesse sentido, quando os idosos e uma grande parte da população ou o SUS contaram mais com os movimentos de solidariedade em meio às restrições ou ausência assumida do Estado, sobretudo o governo federal (Debert & Félix, 2022). Algumas dessas ações foram o movimento Todos pela Saúde<sup>26</sup> ou o Unidos pela Vacina<sup>27</sup>. Essas iniciativas demonstram a preocupação de segmento do setor privado em se vincular com valores sociais e melhorar sua pontuação ESG, por isso é possível e urgente a inclusão das questões do envelhecimento nessas ações.

A título de ilustração, uma iniciativa de inovação social foi empreendida pelo Google.org recentemente, ao doar US\$ 10 milhões para um programa de educação midiática e digital da associação dos aposentados dos Estados Unidos, ou melhor, da AARP Foundation, o braço filantrópico da American Association of Retired Persons (em sua denominação original). Os recursos serão usados para oferecer treinamento em tecnologia e habilidades digitais para 25 mil pessoas com mais de 50 anos, de baixa renda, preferencialmente mulheres negras. De acordo com a AARP Foundation (2022), os treinamentos ajudarão a aumentar a segurança econômica e as conexões sociais desse segmento de pessoas mais vulneráveis socialmente, por meio de workshops para ajudar a encontrar e garantir empregos, mudar de carreira ou explorar o empreendedorismo.

A AARP Foundation desenvolve o programa educacional em parceria com outras organizações sociais, como a Senior Planet e a Older Adults Technology Services (OATS), e o currículo inclui habilidades básicas para o trabalho on-line, como realizar videoconferência, teleconsulta, segurança da informação e software de produtividade de escritório, ferramentas de networking, marketing digital, crowdfunding, serviços de pagamento móvel e design gráfico. Os programas serão implementados nos próximos dois anos em oito estados: Arizona, Geórgia, Illinois,

26 Ver: <https://www.todospelasaude.org/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

27 Ver: <https://www.unidospelavacina.org.br/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

Louisiana, Carolina do Norte, Pensilvânia, Carolina do Sul e Texas. A Fundação AARP avaliará o impacto econômico da iniciativa e criará um modelo que pode ser usado para expandir o programa nacionalmente.

### **À guisa de considerações finais: desenhos de cenários**

No momento em que este ensaio é redigido, o Brasil vive um apagão de dados demográficos devido à não realização do Censo 2020, o que dificulta as projeções (Alves, 2021a). É possível afirmar, com base na literatura (Bonifácio & Guimarães, 2021) e em estudos da Organização das Nações Unidas (ONU), que o país mantém um ritmo acelerado de envelhecimento da população. A estimativa é de que nós tenhamos 228 milhões de habitantes em 2042 e 182 milhões em 2100; o pico previsto para 2042 mantém a média de crescimento atual, sendo que a característica mais marcante do chamado novo regime demográfico do século XXI será o envelhecimento populacional, a despeito dos efeitos da pandemia de Covid-19 (Alves, 2021c).

Essa realidade é a base para a última parte desse exercício de reflexão sobre a saúde amanhã, qual seja, a tentativa de elaborar três cenários com base em informações e dados oferecidos até agora: o primeiro é o cenário desejável e possível; o segundo, o inercial e provável; e o terceiro, o pessimista e plausível.

O primeiro cenário será realidade se o Brasil desenvolver uma reforma estrutural de sua economia capaz de acionar o ecossistema do qual faz parte a economia da longevidade, como ocorre em inúmeros países, e emular as boas práticas com o objetivo principal de aproveitar o chamado terceiro bônus demográfico ou bônus da longevidade (Alves, 2021c), como vem sendo defendido desde a primeira reflexão apresentada sobre a economia da longevidade no Brasil (Félix, 2007).

Esse cenário, defende-se, é possível mesmo com as restrições fiscais impostas no momento pela Covid-19. A condição *sine qua non* para atingirmos esse cenário é: 1) promover uma nova imagem sobre a velhice, baseada na heterogeneidade e não em estereótipos ou em idosismo (*ageism*); 2) quebrar o preconceito do mainstream da economia em relação à política industrial, muito mais atrelado a experiências negativas do passado do que a experiências internacionais efetivas do presente, ancoradas em outros critérios de mensuração de sua efetividade para o desenvolvimento econômico; 3) aprimorar estudos sobre o envelhecimento para lastrear a produção de mercadorias e serviços, com foco na complexidade e na sofisticação tecnológica; 4) estabelecer uma Política Nacional de Cuidados, com valorização da mão de obra específica nesse campo por meio da regulamentação das profissões de cuidadora e/ou cuidador e de gerontólogo; 5) ampliar e subsidiar as pesquisas na área do envelhecimento com uma estratégia multidisciplinar; 6) convocar a iniciativa privada para oferecer respostas construtivas para os desafios demográficos, incluindo a velhice, o envelhecimento populacional e a longevidade como temas da diretriz organizacional conhecida como ESG, que hoje rege a atuação de empresas de capital aberto, principalmente, e define as políticas de investimento; 7) restabelecer o marco regulatório da Política Nacional do Idoso (lei nº 8.842/1994), principalmente o Conselho Nacional do Idoso, como princípio para a ampliação da participação da sociedade civil na elaboração de políticas públicas; 8) estimular a adoção de estratégias de economia da longevidade nacional, nos estados e nos municípios, com base na vocação de cada região ou no desenvolvimento de vantagens competitivas; 9) promover a inclusão do conhecimento gerontológico e, em particular da economia da longevidade, nos currículos de vários níveis de ensino, como estabelece o art. 22 da lei n. 10.741/2003 (Estatuto do Idoso); 10) estabelecer legislação trabalhista específica para a população com mais de 50 anos, como já abordado em outra oportunidade (Félix, 2016); 11) construir o Ceisac.

O cenário inercial e provável é a adoção, por parte de *police makers*, de ações no âmbito do que se denomina de “economia paliativa” (Reinert, 2016, p. 36), que alivia as dores; no entanto, está distante de provocar mudanças estruturais fundamentais, não obstante a nobreza das intenções. Ou seja, é a execução de parte muito tímida das exigências para o cenário desejável e possível e a cristalização do baixo crescimento econômico ou da quase-estagnação, como destaca Bresser-Pereira (2018), neste século.

Esse cenário teria consequências sociais na área da saúde, com o aprofundamento da desigualdade social e o estabelecimento, como o que se verifica atualmente, do fenômeno de a longevidade ser uma conquista apenas de uma parcela da população brasileira (branca, mais educada e de classes sociais mais privilegiadas, moradores em cidades do Sul e do Sudeste e de bairros mais ricos), a despeito do envelhecimento populacional médio. Esse cenário manteria o SUS sob pressão e ampliaria o idosismo à medida que a retórica de aumento do custo do sistema por maior número de usuários idosos continuaria tendo a preferência de concordância de formadores de opinião (e da imprensa) em prejuízo da culpabilização do modelo econômico. Embora esse cenário inercial e provável esteja distante de uma catástrofe ou provoque apenas uma resiliência coletiva com os destinos dos países em desenvolvimento, os efeitos sociais e sanitários de longo prazo condenariam uma parte cada vez maior da população idosa à situação de pobreza, restabelecendo uma correlação há muitas décadas rompida pela proteção social, principalmente depois da Constituição de 1988.

Não é necessário um extremo pessimismo, no entanto, para considerar plausível o terceiro cenário. Ele se daria por um conjunto de ações do que, em outra ocasião, foi denominado de “capitalismo de desconstrução” (Félix, 2019a, p. 117) e é imposto pela submissão da economia à lógica da finança. O envelhecimento da população brasileira, considerado inexorável, sob a hegemonia desse modelo, comprometeria o bem-estar da população e poderia ampliar o número dos excluídos

da conquista da longevidade, como grupos étnicos, etários ou sociais específicos, tal como o verificado nos Estados Unidos por Deaton e Case (2020), em relação ao aumento das mortes por desespero (alcoolismo, drogas, overdose de opioides e suicídios) de homens brancos não hispânicos entre 45 e 55 anos, pressionando a expectativa de vida do país para abaixo da média dos 38 integrantes da OCDE.

Esse cenário pessimista se daria não apenas pelo desprezo a respostas construtivas, mas também pela adoção de respostas destrutivas, como: 1) ampliação do desfinanciamento do SUS; 2) radicalização de políticas que acentuam a desindustrialização; 3) redução dos investimentos em universidades públicas, pesquisa básica e pesquisa sofisticada; 4) ampliação da dependência estrangeira por falta de fomento ao complexo-industrial da saúde existente no país; 5) ampliação das desregulamentação do mercado de trabalho e consequente redução de benefícios previdenciários ou da assistência social; 6) desprezo à preservação do meio ambiente; 7) desinvestimento em campanhas de saúde coletiva, como vacinação e outras dirigidas para a saúde da pessoa idosa, como quedas, mutirões de catarata etc., entre inúmeras outras medidas que, em resumo, delegassem exclusivamente ao mercado o risco velhice.

De acordo com Walker (1999), os formuladores de políticas públicas estabeleceram na sociedade o “pânico do ônus” dos idosos. Embora essa aceção da dinâmica demográfica do século XXI ainda seja hegemônica na economia, como foi destacado desde o início deste ensaio, tentou-se demonstrar que ela atualmente divide as ações em políticas públicas nos países desenvolvidos com uma outra interpretação: o envelhecimento populacional, cada vez mais, é visto também como um fator gerador de valor, um bônus, e capaz de, dependendo de ação estratégica e do planejamento, oferecer respostas construtivas. É do sucesso dessas respostas que dependerão o bem-estar e a saúde da população nas próximas décadas.

## Referências bibliográficas

AARP Foundation. Google.org makes \$10 million grant to AARP Foundation to provide digital skills training. 2022. Disponível em: <https://www.aarp.org/aarp-foundation/our-work/income/info-2022/aarp-foundation-to-provide-free-digital-skills-training.html>. Acesso em: 26 jan. 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 283, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html) Acesso em: 21 mar. 2022.

ALBOUY, F-X.; MORET, A. Analyse des dispositifs de formation des soignants en Ehpad. Paris: Chaire Transition Demographiques, Transitions Economiques & Caisse des Dépôts, 2021. Disponível em: <https://www.caissedesdepots.fr/blog/article/formation-des-soignants-et-bientraitance-dans-les-ehpad-0>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ALVES, J. E. D. Planeta vazio ou pronatalismo antropocêntrico e ecocida? Laboratório de Demografia e Estudos Populacionais, UFJF. Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://www.ufff.br/ladem/2019/03/22/planeta-vazio-ou-pronatalismo-antropocentrico-e-ecocida-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves-2/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ALVES, J. E. D. Cidades gaúchas com decrescimento populacional em 2020. Ecodebate, 2021a. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2021/12/13/cidades-gauchas-com-decrescimento-populacional-em-2020/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ALVES, J. E. D. Qual o tamanho da população brasileira atual? Ecodebate, 2021b. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2021/08/25/qual-o-tamanho-da-populacao-brasileira-atual/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ALVES, J. E. D. Três séculos de população no Brasil e os três bônus demográficos, palestra no webinar Tendências Demográficas e Pandemia de Covid-19, promovido pelo Ipea em 23/06/2021. Rio de Janeiro, 2021c. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Bzog2U-zBo0> Acesso em: 26 jan. 2022.

AMSDEN, A. H. Asia's next giant: South Korea and late industrialization. 1 ed. New York: Oxford University Press, 1989.

ARIÈS, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

ATKINSON, A. B. Desigualdade, o que pode ser feito?, trad. Elisa Câmara. São Paulo: Editora Leya, 2015.

BACHA, E. Saúde e protecionismo. Valor Econômico, São Paulo, 10 jan. 2012.

BASSI, C. de M. Envelhecimento populacional e sustentabilidade ecossistêmica no Brasil: evidências por meio dos indicadores de pegada ecológica e pegada hídrica. In: CAMARANO, A. A. (org.) Novo Regime Demográfico, uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: Ipea, pp. 315-336, 2014.

BEAUVOIR, S. A velhice. A realidade incômoda. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, vol 1, 1970.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social, fundamento e história, 9ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

BERNARD, C.; HALLAL, S.; NICOLAÏ, J-P. La Silver Économie, une opportunité de croissance pour la France. Paris: Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective, 2013. Disponível em: <https://www.strategie.gouv.fr/publications/silver-economie-une-opportunité-de-croissance-france>. Acesso em: 21 mar. 2022.

BONIFÁCIO, G.; GUIMARÃES, R. Projeções populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100. (Texto para Discussão 2.698). Rio de Janeiro: Ipea, 2021.

BOURGERON, T.; METZ, C.; WOLF, M. They don't care: how financial investors extract profits from care homes. Berlin: Finanzwende/HeinrichBöll-Foundation, 2021. Disponível em: [https://transformative-responses.org/wp-content/uploads/2021/10/Finanzwende-Boell-Foundation\\_2021\\_They-Dont-Care-Private-Equity\\_BourgeronMetzWolf.pdf](https://transformative-responses.org/wp-content/uploads/2021/10/Finanzwende-Boell-Foundation_2021_They-Dont-Care-Private-Equity_BourgeronMetzWolf.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.

BRAGA, F. G.; MATTOS, R. E. da S. ¿Hay despoblación en el Brasil? Relaciones entre crecimiento demográfico, envejecimiento, migración e integración competitiva. In: COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). Notas de Población, n. 109 (LC/PUB.2019/29-P). Santiago: CEPAL, 2019.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; MARCONI, N. & OREIRO, J. L. Macroeconomia desenvolvimentista, teoria e política econômica do novo desenvolvimentismo. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Em busca do desenvolvimento perdido: um projeto novo-desenvolvimentista para o Brasil. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2018.

BRIEGAS, J. J. M. et al. Silver Economy, una oportunidad de desarrollo. Confinia Cephalalgica et Neurologica. v. 31, n. 2, Fidenza, 2021. Disponível em <https://mattiolihealth.com/wp-content/uploads/2021/09/07-Briegas.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

CAMARANO, A. A. Cuidados de longa duração para idosos: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

CAMARANO, A. A. Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Ipea, p. 177-212, 2014.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. O que estão fazendo os homens maduros que não trabalham, não procuram emprego e não são aposentados? Boletim de Trabalho n. 57. Rio de Janeiro, Ipea, 2014.

CARVALHO, A. R.; BARBOSA, N. (Orgs.) Bidenomics nos trópicos [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: FGV Editora, p. 85-97, 2021.

CASTANET, V. Les Fossoyeurs, révélations sur le système qui maltraite nos aînés. Paris: Éditions Fayard, 2022.

CASTEL, R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do trabalho. São Paulo: Vozes, 2012.

CENSUS. Health Insurance Coverage in the United States: 2020. United States Census Bureau, report. n. p. 60-274, 2021. Disponível em: <https://www.census.gov/library/publications/2021/demo/p60-274.html>. Acesso em: 24 fev. 2022.

CHANG, H-J. Chutando a escada: a estratégia do desenvolvimento em perspectiva histórica. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

CHESNAIS, F. (Org.) A finança mundializada. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

COUNCIL OF EUROPEAN UNION (CEU). Resolution of the Council of the European Union: "Opportunities and Challenges of Demographic Change in Europe", 6226/07, Brussels, Council of European Union, 2007. Disponível em [L\\_szl\\_\\_Andor\\_EU\\_Commissioner\\_Employment\\_Social\\_Affairs\\_and\\_Inclusion\\_Opportunities\\_and\\_Challenges\\_of\\_Demographic\\_Change\\_in\\_Europe\\_Economic\\_Council\\_Brussels\\_Brussels\\_13\\_July\\_2010](https://www.consilium.europa.eu/media/106274/main/attachment/data/file/106274/EU_Commissioner_Employment_Social_Affairs_and_Inclusion_Opportunities_and_Challenges_of_Demographic_Change_in_Europe_Economic_Council_Brussels_Brussels_13_July_2010.pdf). Acesso: em 21 mar. 2022.

COUGHLIN, J. F. The longevity economy. New York: Public Affairs, 2017.

COUGHLIN, J. F. The fourth wave of technology and aging: policy innovation to ensure equity an inclusion. Public Policy & Aging Report, v. 30, n. 4, p. 138-141, 2020.

DARDOT, P. & LAVAL, C. Comum: ensaio sobre a revolução no século XXI. São Paulo: Boitempo Editorial, 2017.

DEATON, A. A grande saída: saúde, riqueza e as origens da desigualdade. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2017.

DEATON, A. & CASE, A. Deaths of despair and the future of capitalismo. Princeton & Oxford: Princeton University Press, 2020.

DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

DEBERT, G. G.; Félix, J. "Grupo de risco", a metáfora da guerra e os segredos públicos: um diálogo sobre o aumento do preconceito aos idosos durante a pandemia de Covid-19. In: RABINOVICH, E. P. & SÁ, S. M. P. (Orgs.). Envelhecimento & velhice em tempos de pandemia. Curitiba: CRV, p. 47-61, 2020a.

DEBERT, G. G.; Félix, J. A "uberização" do cuidado e a mulher: a pandemia colocou a economia diante de uma nova variável que terá efeito cada vez maior na produtividade. Valor Econômico, 6 nov. 2020b. Disponível em: <https://valor.globo.com/opiniao/coluna/a-uberizacao-do-cuidado-e-a-mulher.ghtml>. Acesso em: 19 jan. 2022.

DEBERT, G. G. & Félix, J. La Covid-19 au Brésil: sur qui les personnes âgées peuvent-elles compter? Revue Gérontologie et Société, Paris, 2022. Disponível em: [https://www.cairn.info/article.php?ID\\_ARTICLE=GS1\\_PR1\\_0005](https://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=GS1_PR1_0005) Acesso em: 21 mar. 2022.

DIPUTACIÓN DE ZAMORA (DZ). Estrategia Integrada Silver Economy para la Activación Económica y Demográfica de la Provincia de Zamora, Diputación de Zamora, 2019.

DUFLO, E. & BANERJEE, A. V. Boa economia para tempos difíceis. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

DUFLO, E. & BANERJEE, A.V. A economia dos pobres: uma visão sobre a desigualdade. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

EUROPEAN PARLIAMENT RESEARCH SERVICE (EPRS). The Silver Economy Opportunities from Aging. Brussels: EPRS, 2015. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS\\_BRI\(2015\)565872#:~:text=The%20silver%20economy%20concept%20seeks,long%20learning%20and%20preventative%20healthcare](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2015)565872#:~:text=The%20silver%20economy%20concept%20seeks,long%20learning%20and%20preventative%20healthcare). Acesso em 21 mar. 2022.

ERVIK, R. A Missing Lego of ageing policy ideas: dependency ratios, technology and international organizations. ESPAnet, Urbino 17-19.09.2009, p. 6-7, 11-14. Disponível em: [http://www.cccg.umontreal.ca/rc19/PDF/Ervik-R\\_Rc192009.pdf](http://www.cccg.umontreal.ca/rc19/PDF/Ervik-R_Rc192009.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.

EUROPEAN COMMISSION. Growing the European Silver Economy. Background paper, 23 February, UE, Brussels, 2015a. Disponível em: [https://ec.europa.eu/search/?QueryText=Growing+the+European+Silver+Economy&op=Pesquisa&swlang=pt-pt&form\\_build\\_id=form-hMz5-LBuP4ze9yeNtNqusux4xwzXj-955wlcNNPb3KQ&form\\_id=nexteuropa\\_europa\\_search\\_search\\_form](https://ec.europa.eu/search/?QueryText=Growing+the+European+Silver+Economy&op=Pesquisa&swlang=pt-pt&form_build_id=form-hMz5-LBuP4ze9yeNtNqusux4xwzXj-955wlcNNPb3KQ&form_id=nexteuropa_europa_search_search_form). Acesso em: 21 mar. 2022.

EUROPEAN COMMISSION. Innovation for Active and Healthy Ageing, final report European Summit on Innovation for Active and Healthy Ageing, EU, Brussels, 2015b. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/08d94fda-1bcc-4803-bb2c-f86b0a74eb41>. Acesso em: 21 mar. 2022.

EUROPEAN PARLIAMENT. European Civil Law Rules in Robotics, study for the JURI Committees. 2016. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571379/IPOL\\_STU\(2016\)571379\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571379/IPOL_STU(2016)571379_EN.pdf). Acesso em: 24 jan. 2022.

EUROSTAT. Expenditure on care for the elderly. 2022. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Expenditure\\_on\\_care\\_for\\_the\\_elderly,\\_2017\\_\(%25\\_of\\_GDP\)\\_SPS20.png&oldid=498246](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Expenditure_on_care_for_the_elderly,_2017_(%25_of_GDP)_SPS20.png&oldid=498246). Acesso em: 25 jan. 2022.

Félix, J. Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE, 8, São Paulo, 2007. Anais Abres. São Paulo: Abres, 2007. v. VIII. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/45.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/45.pdf). Acesso em: 12 abr. 2020.

Félix, J. Viver muito: outras ideias sobre envelhecer bem no séc. XXI (e como isso afeta a economia e o seu futuro). São Paulo: Leya, 2010.

Félix, J. Desafios da previdência para um país que envelhece e o risco da aposentadoria como prêmio. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. Políticas públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, p. 135-154, 2012.

Félix, J. Economia do care e economia da longevidade: o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. Argumentum, v. 6, n. 1, p. 44-63, jan./jun. 2014.

Félix, J. Google, uma das principais empresas da economia da longevidade. Portal do Envelhecimento. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/google-uma-das-principais-empresas-da-economia-da-longevidade/>. Acesso em: 21 mar. 2022.

Félix, J. Silver Economy: opportunities and challenges to Brazil adopt European Union's strategy. *Innovation: The European Journal of Social Science Research*, v. 29, issue 2, p. 115-133, 8 abr. 2016. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13511610.2016.1166937>. Acesso em: 20 jan. 2022.

Félix, J. Brasil avança em projeto para robô voltado a socorro e assistência. *Valor Econômico*, 31 ago. 2017, Caderno EU& Fim de Semana. Disponível em <https://valor.globo.com/eu-e/noticia/2017/08/31/brasil-avanca-em-projeto-para-robo-voltado-a-socorro-e-assistencia-1.ghtml>. Acesso em: 20 jan. 2022.

Félix, J. Batalhadores depois dos 60: uma crítica aos tipos de integração dos idosos no mercado urbano de trabalho. 263 f. Tese de Doutorado em Ciências Sociais (Sociologia), Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC-SP, São Paulo, 2018a. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21335>. Acesso em: 20 jan. 2022.

Félix, J. Economia da longevidade, gerontecnologia e o complexo econômico-industrial da saúde no Brasil: uma leitura novo-desenvolvimentista. *Revista Kairós – Gerontologia*, v. 21, n. 1, p. 107-130, 2018b. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/38141>. Acesso em 21 mar. 2022.

Félix, J. Economia da longevidade: o envelhecimento populacional muito além da previdência. São Paulo: Editora 106, 2019a.

Félix, J. O idoso e o mercado de trabalho In: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2019b. p. 241-263.

Félix, J. Dimensões socioeconômicas do longeviver: notas sobre um itinerário de estudo em face da transição demográfica global. In: CÔRTE, B. & LOPES, R. G. da C. (Orgs.). Longeviver, políticas e mercado: subsídios para profissionais, educadores e pesquisadores. São Paulo: PUC-SP, Portal do Envelhecimento Edições, p. 115-136, 2019c.

Félix, J.; KLIMCZUK, A. Social entrepreneurship and social innovation in aging. In: *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*, edited by Danan Gu et al. Cham: Springer International Publishing, p. 4.558-4.565, 2021.

FINANCIAL TIMES (FT). Covid-19 hastens French push to bring home medicines manufacture. *Financial Times*, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.ft.com/content/80a4836b-ca25-48e0-996d-458186e968dc>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FOLHA de SÃO PAULO. Fetiche da industrialização prejudica a exploração de recursos naturais, diz chefe da Petrobras. *Folha de S.Paulo*, 10 set. 2019. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2019/09/fetiche-da-industrializacao-prejudica-a-exploracao-de-recursos-naturais-diz-chefe-da-petrobras.shtml>. Acesso em: 24 jan. 2022.

FOLHA de SÃO PAULO. França ganha 25º unicórnio, e Macron exalta 'nação startup'. Folha de S.Paulo, 17 jan. 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2022/01/franca-ganha-25o-unicornio-e-macron-exalta-nacao-startup.shtml>. Acesso em: 21 jan. 2022.

FRENTE NACIONAL EM DEFESA DAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (FN-ILUPI). Instituições de Longa Permanência para Idosos e o enfrentamento da pandemia de Covid-19 [recurso eletrônico]: subsídios para a Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso da Câmara Federal – relatório técnico, Karla Cristina Giacomini (coordenação). Brasília: Frente Nacional de Fortalecimento às Instituições de Longa Permanência para Idoso, 2020.

GADELHA, C. A. G. O complexo econômico-industrial da saúde (Ceis): uma nova abordagem da política de desenvolvimento para o Brasil. In: CARVALHO, A. R. & BARBOSA, N. (Orgs.) Bidenomics nos trópicos [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: FGV Editora, p. 85-97, 2021.

GOODHART, C.; PRADHAN, M. The great demographic reversal: ageing societies, waning inequality and an inflation revival. London: Palgrave Macmillan, 2020.

G20. Principles on Silver Economy and Active Ageing. 2015. Disponível em: <http://www.g20.utoronto.ca/2015/G20-Principles-on-Silver-Economy-and-Active-Ageing.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

HAN, B. C. Sociedade do Cansaço, trad. Enio Paulo Giachini, 2ª edição ampliada, Petrópolis: Vozes, 2017.

HECKER, A. Uma história da longevidade no Brasil. São Paulo: Conexão Nacional, 2014.

HENAU, J. D. et al. Investing in the care economy: a gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries – a report by the UK Women's Budget Group. Brussels: International Trade Union Confederation, 2016.

HER MAJESTY'S GOVERNMENT (HM). Her Majesty Government Industrial Strategy: building a Britain fit for the future. White paper. London: HM Government, 2017. Disponível em: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/662508/industrial-strategy-white-paper.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/662508/industrial-strategy-white-paper.pdf). Acesso em: 21 jan. 2022.

HOBBSAWM, E. Era dos Extremos, o breve século XX 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HOCHSCHILD, A. R. Amor e ouro. In: DEBERT, G. G. & PULHEZ, M. M. (Orgs.). Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência. Campinas: IFCH/Unicamp, p. 61-80. (Textos Didáticos n. 66), 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio 3o tri/2022, dados populacionais, 2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5918#/n1/all/v/606,608/p/last%201/c58/all/d/v608%201/l/p+t+v,c58/resultado>. Acesso em: 01 jan. 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL (IEDI). Análise IEDI: indústria, panorama do retrocesso industrial de longo prazo. São Paulo: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento Industrial, 2019. Disponível em: [https://iedi.org.br/artigos/top/analise/analise\\_iedi\\_20190326\\_industria.html](https://iedi.org.br/artigos/top/analise/analise_iedi_20190326_industria.html). Acesso em: 24 jan. 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO INDUSTRIAL (IEDI). Indústria e estratégia de desenvolvimento socioeconômico do Brasil. São Paulo: Instituto de Estudos para o Desenvolvimento Industrial, 2021. Disponível em: [https://iedi.org.br/artigos/top/estudos\\_industria/20210920\\_industria\\_e\\_estrategia.html](https://iedi.org.br/artigos/top/estudos_industria/20210920_industria_e_estrategia.html). Acesso em: 24 jan. 2022.

JOHNSON, C. MITI and the Japanese Miracle. Stanford: Stanford University Press, 1982.

JUDT, T. Pós-guerra, uma história da Europa desde 1945. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

KLIMCZUK, A. Supporting the development of gerontechnology as part of Silver Economy building. Journal of Interdisciplinary Research, MPRA paper n. 61886, p. 52-56, 2012.

KLIMCZUK, A. Economic foundations for creative ageing policy: context and considerations. v. 1. New York: Palgrave Macmillan, 2015.

KLIMCZUK, A. Comparative analysis of national and regional models of the Silver Economy in the European Union. International Journal of Aging and Later Life, v. 10, n. 2, p. 31-59, 2016.

KLIMCZUK, A. Economic foundations for creative ageing policy: putting theory into practice. v. 2. New York: Palgrave Macmillan, 2017.

KLIMCZUK, A. The Silver Economy as a 'constructive response' in public policy on aging. In: BOJANIC, I. B.; ERCEG, A. (Eds.). Strategic approach to aging population: experiences and challenges. Osijek: J.J. Strossmayer University of Osijek, 2021. p. 19-35.

KON, A. A nova economia política dos serviços. São Paulo: Perspectiva, 2015.

LA OPINIÓN. El parque tecnológico de La Aldehuela de Zamora obtiene un empuje de un millón de euros. Zamora, 2021. Disponível em: <https://www.laopiniondezamora.es/zamora-ciudad/2021/04/15/parque-tecnologico-aldehuela-zamora-obtiene-48377752.html>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LA POSTE. Visite du facteur à domicile: pour un échange convivial et bienveillant. 2002. Disponível em: <https://www.laposte.fr/veiller-sur-mes-parents/les-visites-du-facteur-une-prevention-contre-l-isolement-des-personnes-agees>. Acesso em: 21 jan. 2022.

LE MONDE. En Europe, la grande pénurie de main d'œuvre. Le Monde, Paris, 26 de agosto de 2021, p. 12-13 [versão impressa]. Disponível em: [https://www.lemonde.fr/economie/article/2021/08/25/logistique-hotellerie-batiment-a-travers-l-europe-la-grande-penurie-de-main-d-uvre\\_6092263\\_3234.html](https://www.lemonde.fr/economie/article/2021/08/25/logistique-hotellerie-batiment-a-travers-l-europe-la-grande-penurie-de-main-d-uvre_6092263_3234.html). Acesso em: 24 jan. 2022.

LE MONDE. Ehpad: le manque de controle en question. Le Monde, Paris, 28 de janeiro de 2022. Disponível em: [https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/01/27/ehpad-le-manque-de-controle-en-question\\_6111262\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/01/27/ehpad-le-manque-de-controle-en-question_6111262_3224.html). Acesso em: 28 jan. 2022.

- MASIERO, A. A. Método centrado no usuário para construção de robôs autônomos visando à interação com humanos. 186 f. Tese (Doutoramento em Engenharia Elétrica) – Centro Universitário da Fundação Educacional Inaciana (FEI), São Bernardo do Campo, 2018. Disponível em: <https://repositorio.fei.edu.br/handle/FEI/304?mode=full> . Acesso em: 21 mar. 2022.
- MAZZUCATO, M. O Estado empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado. São Paulo: Portfolio Penguin, 2014.
- MENEZES FILHO, N. Como reconstruir o Brasil para as novas gerações? Interesse Nacional [revista on-line], São Paulo, 2021. Disponível em: <https://interessenacional.com.br/2021/12/23/como-reconstruir-o-brasil-para-as-novas-geracoes>. Acesso em: 24 jan. 2022.
- NEILSON, B. Globalização e as biopolíticas do envelhecimento. In: DEBERT, G. G.; PULHEZ, M. M. (Orgs.). Desafios do cuidado: gênero, velhice e deficiência. Campinas: IFCH, Unicamp, p. 29-59. (Textos Didáticos n. 66), 2017.
- NERI, M. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, A. L. (Org.). Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Sesc-SP, Fundação Perseu Abramo, p. 91-107, 2007.
- NIEMELÄ, M.; YLIKAUPPILA, M.; TALJA, H. Long-term use of Paro the therapy robot seal: the caregiver perspective. Gerontechnology, n. 15 (suppl.), 2016.
- NIRELLO, L. & DELOUETTE, I. Dans les Ehpad, la crise du Covid-19 révèle les effets délétères des politiques d'austérité. The Conversation, Paris, 2020. Disponível em: <https://theconversation.com/dans-les-ehpad-la-crise-du-covid-19-revele-les-effets-deleteres-des-politiques-dausterite-137731>. Acesso em: 28 jan. 2022.
- ONU Report of the UN Economist Network for the UN 75th Anniversary Shaping the Trends of Our Time. Washington D.C.: United Nations, 2020. Disponível em: [www.un.org/development/desa/publications](http://www.un.org/development/desa/publications). Acesso em: 16 mar. 2022.
- PALLIER, B. La réform des retraites: travailler plus? Paris: PUF, 2003.
- PHILLIPSON, C. The political economy of longevity: developing new forms of solidarity for later life. The Sociological Quarterly, 56 (1), p. 80-100, 2015.
- POLANSKA, K. E. The role of local self-government in stimulating urban development in the construction of age-friendly cities and the concept of Silver Economy. Nierównosci Społeczne a Wzrost Gospodarczy, n. 49, 1/2017.
- POWER, K. The Covid-19 pandemic has increased the care burden of women and families. Sustainability: Science, Practice and Policy, v. 16, n. 1, p. 67-73, 2020.
- PÚBLICO. Lares de idosos, o novo negócio de milhões das multinacionais. Público, Lisboa, 12 jul. 2021. p. 4-11. Disponível em: <https://www.publico.pt/2021/07/18/sociedade/investigacao/lares-idosos-novo-negocio-milhoes-multinacionais-1970529>. Acesso em: 25 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). The Silver Economy as a Pathway for Growth: Insights from the OECD-GCOA Expert Consultation. Paris: OECD, 2014. Disponível em: <https://www.oecd.org/sti/the-silver-economy-as-a-pathway-to-growth.pdf> Acesso em: 21 mar. 2022.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Preventing ageing unequally. Paris: OECD Publishing, 2017.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). Long term care: resources and utilization. 2022. Disponível em [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_LTCR](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR). Acesso em: 24 jan. 2022.

OSTRY, J.D.; LOUNGANI, P.; FURCERI, D. Neoliberalism: Oversold? Finance & Development, vol. 53, nº 2, Washington, D.C., June, 2016. Disponível em: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2016/06/ostry.htm>. Acesso em: 16 mar. 2022.

OXFORD ECONOMICS. The Longevity Economy – Generating Economic Growth and Opportunities for Business, Briefing Paper by Oxford Economics to AARP, N.Y., 2014. Disponível em: <https://www.oxfordeconomics.com/recent-releases/the-longevity-economy-244820> Acesso em: 21 mar. 2022.

PIKETTY, T. Le Capital au XXI<sup>e</sup> siècle: Paris: Le Seuil, 2013.

PIKETTY, T. Capital et idéologie, Paris: Le Seuil, 2019.

POLANYI, K. A grande transformação, as origens da nossa época, trad. Fanny Wrobel, 2<sup>a</sup> ed., Rio de Janeiro, Campus/Elsevier, 2000.

REINERT, E. S. Como os países ricos ficaram ricos... e por que os países pobres continuam pobres. Rio de Janeiro: Contraponto, 2016.

RIOS, S. P. Impacto da Covid-19 na política comercial: o que não deve ser feito – notas. Cindes (Centro de Estudos de Integração e Desenvolvimento), Rio de Janeiro, n. 6, 2020. Disponível em: [https://www.cindesbrasil.org/site/index.php?option=com\\_jdownloads&Itemid=62&view=viewcategory&catid=64](https://www.cindesbrasil.org/site/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=62&view=viewcategory&catid=64) Acesso em: 21 mar. 2022.

RITONDO, R. La Silver Économie en Wallonie: une analyse prospective. Revue de la Littérature, working paper n. 27, Wallonie, Iweps, 2018.

RODRIG, D. Innovation is not enough. Cambridge: Project Syndicate, 2016. Disponível em: <https://www.project-syndicate.org/commentary/innovation-impact-on-productivity-by-dani-rodrik-2016-06>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ROLNIK, R. Guerra dos lugares: a colonização da terra e da moradia na era das finanças. São Paulo: Boitempo, 2015.

SCHWARCZ, L. M. As barbas do imperador. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SEN, A. Desenvolvimento com liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

SCHYMURA, L. G. et al. Por que o Brasil não precisa de uma política industrial. *Ensaio Econômico*, n. 644. São Paulo: FGV-EPGE, 2007.

SHIBATA, T. et al. Use of a therapeutic, socially assistive pet robot (PARO) in improving mood and stimulating social interaction and communication for people with dementia: study protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc.*, v. 4, n. 2, e45, 2015.

SINCLAIR, D. A. Tempo de vida: por que envelhecemos – e por que não precisamos. Rio de Janeiro: Alta/Cult Editora, 2021.

SINCLAIR, D. A.; SCOTT, A. J. & ELISON, M. The economic value of targeting aging. *Nature Aging* 1, p. 616–623, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s43587-021-00080-0#:~:text=The%20economic%20value%20of%20gains,synergies%20arising%20from%20competing%20risks>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SOLIMANO, A. Pensiones a la chilena: la experiencia internacional y el camino a la desprivatización. Santiago de Chile: Ed. Catalonia, 2017.

STIGLITZ, J. E. O mundo em queda livre: os Estados Unidos, o mercado livre e o naufrágio da economia mundial. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

STIGLITZ, J. E. *The price of inequality*. N.Y & London: W.W. Norton & Company, 2012.

SZLAJFER, H. *Economic nationalism and globalization: lessons from Latin America and Central Europe*. Leiden-Boston: Brill, 2012.

TECHNOPOLIS. ALL market and investment report: a study prepared for the ALL Programme (Active and Assisted Living), 2018. Disponível em: <http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2018/11/AAL-Market-report-Technopolis-180604.pdf> Acesso em: 21 mar. 2022.

THE NEW YORK TIMES (NYT). The “Unicorn” Club, now admitting new members. *The New York Times*, 2015. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2015/08/24/technology/the-unicorn-club-now-admitting-new-members.html>. Acesso em: 21 jan. 2022.

TIROLE, J. *Economia do bem comum*. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

UNITED NATIONS ECONOMIC COMMISSION FOR EUROPE (UNECE). Realizing the potential of living longer. Policy Brief on Ageing nº 19. Geneva, 2017. Disponível em: [https://unece.org/DAM/pau/age/Policy\\_briefs/ECE-WG1-26.pdf](https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG1-26.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.

VALOR ECONÔMICO. Residência de alto padrão para idoso atrai investidor. 18 jun. 2018. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2018/06/18/residencia-de-alto-padrao-para-idoso-atrai-investidor.ghtml>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VALOR ECONÔMICO. Fala do presidente do Ipea sobre indústria gera forte reação do setor. 20 jan. 2021. Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2021/01/20/fala-de-presidente-do-ipea-sobre-industria-gera-forte-reao-do-setor.ghhtml>. Acesso em: 24 jan. 2022.

VÉRAS, M. P. B.; Félix, J. Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. *Cadernos Metrópole*, PUC-SP, v. 18, n. 36, p. 441-459, jul. 2016.

WADE, R. *Governing the Market: Economic Theory and the Role of the Government in East Asia Industrialization*. Princeton University Press: Princeton, 1990.

WALKER, A. Public policy and theories of aging: constructing and reconstructing old age. In: BENGSTON, V. L. & SCHAIE, K. W. (Eds.). *Handbook of theories of aging*. New York: Springer, p. 361-377, 1999.

WHITE HOUSE (WH). *White House Conference on Aging: final report*. Washington D.C.: White House, 2015. Disponível em: <https://whitehouseconferenceonaging.gov/2015-WHCOA-Final-Report.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2022.

WORDL ECONOMIC FORUM (WEF). *How 21st-Century Longevity Can Create Markets and Drive Economic Growth*. Geneva: White Paper, 2015. Disponível em: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_Ageing\\_White\\_Paper.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_Ageing_White_Paper.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Decade of healthy ageing: baseline report*. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Acesso em: 25 jan. 2022.

WOODWARD, K. Um segredo público: o viver assistido, cuidadores, globalização. *Cadernos Pagu*, n. 46, p. 17-57, jan-abr. 2016.

ZELIZER, V. A economia do care. In: HIRATA, H. & GUIMARÃES, N. A. *Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas, p. 15-28, 2012.

ZHUKOVSKA, A. et al. Silver Economy: analysis of world trends and forecast for Ukraine. *Journal of Management Information and Decision Sciences*, v. 24, n. 7, p. 1-12, 2021.



# Perspectivas para o gasto com saúde diante do envelhecimento populacional

Mirian Martins Ribeiro

Laura de Almeida Botega

Fernando Gaiger Silveira

Luciana Mendes Santos Servo

Theo Ribas Palomo

Arthur Welle

## 1. Introdução

O sistema de saúde brasileiro passou por mudanças profundas nos últimos trinta anos com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. Esse sistema visa garantir acesso universal, igualitário e integral, por meio de uma rede regionalizada de ações e serviços de saúde (Viacava et al., 2018). Os resultados dessa ampliação de acesso são notáveis, com impactos sobre mortalidade infantil e materna, por causas evitáveis, por exemplo (Souza et al., 2018; LeaL et al., 2018). Apesar de todos os avanços, o SUS enfrenta grandes desafios. O nível de financiamento público é insuficiente para garantir esse acesso, universal, igualitário e integral (Piola et al., 2013), e novas medidas, como a emenda constitucional nº 95, vêm agravar mais esse quadro de subfinanciamento. Em 2019, a participação do financiamento público no total do financiamento da saúde no Brasil ficou em 43% (Brasil, 2022), apontando, portanto, um sistema altamente dependente dos gastos privados, reconhecidamente concentrados.

Ao mesmo tempo, o país passa por um processo acelerado de mudança demográfica, com queda da fecundidade e, conseqüentemente, envelhecimento

da população. A mudança na fecundidade, visível no Brasil a partir dos anos 1970 (Carvalho, 1973; Carvalho; Brito, 2005), tem consequências econômicas em diversos setores (Alves, 2020; Baerlocher; Parente & Rios-Neto, 2019; Carvalho & Brito, 2005; Alves, 2004). No caso dos sistemas de saúde, o aumento da população idosa é visto como fator de pressão sobre os recursos e o financiamento do cuidado (Rios-Neto, 2005; Paiva & Wajnman, 2005; Rocha; Furtado & Spinola, 2020).

Há esforços para investigar o papel do componente demográfico sobre os gastos ao longo do tempo. Bernstein & Wajnman (2008) analisaram o efeito da composição da estrutura etária sobre os gastos com internações hospitalares comparando estados brasileiros em diferentes estágios de envelhecimento. Alguns estudos trabalharam a projeção dos gastos com internações na rede pública de saúde (Rodrigues, 2010; Rodrigues et al., 2015) ou avaliaram o envelhecimento e as transferências intergeracionais na rede privada (Santos; Turra & Noronha, 2018).

O trabalho mais abrangente em termos de tipos de financiamentos é o de Rocha, Furtado & Spinola (2021). Eles estimaram as necessidades de financiamento do Brasil por meio de projeção fiscal de modelo padrão de crescimento contábil, que decompõe o crescimento do gasto em saúde pela renda, pelo componente demográfico e por resíduos. Foram utilizados os dados da Conta-Satélite de Saúde para o ano de 2017 e dados da Agência Nacional de Saúde para o setor de planos e seguros de saúde.

Este trabalho procura dialogar com os anteriores, tendo por foco as mudanças demográficas e sua influência sobre os gastos com saúde no Brasil, propondo avanço da análise para diferentes tipos de financiamento e funções da saúde. Para isso, consideram-se dados recentes das Contas SHA – System of Health Accounts (2019) – para o Brasil (Brasil, 2022), que avança em relação à Conta SUS, que foi utilizada para elaborar uma estrutura de custos no trabalho de Rocha, Furtado & Spinola (2021). Os dados mais recentes da Conta SHA incluem os gastos públicos e

privados, separando estes últimos entre intermediados por planos e aqueles diretos do bolso. São adotadas bases de dados complementares para estimativas dos gastos por funções de saúde por idade e sexo.

A primeira proposta foi realizar estimativas dos gastos em 2040 associadas à mudança na estrutura de idade, para cuidado ambulatorial, internações e medicamentos. Para isso, adotam-se projeções mais recentes da população, realizadas por Camarano (2022), que buscam incorporar alguns efeitos da pandemia de Covid-19.

Adicionalmente, foram estimados os gastos esperados com internações ao longo da vida do indivíduo. A limitação às internações justifica-se pela disponibilidade de informações sobre a mortalidade entre indivíduos que utilizam esse serviço, o que não ocorre para outras funções de saúde (ambulatorial e medicamentos). A vantagem dessas estimativas é que permitem comparações entre populações e acompanhamento ao longo do tempo, por usar uma medida que incorpora os efeitos da estrutura etária, ao considerar uma coorte hipotética. Além disso, permite distribuir o gasto esperado do indivíduo por idade. Foram adotados os gastos médios por idade e sexo observados em 2019.

Os resultados apontam que, embora o envelhecimento populacional represente pressão para os gastos com saúde, o declínio da população jovem, especialmente a de 0 a 4 anos, exerce um efeito contrário, causando declínio nos gastos dessas idades. O efeito geral é positivo, indicando um crescimento dos gastos com saúde, apesar de sua magnitude variar com o tipo de financiamento e a função de saúde.

Embora haja limitações nos dados disponíveis, requerendo cautela na análise dos resultados, as estimativas permitem discutir tendências e perspectivas para os gastos totais e ao longo do ciclo de vida.

## 2. Gastos com saúde e composição populacional

### 2.1. Breve panorama recente de aspectos demográficos da população brasileira e expectativas para 2040

A taxa de fecundidade total (TFT) brasileira saltou de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,3 em 40 anos (IBGE, 1985; 2004). Em 2020, a TFT era de 1,76, e todas as regiões já apresentavam valores abaixo do nível de reposição. Para 2040, projeta-se uma taxa de 1,69, além de menor dispersão regional, com TFTs que variam entre 1,66 (Sudeste) e 1,83 (Norte) (Figura A.1, Apêndice A).

Esse rápido declínio da fecundidade resulta em um processo de envelhecimento populacional vertiginoso. Até 2020, a razão de dependência total (RDT) vinha diminuindo como resultado da participação relativa cada vez menor da população abaixo de 15 anos. Mas o crescimento do peso da população idosa (65 anos ou mais) ultrapassou as perdas de participação do grupo jovem, fazendo a RDT voltar a crescer (Figura A.1, Apêndice A). Entre 2020 e 2040, espera-se que a população jovem decresça 11,7%, passando de 44,186 milhões para 38,964 milhões. O número de crianças de 0 a 4 anos deve diminuir em torno de 17%. Em contrapartida, a população de 65 anos ou mais deve crescer 4%, saltando de 146,756 para 152,588 milhões. A RDT passará de 44,6% para 52% e o Índice de Envelhecimento de 47,1% para 103,6%, indicando que o número de idosos irá ultrapassar o de menores de 14 anos (Figura A.1, painéis C a E, Apêndice A).

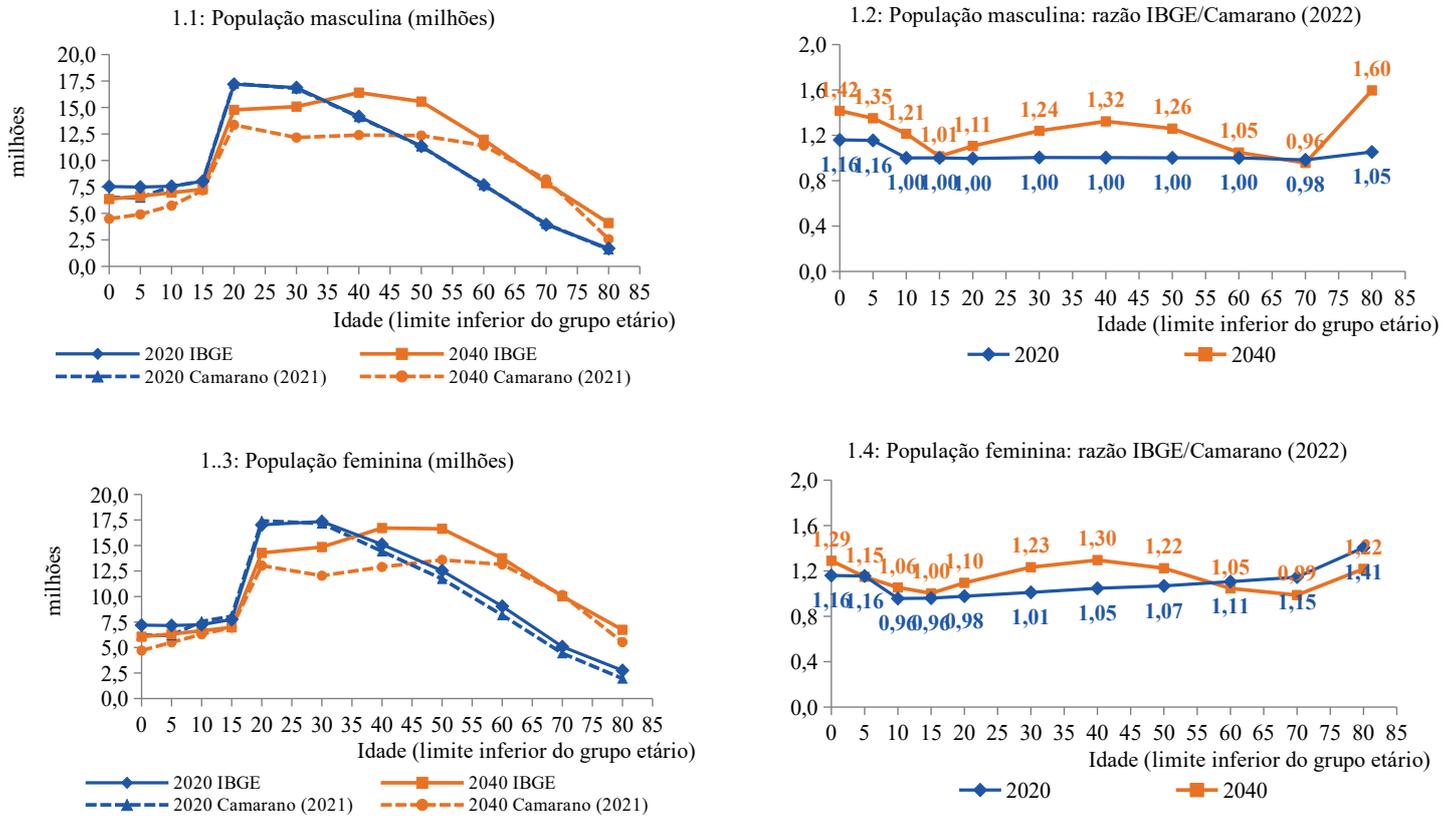
Além do envelhecimento da população, temos um envelhecimento dentro do próprio grupo de idosos (Figura A.1, painéis 1.5, 1.6 e 1.7, Apêndice A). Até 2018, estimava-se que a esperança de vida ao nascer passaria de 76,7, em 2020, para 79,8, em 2040. Esses ganhos deveriam vir, em parte, de quedas na mortalidade entre idosos, o que faria aumentar a proporção daqueles com mais de 80 anos dentro do grupo de 65 anos ou mais, passando de 21,3%, em 2020, para 26,8% em 2040. Entre as mulheres, esse indicador saltaria de 23,2% para 29,1%.

Mas a pandemia de Covid-19, que atingiu o Brasil no início de 2020, alterou o panorama da mortalidade, sobretudo entre os idosos. Estima-se que houve uma perda de 1,3 ano na esperança de vida ao nascer e de 0,9 ano da esperança de vida aos 65 anos, apenas em 2020. Entre janeiro e abril de 2021, a perda estimada foi de 1,8 ano na esperança de vida ao nascer (Castro et al., 2021).

Houve também mudanças no comportamento reprodutivo das mulheres, o que pode ter consequências sobre a fecundidade. Há fatores que operam para o aumento da fecundidade, tais como dificuldades e perdas de acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, em razão da pressão da Covid-19 sobre o sistema de saúde; aumento da violência sexual pelo distanciamento social e confinamento. Por outro lado, a incerteza sobre o futuro, o medo da doença e a mudança na rotina familiar pelo confinamento são fatores que podem provocar um adiamento da fecundidade (Coutinho et al., 2020).

Projeção mais recente, realizada por Camarano (2022), parte de uma base de 2020, quando a pandemia já estava em curso no Brasil. A população projetada para 2040 é 14% menor que a do IBGE (2018), e as diferenças variam com a idade e sexo (Figura 1). Apesar das diferenças metodológicas e de premissas entre as projeções, o que se sabe é que a dinâmica da mortalidade e da fecundidade em curso acarretará uma estrutura populacional expressivamente mais envelhecida em 2040, comparada à que temos hoje. Isso afetará, dentre outras coisas, o volume de serviços e de recursos gastos com saúde, porque o cuidado com a saúde varia ao longo do ciclo de vida, conforme será brevemente discutido na seção 2.2.

Figura 1 – População por idade, segundo sexo, em 2020 e projeções para 2040, Brasil



Fonte: Projeções populacionais do IBGE, versão 2018; projeções de Camarano (2022).

## 2.2. Envelhecimento populacional e gastos com saúde

Os gastos com saúde variam ao longo da vida em razão de fatores individuais, que determinam a utilização de bens e serviços de saúde, e de fatores que formam os custos em saúde. Os custos dependem de estruturas determinadas coletivamente ou socialmente, como renda nacional, políticas públicas de saúde, desenho do sistema de saúde, níveis dos preços, dos salários e da tecnologia envolvida (Getzen, 2000; Reinhardt, 2003; Meijer et al., 2013).

Pelo lado dos determinantes individuais, os fatores são associados à predisposição, à necessidade e à viabilização (Andersen & Newman, 1973). A predisposição ou a propensão à utilização varia segundo características sociodemográficas como idade,

sexo, status marital, nível socioeconômico, condições de trabalho, condições de vida, dentre várias outras. A necessidade está relacionada à percepção sobre saúde, morbidade e presença de incapacidade. A viabilização da utilização e o atendimento da necessidade dependem de fatores de acesso, como cobertura de seguro de saúde público ou privado, renda pessoal, renda domiciliar e outros relacionados ao poder de aquisição.

Em geral, o padrão de utilização e dos gastos com saúde é caracterizado por ser elevado nos primeiros anos de vida, declinar até a adolescência e aumentar progressivamente até as idades mais avançadas. Esse comportamento é observado em países de diferentes níveis de desenvolvimento (Verbrugge, 1989; Mapelli, 1993; Sassi & Béria, 2001; Facchini & Costa, 1997; Alemayehu & Warner, 2004). Mas a intensidade e o sentido desses diferenciais mudam segundo o tipo de serviço de saúde. No caso dos serviços ambulatoriais, jovens podem apresentar maiores probabilidades de consultarem generalistas, enquanto idosos de consultarem especialistas (Alberts et al., 1997; Lee et al., 1984; Sassi & Béria, 2001). As mulheres exibem maiores probabilidades de consultas médicas, tanto de generalista quanto de especialista (Aquino et al., 1992; Sassi & Béria, 2001; Green & Pope, 1999; Alberts et al., 1997). Para serviços hospitalares, há uma utilização mais elevada entre crianças, idosos e mulheres em idade reprodutiva. Mas os homens podem apresentar maior intensidade de uso em algumas faixas etárias. O tempo médio das internações, por exemplo, tende a crescer com a idade e ser mais elevado entre os homens (Verbrugge, 1989; Freeborn et al., 1990; Newbold; Eykes & Birch, 1995; NCHS, 1996).

No Brasil, as mulheres tendem a utilizar mais os serviços ambulatoriais e preventivos, enquanto os homens tendem a usar mais os serviços curativos (Castro; Travassos & Carvalho, 2002; Castro, 2004; Nunes, 1999). As diferenças se tornam expressivas a partir do início do período reprodutivo, associadas à demanda de serviços obstétricos (Médici & Campos, 1992). No caso das internações, embora as taxas sejam maiores entre as mulheres, mesmo quando excluídas as internações

por motivo de parto (Castro; Travassos & Carvalho, 2002; Castro, 2004), há faixas de idade para as quais os homens apresentam maiores riscos de internação e maior intensidade de uso (Nunes, 1999; Ribeiro, 2005).

Nesse contexto, o envelhecimento populacional pressiona os gastos, visto que idosos usam mais os serviços de saúde. O aumento dos gastos depende não apenas da quantidade de pessoas atingindo idades de uso intensivo, mas também do tempo em que elas permanecem usando serviços.

No Brasil, a limitação dos dados em saúde dificulta a exploração detalhada e ampla do papel do envelhecimento sobre os gastos com saúde. Mas existem esforços para discutir a questão. Berenstein & Wajnman (2008) fizeram um exercício de decomposição do gasto em saúde e analisaram o efeito do preço, da taxa de utilização e da composição etária populacional, comparando unidades da federação (UFs) com diferentes níveis de envelhecimento. Elas estimam que as diferenças na estrutura etária, observadas em 2004, explicavam 13% dos diferenciais nos gastos entre as UFs analisadas. Essa participação aumenta para mais de 50% ao se aplicar a estrutura etária projetada para o Brasil em 2050. Rodrigues (2010) projetou taxas de internações com financiamento público em 2020 e 2050 para Minas Gerais e encontrou efeitos expressivos do envelhecimento, quando considerou efeito puro da estrutura etária: as taxas de internações variavam cerca de 58%, entre 2007 e 2050. Porém, esse efeito diminui ao incorporar tendência temporal das taxas de utilização.

No estudo mais recente de projeção de gastos realizado para o Brasil, Rocha, Furtado & Spinola (2021) analisaram a necessidade de financiamento do setor de saúde considerando três componentes: renda, demográfico e residual, empregando a metodologia definida como top-down. Esse estudo observou que 26,8% do aumento da necessidade de financiamento com saúde era em função do envelhecimento populacional. As variações na distribuição etária e por sexo, entre

2017 e 2060, levariam a um aumento de R\$ 303 bilhões (R\$ 133 bilhões no setor público e R\$ 170 bilhões no setor privado) na necessidade de financiamento do setor de saúde no Brasil. Os autores consideram necessidades de financiamento para diferentes curvas de custos, de crescimento econômico e diferentes resíduos (entendidos como aquilo que não está relacionado à demografia ou à renda). Em um cenário de restrição dos gastos federais, haveria um aumento da pressão sobre os gastos de estados e municípios, que também poderia vir com redução da qualidade e ampliação das desigualdades.

### 2.3. Gasto com saúde no Brasil

No Brasil, o Sistema Único de Saúde foi estabelecido como direito na Constituição Federal de 1988 (CF 88), mas desde o início da sua implementação, há uma dificuldade de garantia e recursos necessários para sua organização (Piola et al., 2013; Vieira, 2020).

O gasto total em saúde no Brasil exibe uma participação menor do SUS do que os gastos do setor privado, seja por meio do sistema de saúde suplementar (planos e seguros de saúde), seja diretamente pelas famílias para acesso aos serviços de saúde. Como dito na introdução, a participação do gasto público reduziu segundo as estimativas anteriores à pandemia da Covid-19. Assim, apesar de o país ter aplicado aproximadamente R\$ 711 bilhões em saúde ou 9,6% do seu Produto Interno Bruto (PIB) em saúde em 2019, a maior parcela não está sendo aplicada por meio do SUS, que prevê acesso universal para toda a população brasileira, sendo que 70% dessa população tem acesso quase que exclusivamente por meio desse sistema. Em torno de 27% da população brasileira é beneficiária de plano de saúde (IBGE, 2019) e simultaneamente tem acesso via SUS, mas 32% dos recursos são aplicados por meio de regimes de financiamento de planos e seguros de saúde voluntários (Brasil, 2022). Outros 26% são pagos diretamente pelas famílias (gasto direto do bolso), quando se consideram os gastos com regimes de financiamento identificados.

Além da análise da distribuição por regimes de financiamento, a Conta SHA traz uma classificação por funções e prestadores de saúde. A classificação por funções SHA permite discutir quanto do gasto é aplicado em atenção curativa (HC 1), em atendimentos de reabilitação (HC 2), em cuidados de longo prazo (HC 3), em atendimentos complementares ao diagnóstico e tratamento (HC 4), em medicamentos e produtos médicos (HC 5), atividades de vigilância, promoção e prevenção em saúde (HC 6) e em gestão e regulação do sistema (HC 7).

As estimativas da Conta por funções mostram que a atenção curativa, na qual estão concentradas a atenção em regime de internação e a ambulatorial, é majoritariamente financiada por recursos públicos (regimes governamentais), os quais representavam 52,5% do total do gasto nessa função de atenção à saúde. Outros 36,9% eram gastos em regimes de pré-pagamento voluntários, majoritariamente intermediados por planos e seguros de saúde. As famílias participavam com 10,7% do financiamento dessa função. Por outro lado, quando se analisa a distribuição do financiamento de medicamentos e artigos médicos, esses são majoritariamente financiados pelo gasto direto do bolso das famílias (87,7%), com uma participação pública de 10,0% e uma pequena participação do financiamento intermediado por planos e seguros de saúde (2,3%). Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde são majoritariamente financiadas com gasto público (89,6%), seguidas pelos planos e seguros (7,4%) e pelo gasto direto (3,0%). Chama a atenção também a elevada participação dos planos e seguros de saúde no gasto com gestão, respondendo por 64,4% do total dos gastos (Brasil, 2022).

Analisando a distribuição desse gasto de cada regime de financiamento por função de atenção à saúde, excluídos os gastos não classificados por regimes de financiamento, a atenção curativa é majoritária no financiamento dos regimes governamentais e pagamentos baseados em planos e seguros de saúde de adesão voluntária (respectivamente, 63,5% e 58,6% do total aplicado por esses regimes em saúde). Para esses regimes, as atividades complementares de diagnóstico e imagem

respondem por 12,3% e 16,7%, respectivamente. Quando se analisam os gastos diretos do bolso, 71% são destinados a medicamentos e artigos médicos e 21% à atenção curativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Gastos com saúde segundo função de cuidado e tipo de financiamento – Brasil, 2019

Funções de cuidados de saúde	Regimes Governamentais		Regimes baseados especialmente em		Pagamentos direto do bolso das famílias			
	(R\$ milhões)	(%)	(R\$ milhões)	(%)	(R\$ milhões)	(%)	(R\$ milhões)	(%)
HC 1 - Atenção curativa	184.322	63,5	129.665	58,6	37.432	21,2	351.419	51,1
HC 2 - atendimentos de reabilitação	3.197	1,1	3.143	1,4	1.388	0,8	7.728	1,1
HC 3 - Cuidados de longo prazo	3.914	1,3	6.483	2,9	2.389	1,4	12.786	1,9
HC 4 - Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	35.863	12,3	37.009	16,7	7.648	4,3	80.520	11,7
HC 5 - Medicamentos e artigos médicos	14.411	5,0	3.357	1,5	126.982	71,8	144.751	21,0
HC 6 - Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde	27.654	9,5	2.294	1,0	914	0,5	30.862	4,5
HC 7 - Gestão e regulação do sistema de saúde	16.287	5,6	29.432	13,3	0	0,0	45.719	6,6
HC 9 - Outras atividades de saúde não classificadas	4.743	1,6	9.854	4,5	0	0,0	14.597	2,1
<b>Todas as funções</b>	<b>290.392</b>	<b>100,0</b>	<b>221.237</b>	<b>100,0</b>	<b>176.753</b>	<b>100,0</b>	<b>688.382</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Brasil (2022) - Ministério da Saúde, IPEA. Fiocruz, 2022

Os dados mostram como o sistema brasileiro de saúde é financiado e permitem discutir em que medida as mudanças na composição demográfica da população podem afetar esse gasto, mantido o atual modelo de atenção e padrão de incorporação tecnológica. Assim, partindo da estrutura geral do gasto total, por funções de atenção e regimes de financiamento, este trabalho se propõe a avançar na discussão sobre os efeitos potenciais das mudanças na estrutura demográfica brasileira sobre o financiamento da saúde no Brasil, bem como estimar o gasto ao longo do ciclo de vida para as internações.

### 3. Aspectos metodológicos

#### 3.1. Projeções dos gastos com saúde

A estratégia de projeção foi a abordagem da fórmula (Spiegel & Hyman, 1998; Tate; Macwilliam & Finlayson, 2004), que busca quantificar o efeito demográfico sobre a

utilização de serviços de saúde (efeito demográfico puro), mantendo constantes os outros fatores que podem afetar a taxa de utilização e/ou gastos (Strunk; Ginsburg & Banker, 2006). Ele é indicado para projeções de curto prazo e para localidades com taxas de utilização dos serviços de saúde e estrutura de custos relativamente estáveis. No longo prazo, ele se torna limitado se há evidências de mudanças no padrão ou nível de utilização (Evans et al., 2001).

Para descrever o efeito da estrutura etária sobre os gastos com saúde, considera-se que o gasto total com cuidado de saúde em cada idade  $i$  (bens, serviços de saúde e outros), num determinado período de tempo  $t$ , pode ser visto como uma combinação de três componentes: 1) quantidade de pessoas que usam esse cuidado; 2) quantidade média de cuidado utilizado por pessoa; e 3) gasto médio desse cuidado (ver Apêndice B). Nesse exercício, a quantidade média do cuidado e o gasto médio por idade foram mantidos constantes ao longo do tempo. O que variou foi o número de pessoas que utilizam os cuidados em cada idade, em função das mudanças demográficas previstas para 2040. Foram obtidas estimativas para homens e mulheres, seguindo os passos descritos a seguir.

1) Foi estimada a estrutura (distribuição) dos gastos por idade em 2019 (ver bases de dados no Quadro 1).

2) A distribuição obtida no passo 1 sofreu uma correção do nível. Ela foi aplicada nos gastos totais obtidos nas Contas SHA-2019 para se obter o gasto total por idade.

3) Os gastos totais por idade calculados no passo 2 foram usados para se estimarem os gastos *per capita* para 2019, utilizando-se a população de 2019 estimada pelo Ministério da Saúde<sup>1</sup> como denominador.

4) Por fim, foram obtidos os gastos totais por idade em 2040, aplicando-se o gasto *per capita* 2019 na população de 2040.

---

<sup>1</sup> Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE.

As projeções populacionais para 2040 foram realizadas por Camarano (2022). Os grupos etários foram aqueles disponíveis nas referidas projeções: grupos quinquenais de 0 a 19 anos; e grupos decenais a partir de 20 anos. O grupo aberto w compreendeu as pessoas de 80 anos ou mais (w = 80 +).

Para se obter a estrutura de utilização e gastos por idade e sexo, foram utilizadas: a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (PNS-2019), Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS 2019), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS 2019), a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2017-2018) e dados do Aviso Beneficiários Identificados (ABI-2019) (Quadro 1).

Quadro 1 – Fontes de dados utilizados por etapa e grupos funcionais

Grupo de funções	A: Estrutura dos gastos, segundo idade e sexo em 2019			B: Gastos médios, segundo idade e sexo em 2019				C: Gastos totais e gastos por idade e sexo 2040		
	SUS	Mercado suplementar	Desembolso direto	SUS	Mercado suplementar	Desembolso direto	Todos os financiamentos	SUS	Mercado suplementar	Desembolso direto
Internações	SIH/SUS	dados ABI	POF2017-2018	SIH/SUS e população 2019 (Datusus)	dados ABI; população 2019-Datusus; PNS2019	POF2017-2018 e população 2019-Datusus				
Ambulatoriais	SIA/SUS	dados ABI	POF2017-2018	SIA/SUS e população 2019 (Datusus)	dados ABI; população 2019-Datusus; PNS2019	POF2017-2018 e população 2019-Datusus	Gastos G <sub>2019</sub> da conta SHA para nível dos gastos por idade e sexo	Estimativas obtidas em A e B e população de 2040 projetada por Camarano (2022)		
Medicamento	-	-	POF2017-2018	-	-	POF2017-2018 e população 2019-Datusus				

Fonte: Elaborado pelos autores.

Foram selecionados três grupos de gastos para projeção: internações, serviços ambulatoriais e medicamentos. No entanto, não foi possível incluir todas as funções pertencentes a cada grupo de gastos devido à limitação das bases de dados complementares. Os detalhes de metodologia e tratamento dos dados estão disponíveis no Apêndice B.

### 3.2. Gastos com internações ao longo do ciclo de vida

Para estimar os gastos ao longo do ciclo de vida, faz-se necessário ter estimativas dos sobreviventes. Para os dados de sobrevivência, foi adotada a Tábua Completa de Mortalidade do IBGE para 2019, considerando um número inicial de 100 mil pessoas na coorte hipotética. Nesse caso, a coorte hipotética é formada considerando que cada indivíduo nascido na população experimentasse as probabilidades de morte e os gastos *per capita* de saúde por idade observados em 2019, ao longo de toda a sua vida. Pelas estimativas do IBGE, as mulheres apresentavam uma esperança de vida ao nascer de 80,1 anos, excedendo a masculina em sete anos. A esperança de vida aos 80 anos era de 8,7 e 10,5 anos para homens e mulheres, respectivamente (ver Figura A.2, Apêndice C).

A partir da coorte hipotética, foi estimado o gasto total de um indivíduo ao longo do ciclo de vida. Assim, o gasto acumulado desde o nascimento  $b$  até  $x$  idade  $a$  ( $LE_{b,x}$ ) fornece os gastos restantes a partir da idade  $x+1$  e foi obtido por

$$LE_{b,x} = \sum_{x=a}^{70+} C_x L_x / 100000$$

sendo  $L_x$  o número de anos-pessoas vividos pela coorte entre as idades  $x$  e  $x+1$ ; e  $C_x$  o gasto per capita observado entre pessoas desse grupo etário. O gasto relativo observado a partir da idade  $x$  ( $RLE_{b,a}$ ) – fração dos gastos totais de um indivíduo observado a partir da idade  $x$  – foi obtido por

$$RLE_{b,x} = \frac{LE_{b,x}}{LE_{b,0}}$$

onde  $LE_{b,0}$  é o gasto total de um indivíduo ao longo da vida. O gasto de um sobrevivente à idade  $x$  ( $LE_{s,x}$ ) equivale ao valor restante a ser consumido até o final da vida. Ele foi obtido pela equação

$$L_{s,x} = \sum_{x=a}^{85+} (C_{x,s} L_x / l_x)$$

onde  $C_{x,s}$  é o gasto *per capita* observado entre os sobreviventes entre as idades  $x$  e  $x+1$ ,  $l_x$  é o número de sobreviventes à idade exata  $x$ . A proporção dos gastos observados após a idade  $x$  pelo indivíduo que sobrevive à idade  $x$ ,  $RLE_{s,x}$ , é dada por

$$RLE_{s,x} = LE_{s,x} / LE_{s,0}^x$$

sendo  $LE_{s,0}^x$  o gasto esperado para sobrevivente à idade  $x$ .

Foram realizadas estimativas separadas para homens e mulheres. Como há diferenciais de mortalidade por sexo, adicionalmente foram estimados  $LE$  e  $RLE$  para as mulheres atribuindo a elas a mortalidade observada para os homens. Assim, é possível identificar o papel da mortalidade na determinação dos diferenciais de gastos por sexo.

Os gastos *per capita* com internações por idade foram obtidos a partir dos microdados do SIH-SUS, assim como descrito na subseção "Projeções dos gastos com saúde". A diferença é que, para os gastos no ciclo de vida, consideramos no denominador do gasto *per capita* toda a população brasileira, e não apenas aquela sem acesso a planos ou seguros de saúde. Os gastos por idade dos sobreviventes foram calculados excluindo-se as internações em que o desfecho tenha sido o óbito do paciente. Para obter o gasto *per capita* dos sobreviventes, aplicou-se um fator de ajuste por idade ( $w_x$ ), obtido pela razão entre os gastos médios das internações dos sobreviventes e o gasto médio das internações com todos os indivíduos:

$$C_{x,s} = C_x w_x$$

Com isso, assume-se que a relação entre gastos *per capita* por status de sobrevivência é igual àquela observada entre os gastos médios por internação e

que ela não varia entre a população que morreu durante uma internação ou fora do ambiente hospitalar.

## 4. Resultados

### 4.1. Estruturas de gastos por idade e sexo em 2019

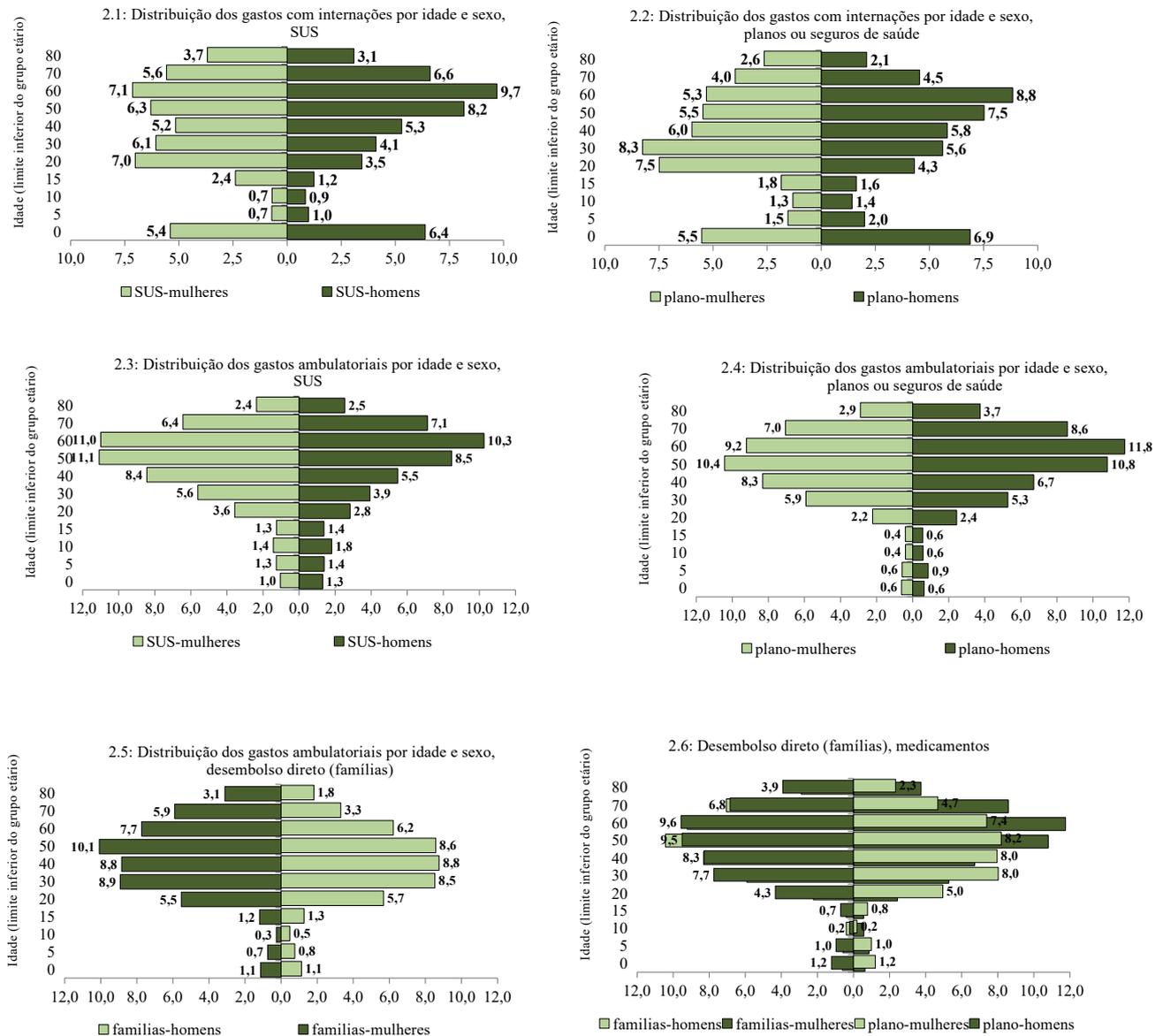
Nesta subseção, são apresentados a distribuição dos gastos de saúde e o gasto *per capita* em 2019 para os grandes grupos funcionais considerados para projeção: ambulatorial, internações e medicamentos. As estimativas apresentadas nas Figuras 2 e 3 foram utilizadas para projeção dos gastos na população de 2040.

Para as internações, cerca de 11% (SUS) a 12% (planos) dos gastos totais estão concentrados no primeiro grupo etário (0-4 anos). Apesar de a população SUS ser menos envelhecida (Figura 4, seção 4.2), os pesos dos idosos (60 anos ou mais) são maiores e respondem por 35,7% dos gastos totais, sendo 19,4% correspondentes aos gastos com homens. Para planos e seguros, os idosos respondem por 27,4% dos gastos, sendo o peso dos homens maior (15,5%) (Figura 2, painéis 2.1 e 2.2).

Para o cuidado ambulatorial, esse resultado se inverte. Entre a população com cobertura de planos e seguros, a concentração de gastos entre idosos é de 43,2% (24,0% homens e 19,2% mulheres). No SUS, homens e mulheres de 60 anos ou mais têm pesos praticamente iguais, em torno de 19,9%.

Quanto aos gastos das famílias, os idosos respondem por apenas 28,1%, e o peso das mulheres (16,8%) supera o dos homens (11,3%). O peso das crianças de 0 a 4 anos é relativamente baixo e semelhante entre os três tipos de financiamento (Figura 2). Os gastos com medicamentos também são mais elevados entre as mulheres. A população feminina de 60 anos ou mais responde por 20,3% dos gastos com medicamentos das famílias, enquanto os homens da mesma idade, por 14,4%.

Figura 2 – Distribuição (%) dos gastos por idade e sexo, segundo grupos funcionais e tipo de financiamento – Brasil, 2019



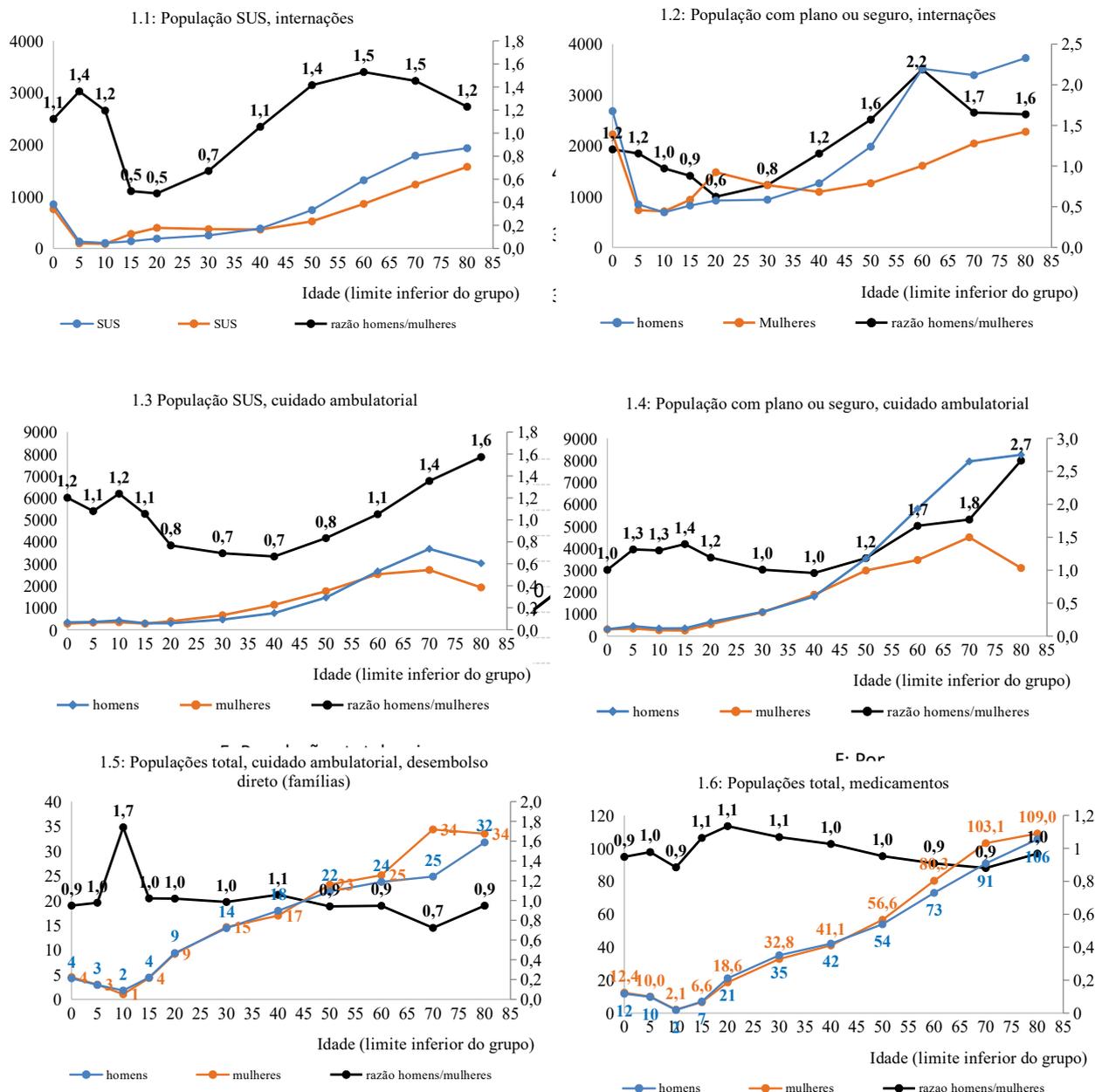
Fonte: Elaborado pelos autores com base em estimativas populacionais preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância Sanitária; SIH e SIA-SUS (2019); PNS-2019; Brasil (2022); POF (2017-2018).

A Figura 3 apresenta os gastos *per capita* estimados com base na distribuição apresentada na Figura 2 e os dados da Conta SHA. Em 2019, o gasto *per capita* estimado com internação na população SUS foi de aproximadamente R\$ 476, entre homens, e R\$ 470, entre mulheres. Entre a população com acesso à saúde suplementar, esses valores foram, respectivamente, R\$ 1.560 e R\$ 1.353, sendo expressivamente mais elevados (Figura 3). De forma geral, os gastos decrescem com a idade e voltam a crescer mais expressivamente a partir dos 40 anos, mas com uma inclinação mais acentuada na curva de gastos dos homens, sobretudo na população com planos ou seguros, em que os gastos *per capita* da população masculina chega a ser 2,2 vezes maior que a feminina. Os gastos entre as mulheres se elevam no início do período reprodutivo em razão, principalmente, de cuidados relacionados à saúde materna, mas permanecem abaixo dos valores observados para os homens.

Para o cuidado ambulatorial, os gastos são mais elevados, sobretudo para o SUS. Em 2019, o gasto *per capita* no SUS era de R\$ 959 e de R\$ 850, para homens e mulheres, respectivamente; para a população com plano ou seguro, R\$ 1.986 e R\$ 1.636. O padrão etário difere do observado para internações, pois os gastos são sempre crescentes com a idade. Os diferenciais por sexo também são crescentes com a idade, com os homens de 80 anos ou mais apresentando gastos 60% maiores que o das mulheres, na população SUS, e 170% na população com plano ou seguro (Figura 6). Mas na população SUS, entre 20 e 59 anos, as mulheres apresentam gastos *per capita* maiores que os homens.

Os gastos com cuidados ambulatoriais e com medicamentos por desembolso direto seguem padrão de crescimento com a idade semelhante ao observado para os demais tipos de financiamento. Contudo, o gasto *per capita* é maior entre mulheres (R\$ 16,45), comparadas aos homens (R\$ 13,86), resultado do comportamento das médias mais elevadas entre elas a partir de 50 anos (Figura 3).

Figura 3 – Gasto *per capita* (mil), segundo idade, sexo, grupo funcional e tipo de financiamento – Brasil, 2019

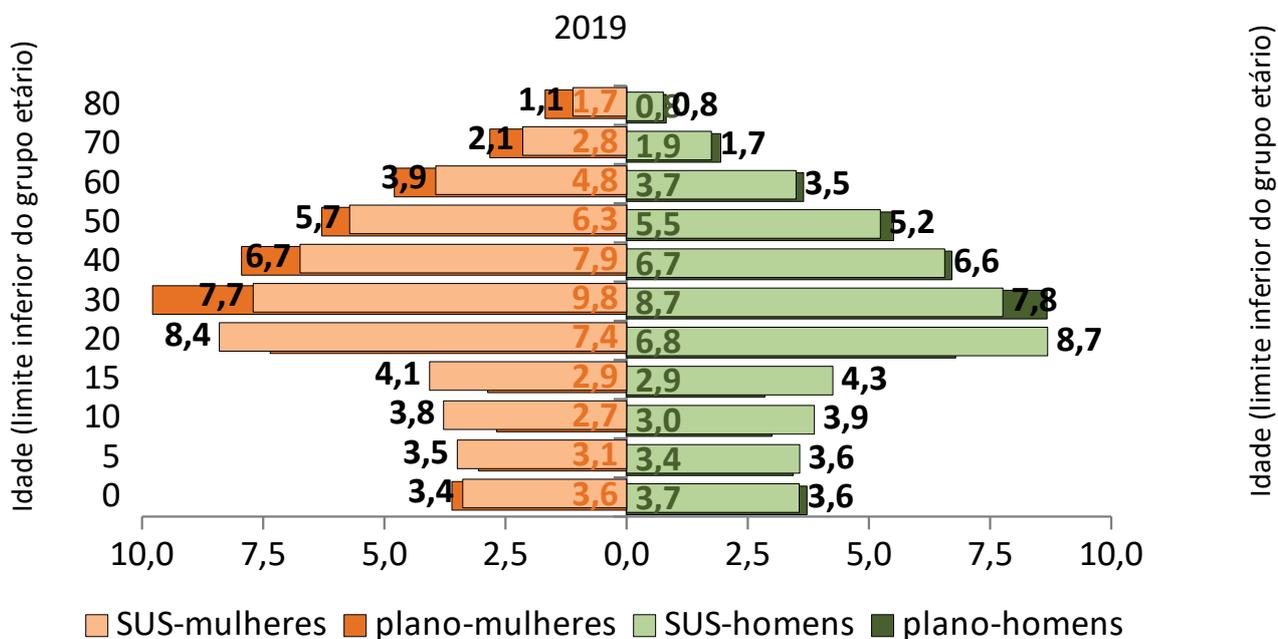


Fonte: Elaborado pelos autores com base em estimativas populacionais preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância Sanitária; SIH e SIA-SUS 2019; PNS-2019; contas SHA 2019 (Brasil, 2022), POF (2017-2018).

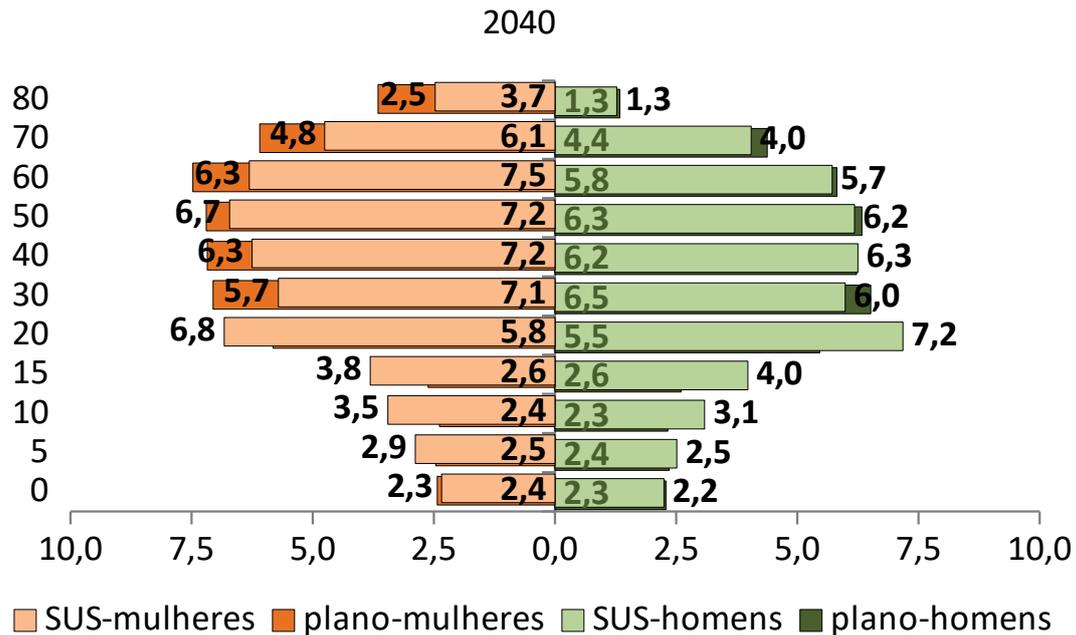
## 4.2. Projeções dos gastos para 2040

Nesta subseção, são apresentados os resultados das projeções realizadas com base nas estimativas apresentadas na seção 4.1. A Figura 4 apresenta as distribuições etárias e por sexo segundo cobertura por plano ou seguro de saúde. A população coberta exclusivamente pelo SUS (população SUS) é menos envelhecida, comparativamente à população com cobertura de planos ou seguros de saúde, com pesos menores para população acima de 30 anos. A população de 60 anos ou mais representava 13,2% da população SUS e 15,7% da população com plano ou seguro. Em 2040, esses valores saltam para 24,6% e 28,7%, respectivamente. O grupo de 0 a 4 anos, que mantém médias de gastos elevadas, pelo menos para as internações, terá declínio em número absoluto e do seu peso, nesse período. Nesse contexto, as mudanças médias observadas nos gastos dependem de forças que operam em sentidos contrários: pressão para aumento dos gastos por causa do envelhecimento e queda em razão do declínio do peso das crianças.

Figura 4 – Distribuição (%) da população por idade e sexo, segundo cobertura de planos ou seguros de saúde – Brasil, 2019 e 2040



Fonte: Com base em estimativas populacionais preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE e PNS-2019. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.



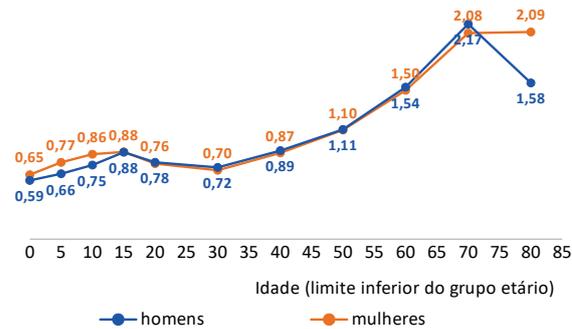
Fonte: Com base em projeções populacionais de Camarano (2022) e PNS-2019.

A Figura 5 apresenta os gastos totais para cada grupo etário segundo sexo, tipo de financiamento e grupo funcional. A mudança observada nos gastos entre 2019 e 2040 se deve às variações dos contingentes populacionais em cada grupo etário. Como a estrutura de gasto por idade e a cobertura por planos ou seguros são mantidas constantes, as variações relativas dos gastos por idade são iguais para todos os tipos de financiamento e grupos funcionais.

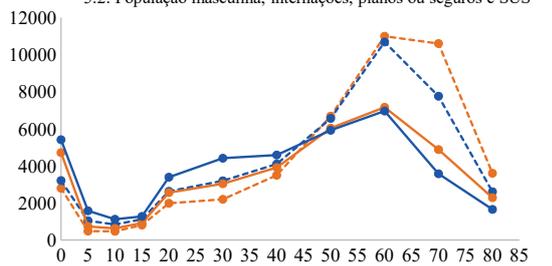
Observa-se que tanto para homens quanto para as mulheres abaixo de 50 anos, os gastos diminuem entre 2019 e 2040. Para as crianças de 0 a 4 anos, os gastos diminuem em torno de 38% (39% para os homens e 34% para as mulheres). A partir dos 50 anos, os gastos aumentam, e as razões entre gastos de 2040 e 2019 atingem 2,14, para homens de 70-79 anos, e 2,08 para as mulheres no mesmo grupo etário.

Figura 5 – Gastos totais com cuidado em saúde (R\$ milhões) e razões entre os gastos de 2040 e 2019 por idade, segundo sexo, grupo funcional e tipo de financiamento, Brasil, 2019 e 2040

5.1: Razão entre gastos de 2040 e 2019 por idade

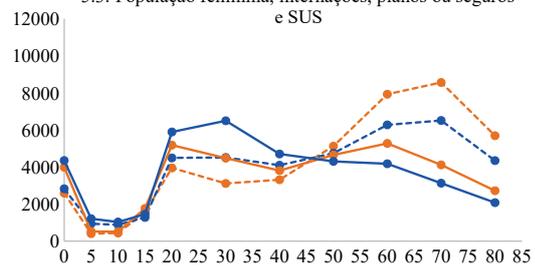


5.2: População masculina, internações, planos ou seguros e SUS



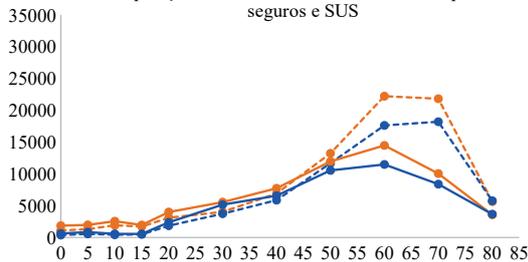
plano 2019 SUS 2019 plano 2040 SUS 2040

5.3: População feminina, internações, planos ou seguros e SUS



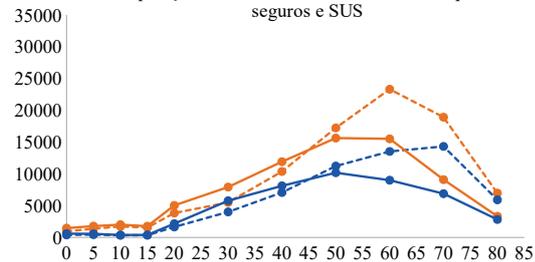
plano 2019 SUS 2019 plano 2040 SUS 2040

5.4: População masculina, cuidado ambulatorial, planos ou seguros e SUS



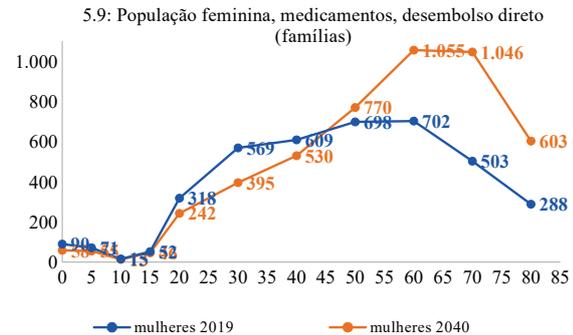
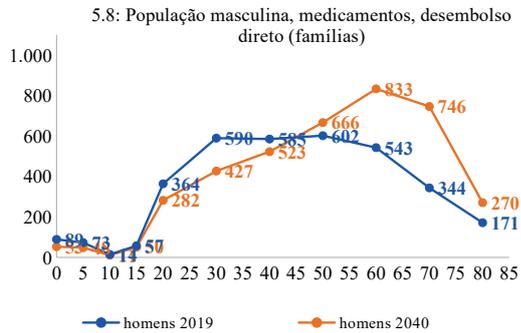
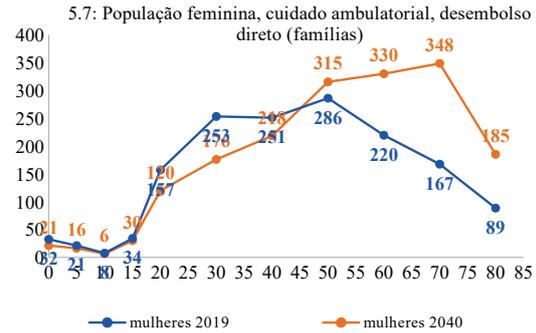
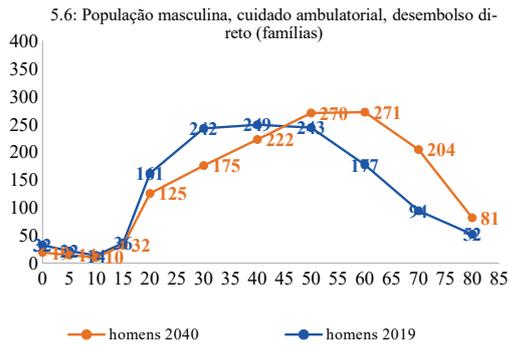
plano 2019 SUS 2019 plano 2040 SUS 2040

5.5: População feminina, cuidado ambulatorial, planos ou seguros e SUS



plano 2019 SUS 2019 plano 2040 SUS 2040

## DOENÇAS CRÔNICAS E LONGEVIDADE: DESAFIOS PARA O FUTURO



Fonte: Elaborado pelos autores com base em estimativas populacionais preliminares feitas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>); SIH; PNS-2019; contas SHA (BRASIL, 2022); projeções populacionais de Camarano (2022).

A combinação das forças populacionais resultou em uma variação total positiva dos gastos com internações (Tabela 2). Para o SUS, o efeito da mudança demográfica é maior, com um aumento de 20% nos gastos para a população feminina e de 15% para a masculina. Embora a população coberta por planos e seguros seja mais envelhecida, os seus gastos *per capita* para as idades 0-4 anos são relativamente elevados, o que fez com que a queda dos gastos nessas idades tivesse um efeito compensação do envelhecimento maior que o observado para o SUS. A variação dos gastos para os homens é estimada em 10%; e para as mulheres, de 5%, para a população com alguma cobertura de saúde suplementar.

No caso do cuidado ambulatorial, as variações dos gastos são maiores. Para a população SUS, há um aumento de 26%, para homens, e de 22%, para as mulheres. Diferentemente das internações, os gastos ambulatoriais aumentam mais entre a população com plano ou seguro, com uma variação média de 31% entre os homens, e 26% entre mulheres (Tabela 2).

Os gastos por desembolso direto têm variações maiores entre as mulheres. Para os serviços ambulatoriais, os gastos crescem em média 16% entre as mulheres e 8% entre os homens. Para os medicamentos, o crescimento é da ordem de 23% e 14%, para mulheres e homens, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 – Razão entre os gastos de 2040 e 2019, Brasil

Sexo	Cuidado ambulatorial			Internações		Medicamentos
	SUS	Planos e seguros	Desembolso direto	SUS	Planos e seguros	Desembolso direto
homens	1,26	1,31	1,08	1,20	1,10	1,14
mulheres	1,22	1,26	1,16	1,15	1,05	1,23

Fonte: Elaborado pelos autores com base em estimativas populacionais preliminares feitas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>); SIH; PNS-2019; contas SHA (Brasil, 2022); projeções populacionais de Camarano (2022).

#### 4.3. Gastos com internações ao longo do ciclo de vida

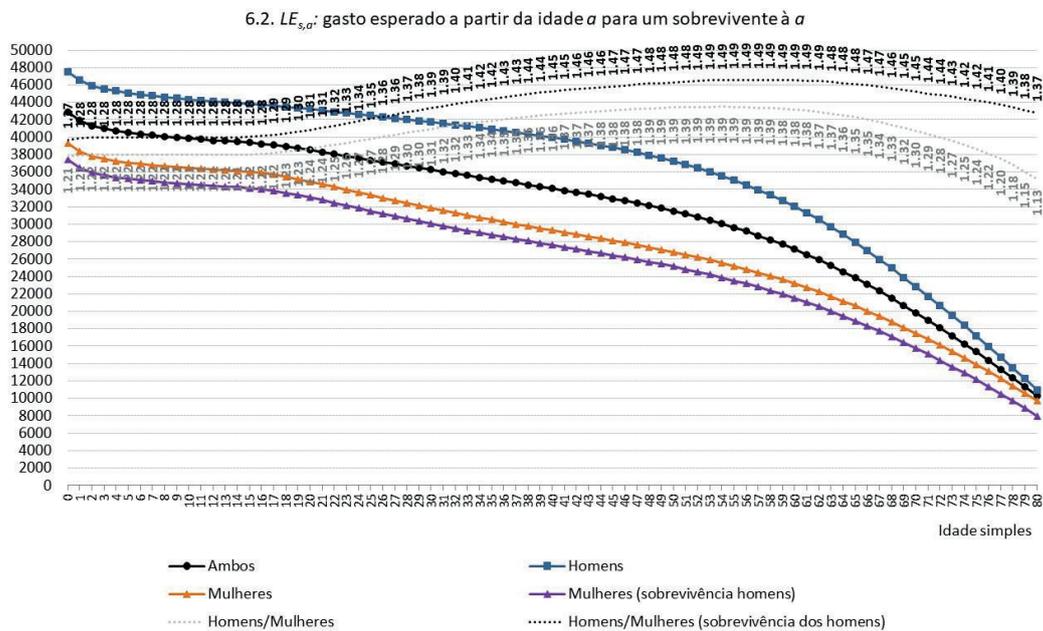
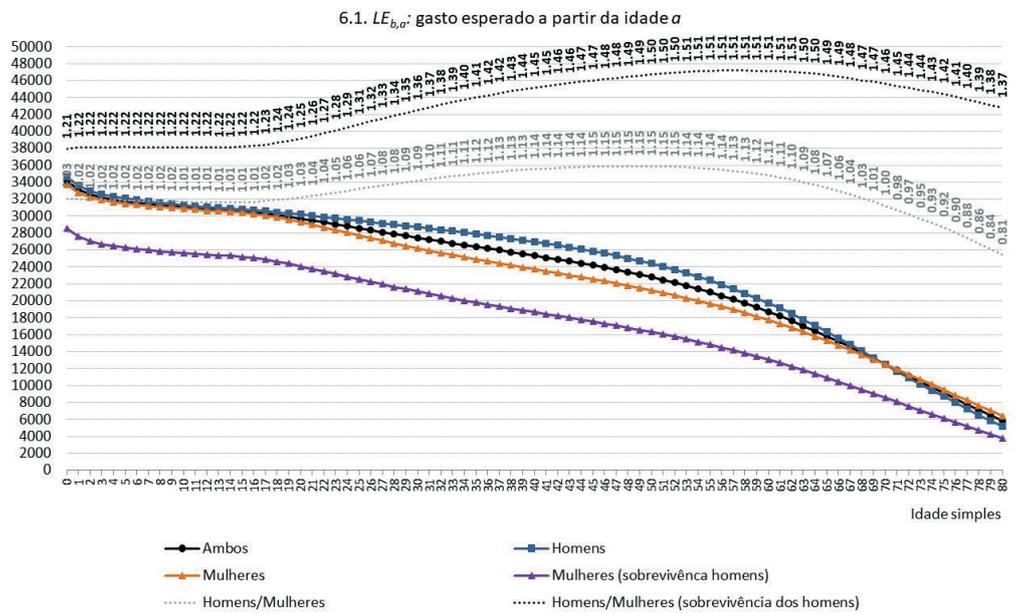
Os gastos *per capita* com internações por idade possuem um formato de U, assim como apresentado na subseção 4.1. Considerando a coorte hipotética construída com dados de 2019, o gasto médio com internações de um indivíduo desde o nascimento até a morte ( $LE_{b,0}$ ) seria de, aproximadamente, R\$ 34.161. As mulheres gastam cerca de R\$ 33.732 com internações ao longo da vida, 2,6% a menos que os homens (Figura 6, painel 6.1). Entretanto, se as mulheres tivessem

a mesma experiência de mortalidade masculina, o gasto esperado entre elas seria de R\$ 25.521, ou seja, 21,9% menor que os gastos dos homens. Isso indica que, se a sobrevivência das mulheres por idade fosse igual à dos homens, elas teriam um gasto ao longo da vida 15,5% menor.

Quando consideramos os gastos dos sobreviventes à idade  $x$ , o gasto esperado do nascimento ao final da vida passa para R\$ 42.888 (Figura 6, painel 6.2). O diferencial entre  $LE_{b,x}$  e  $LE_{s,x}$  tende a ser maior quanto maior for o nível de mortalidade da população, já que o denominador de  $LE_{s,x}$  diminui com o aumento da mortalidade; e quanto maior for o diferencial do gasto *per capita* por status de sobrevivência.<sup>2</sup> O gasto médio esperado a partir dos 80 anos até a morte passa de R\$ 5.830, considerando toda a coorte, para R\$ 1.026, considerando apenas os sobreviventes à idade de 80 anos (variação de 76%). O diferencial é maior entre os homens, com  $LE_{b,x}$  110% maior que  $LE_{s,x}$  aos 80 anos.

<sup>2</sup> Nesse caso, partimos do pressuposto de que o gasto médio com internações dos sobreviventes é sempre menor do que o observado entre os indivíduos que morreram ao longo da internação.

Figura 6 – Gasto esperado a partir da idade x, Brasil 2019

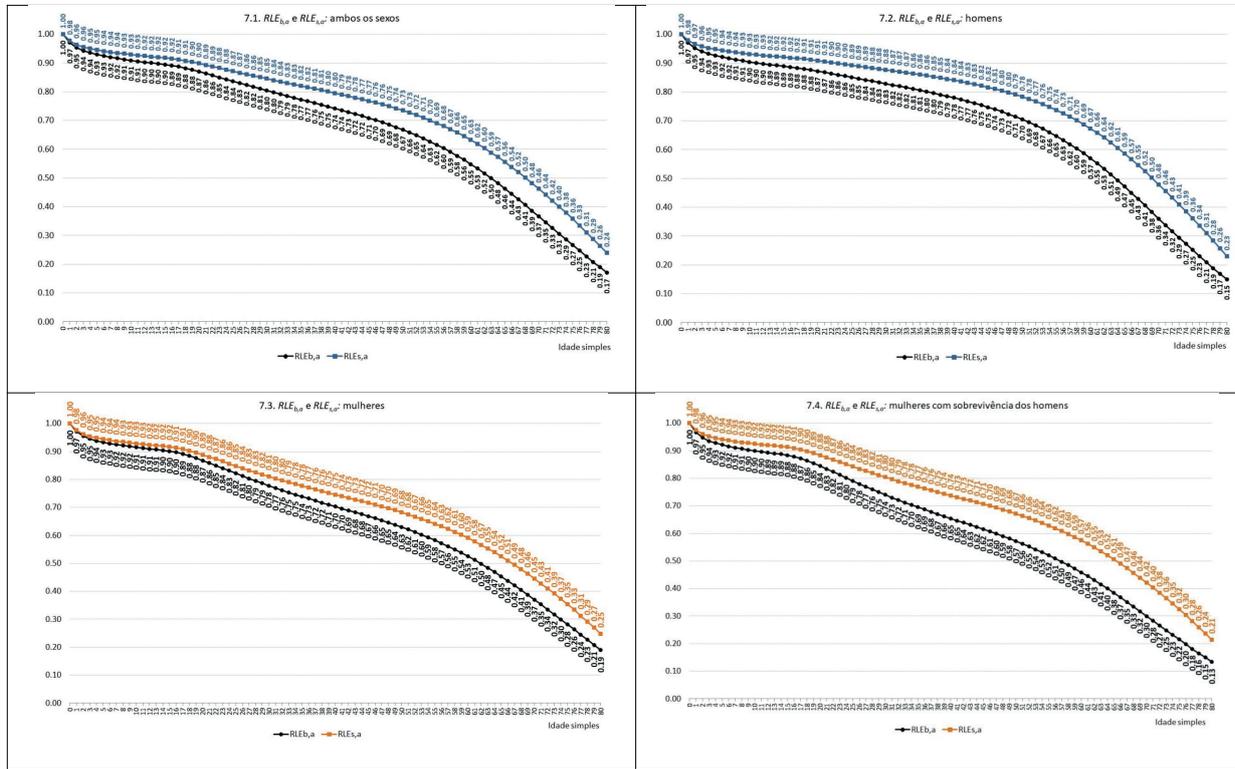


Fonte: IBGE – Tábua Completa de Mortalidade 2019; SIH/SUS 2019; Contas SHA (Brasil 2022).

Quanto à distribuição dos gastos ao longo da vida ( $RLE_{b,x}$ ), estima-se que aos 63 anos o indivíduo dessa coorte tenha utilizado 50% dos gastos previstos com internações durante sua vida (Figura 7, painel 7.1). Os gastos condicionados à sobrevivência à idade  $x$  ( $RLE_{s,x}$ ) são mais concentrados nas idades mais elevadas, com o indivíduo atingindo 50% dos gastos aos 68 anos. O indivíduo que sobrevive aos 80 anos conta com uma expectativa de vida de 9,7 anos (Figura C.1, Apêndice C) e com um estoque de 24% dos gastos para serem utilizados até o final da vida (Figura 7, painel 7.1).

Essa distribuição varia em função do sexo (Figura 7, painéis 7.2 a 7.4). Ao nascer, a previsão é que 15% dos gastos dos homens sejam observados após os 80 anos ( $RLE_{b,x}$ ). Considerando aqueles que sobreviverão a essa idade ( $RLE_{s,x}$ ), esse valor passa para 23%. Para as mulheres, as referidas proporções são, respectivamente, 19% e 25%. Mas se considerarmos a mortalidade masculina, uma mulher sobrevivente à idade de 80 anos teria 21% dos gastos para consumir até o final da vida.

Figura 7 – Distribuição dos gastos com internações por idade e sexo, ao longo da vida ( $RLE_{b,a}$ ) e condicionados à sobrevivência ( $REL_{s,a}$ ), Brasil 2019



Fonte: IBGE – Tábua Completa de Mortalidade 2019; SIH/SUS 2019; Contas SHA (Brasil, 2022).

## 5. Discussão

Um aspecto importante que esses resultados apontam é a necessidade de desagregação dos gastos por função de saúde, para investigação de efeitos demográficos sobre eles. Embora haja um comportamento geral de crescimento dos gastos com a idade, existem especificidades das funções de saúde que interagem com esse perfil. Nos serviços hospitalares, há um efeito positivo na variação dos gastos devido ao envelhecimento, mas que é compensado pela queda das internações no primeiro grupo etário (0-4 anos). Isso ocorre porque, nesse

caso, o gasto *per capita* com internações é elevado e o grupo acaba tendo peso relativo elevado no gasto total. Como apresentado na subseção 2.1, o número de nascimentos passa a decrescer a partir de meados da década de 2010, tanto em função da fecundidade menor como pelo menor contingente de mulheres em idades reprodutivas. Entre 2020 e 2040, o número de nascidos deve passar de 2,984 milhões para 2,456 milhões, representando uma queda de 17,7%. Para os serviços ambulatoriais, o gasto é relativamente pequeno para esses grupos etários, e o efeito do crescimento da população acima de 60 anos sobressai, causando maior pressão sobre os gastos.

Pela limitação encontrada, não foram investigadas as subfunções dentro dos grupos de internações, cuidado ambulatorial e medicamentos. Também não foram avaliados os gastos dos medicamentos no SUS e na saúde suplementar. Mas essa análise indica que essa seria uma desagregação importante, sobretudo ao se pensar na relação entre cuidados curativos e preventivos. Os cuidados preventivos podem ser um ponto-chave para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Rocha, Furtado & Spinola (2020) destacam o potencial do SUS para caminhar para a sustentabilidade. Dadas a sua escala de cobertura, a capacidade de coordenação de prevenção e promoção da saúde por meio da atenção primária, o sistema tem espaço para ganhos de produtividade ao longo do tempo. Mas a emenda constitucional n. 95, de 2016, pode ser um entrave, tendo como resultado um aumento da segmentação público-privado no financiamento da saúde, e assim causar perdas de equidade no sistema.

O efeito do envelhecimento também varia segundo as fontes de financiamento. No caso do SUS, as consequências podem ser maiores para as internações, mesmo tendo uma população menos envelhecida, porque o peso dos gastos dos idosos é maior e o das crianças é bem semelhante ao observado para a população coberta pela saúde suplementar. Para o cuidado ambulatorial, isso se inverte, pois a participação dos gastos com pessoas acima de 60 anos é maior para população coberta por planos

e seguros, e a diferença aumenta entre os maiores de 70 anos. Cabe destacar que esse resultado pode estar refletindo o padrão de acesso e utilização diferenciado entre os sistemas, particularmente quando se trata do atendimento ambulatorial especializado. Parte desse resultado pode ser reflexo das desigualdades de acesso e dos vazios assistenciais maiores para grupos populacionais que dependem exclusivamente do SUS.

Quanto à magnitude das consequências das mudanças demográficas sobre o gasto, há de se considerar que em 2020 a população brasileira já se encontrava em momento crítico. A razão de dependência total, que vinha declinando com a queda na proporção de população jovem, passou a crescer em função do patamar atingido pelo peso da população de 65 anos ou mais. Uma parte do envelhecimento esperado nos trabalhos das décadas de 2000, como os de Berenstein & Wajnman (2008) e Rodrigues (2010), já ocorreu. Parte dos efeitos dessa mudança no sistema de saúde já está ocorrendo, como a queda do número de nascimentos<sup>3</sup> e, portanto, da pressão sobre o cuidado voltado para a saúde materna. Isso é um fator a ser considerado nas políticas de atenção à saúde da mulher e contenção da mortalidade materna, por exemplo.

Por outro lado, ainda há um substancial envelhecimento até 2040, e as pessoas de 60 anos ou mais terão participações cada vez maiores na composição populacional. O aumento da esperança de vida tem provocado um envelhecimento dentro do grupo de idosos, considerando-se que parte dos ganhos seja entre idosos. Conforme apontado na subseção 2.2, a população de 80 anos ou mais pode ultrapassar 26,8% do grupo de 65 anos ou mais em 2040. Mas choques na saúde podem interferir na evolução desses indicadores, como foi o caso da pandemia de Covid-19. Ela trouxe desafios assistenciais e provocou um aumento expressivo da mortalidade em 2020 e 2021, sobretudo entre os idosos, com uma perda de esperança de vida de 0,69 aos 65 anos só em 2020 (Castro et al., 2021). Outros grupos populacionais

---

<sup>3</sup> Indicadores apresentados na subseção "Breve panorama recente de aspectos demográficos da população brasileira e expectativas para 2040".

também foram afetados, como é o caso das mulheres em idade fértil. Entre 2019 e 2020, houve um crescimento de 25% de óbitos maternos, grande parte atribuída à epidemia de Covid-19 (Fundação Oswaldo Cruz, 2021). A população projetada utilizada neste trabalho (Camarano, 2022) buscou incorporar o efeito da mortalidade por Covid-19 e apontou que o número de idosos em 2040 pode ser 3,4 milhões abaixo do projetado pelo IBGE (2018). Adicionalmente, o choque da pandemia trouxe consequências econômicas, como redução do PIB com consequências sobre a situação fiscal (Rocha; Furtado & Spinola, 2020) que devem afetar o volume de recursos destinados à saúde.

Essa análise é complementada pela estimativa do gasto ao longo do ciclo de vida. Os gastos médios ao longo da vida analisados representam uma medida sintética que incorpora os efeitos da estrutura etária, por prover o gasto por indivíduo pertencente a uma coorte hipotética. A vantagem é que ela pode ser comparada com outras populações ou pode ser acompanhada ao longo do tempo, mesmo que haja diferença ou mudança na estrutura etária. Além disso, ela permite distribuir o gasto esperado do indivíduo por idade e, assim, informa em que grupos de idade os gastos se encontram mais concentrados.

Por limitações nas bases de dados disponíveis, o exercício foi aplicado apenas para os gastos com internações, para os quais é possível obter o status de sobrevivência do indivíduo que usou o serviço. Essa informação permitiu estimar os gastos médios esperados entre indivíduos sobreviventes a uma idade  $a$ . Isso é importante na medida em que permite observar o que ocorre com os gastos se a mortalidade muda ao longo do tempo, tanto em termos de nível quanto em termos de padrão etário. Se houver uma compressão da mortalidade, por exemplo, espera-se que haja cada vez mais sobreviventes nas idades mais jovens e que o efeito da mortalidade seja sentido em idades cada vez mais avançadas. Isso indica que os gastos podem continuar aumentando entre as idades superiores.

Cabe ressaltar a limitação da informação utilizada e que é necessário avançar no alcance de dados mais apurados para ponderar os gastos por idade e sexo. Para o SUS, os dados do SIA são limitados por terem uma grande parte dos gastos, que se originam do BPA-C, sem informação individualizada. No caso dos planos e seguros, os dados da ABI cobrem apenas cuidado de uma parte específica dos usuários: aqueles que utilizaram o SUS e para os quais houve algum tipo de ressarcimento ao sistema. Para o desembolso direto, os dados da POF 2017-2018 não têm informações para as crianças abaixo de 10 anos. Além disso, a estrutura de utilização recorre a imputações. As imputações de gastos para essas idades trazem um grau de incerteza, além daqueles já comuns em pesquisas de inquérito: problemas de memória na declaração, imprecisão das informações declaradas, não resposta, dentre outros.

Com relação ao gasto ao longo do ciclo de vida, outra questão refere-se à utilização da estrutura etária e do padrão de mortalidade dos serviços utilizados pelo SUS aplicados a todo o gasto com internações (público e privado). Há uma hipótese forte de que o gasto total irá seguir esse padrão. Assim, é muito importante ter informações abertas por sexo e idade, particularmente para aqueles internados por meio de planos e seguros de saúde, responsáveis por parte expressiva dos gastos com internações, segundo estimativas da Conta SHA. Além disso, seria relevante estender esse exercício para investigação de internações segundo especialidade, tendo em vista que mudanças na morbidade ao longo do tempo podem modificar as demandas por grupos de internações específicos. Ademais, deve-se investigar outras funções de saúde, como o cuidado ambulatorial e medicamentos, que podem ter um comportamento diferenciado daqueles observados para as internações ao longo da vida.

## 6. Considerações finais

Este estudo fez as projeções dos gastos com saúde do Brasil para 2040 considerando o componente demográfico, isto é, efeitos da distribuição demográfica e por sexo nos gastos com saúde. Para tanto, trouxe uma contribuição ainda não explorada pela literatura: fazer essa estimativa considerando diferentes tipos de financiamento e funções de saúde para se observar o comportamento dos gastos para cuidado ambulatorial, internações e medicamentos.

Os principais resultados mostram que o envelhecimento populacional atinge mais os serviços ambulatoriais, já que nas internações o aumento da população idosa é, em parte, compensado pelo declínio da população de 0 a 4 anos. Os efeitos são maiores no SUS, para internações, e para os planos e seguros de saúde, no caso de serviços ambulatoriais. Entre as famílias, a maior pressão ocorre entre as mulheres, maiores usuárias dos serviços financiados por desembolso direto.

A despeito das limitações dos dados e das análises, o trabalho aponta para a necessidade de avaliação do comportamento dos gastos com saúde segundo funções de saúde e tipo de financiamento. Para estimativas detalhadas, é importante ter acesso a dados mais completos e detalhados com informações individuais. No SUS, há expectativa de avanços no sentido de ter um sistema de dados interconectados e integrados, que permitam detalhamentos da utilização pelo menos por idade e sexo. Além disso, espera-se que as informações da saúde suplementar avancem para permitir a abertura dos dados conforme essas categorias de análise – e que novas pesquisas de saúde e de orçamento das famílias sejam realizadas nos próximos anos. Espera-se, também, que os dados de financiamento e gasto com saúde possam avançar permitindo desagregações por idade e sexo. Essas informações são importantes tanto para entender o padrão de utilização de serviços de saúde no país quanto para ampliar a compreensão sobre o financiamento desses serviços. Além disso, permitem discutir perspectivas do sistema de saúde brasileiro.

## Referências bibliográficas

ALBERTS, J. et al. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. *Social Science and Medicine*, v. 45, n. 2, p. 213-220, 1997.

ALEMAYEHU, B.; WARNER, K. E. The lifetime distribution of health care costs. *Health Services Research*, v. 39, n. 3, p.627-642, 2004.

ALVES, J. E. D. O bônus demográfico e o crescimento econômico no Brasil. *Aparte*, IE/UFRJ, p. 1-6, 2004.

ALVES, J. E. D. Bônus demográfico no Brasil: do nascimento tardio à morte precoce pela Covid-19. *Rev. Bras. Estud. Popul.*, n. 37, p. 1-18, 2020. Disponível em:  
<<https://rebep.org.br/revista/article/view/1650/1049>>. Acesso em: 5 abr. 2022.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.

AQUINO, E. M. L. et al. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Revista de Saúde Pública*, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.

BAERLOCHER, D.; PARENTE, S. L.; RIOS-NETO, E. Economic effects of demographic dividend in Brazilian regions. *The Journal of the Economics of Ageing*, v. 14, 100198, 2019.

BERENSTEIN, C. K.; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 2.301-2.313, out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *Contas de saúde na perspectiva da contabilidade internacional: Conta SHA para o Brasil, 2015 a 2019*. Brasília: Ipea, 2022.

CAMARANO A. A. *Os idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

CANÇADO, E. J. *Perfil etário dos gastos públicos com saúde: uma análise temporal para o Brasil, segundo PIB per capita dos estados, sexo e tipo de gastos*. 121 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

CARVALHO, J. A. M. Regional trends in fertility and mortality in Brazil. *Population Studies*, v. 28, n. 3, p. 401-421, nov. 1974.

CARVALHO, J. A. M.; BRITO, F. A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e

silêncios. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 22, n. 2, jul./dez. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/spzxsNkgnmMrR3m98gLG77p/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 maio 2022.

CASTRO, M. C. et al. Reduction in life expectancy in Brazil after Covid-19. *Nature Medicine*, v. 1, p. 1, 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01437-z>>. Acesso em: 27 maio 2022.

CASTRO, M. S. M. *Utilização das internações hospitalares no Brasil: fatores associados, grandes usuários, reinternações e efeito da oferta de serviços sobre o uso*. 101 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 4, p. 795-811, 2002.

COUTINHO, R. Z. et al. Considerações sobre a pandemia de Covid-19 e seus efeitos sobre a fecundidade e a saúde sexual e reprodutiva das brasileiras. *Revista Brasileira de Estudos de População [on-line]*, v. 37, e0130, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0130>>. Acesso em: 22 maio de 2022.

EVANS, R. G. et al. Apocalypse no: population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal on Aging*, Cambridge, n. 20, supl. 1, p. 160-191, 2001.

FACCHINI, L. A.; COSTA, J. S. D. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 4, p. 360-369, 1997.

FREEBORN, D. K. et al. Consistently high users of medical care among the elderly. *Medical Care*, v. 28, n. 6, p. 527-540, 1990.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Boletim Observatório Covid-19: semanas epidemiológicas 20 e 21 – de 16 a 29 de maio de 2021. [Internet]. 2021c. Disponível em: [portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19](http://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19), Acesso em: 10 jul. 2021.

GETZEN, T. E. Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *J Health Econ*, v. 19, n. 2, p. 259-270, 2000.

GREEN, C. A.; POPE, C. R. Gender, psychosocial factors and the use of medical services: a longitudinal analysis. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 10, p. 1.363-1.372, 1999.

GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, Chicago, v. 80, n. 2, p. 223-255, 1972.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. Estatísticas do século XX no Anuário Estatístico do Brasil, 1985, v. 46, 1985. Disponível em:

<<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP263>>. Acesso em: 21 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico. Tendências demográficas: uma análise dos resultados do censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. p. 83. Disponível em:

<<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP263>>. Acesso em: 21 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeções da população: Brasil e unidades da federação – revisão 2018*. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101597>>. Acesso em: 10 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2017*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2019. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>>. Acesso em: 21 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2001-2009. Séries Históricas e Estatísticas. Disponível em:

<<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP263>>. Acesso em: 15 maio 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2001-2009. Séries Históricas e Estatísticas. Disponível em:

<<https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP264>>. Acesso em: 10 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Conta-satélite de saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1.915-1.928, 2018.

LEE, J. et al. Utilization and cost of ambulatory care services of medical recipients, Bronx. *American Journal of Public Health*, v. 74, n. 12, p. 1.367-1.370, 1984.

- MAPELLI, V. Health needs, demand for health services and expenditures across social groups in Italy: an empirical investigation. *Social Science and Medicine*, v. 36, n. 8, p. 999-1.009, 1993.
- MÉDICI, A. C.; CAMPOS, M. R. Brasil: padrões de morbidade e utilização dos serviços de saúde (uma análise da PNAD/86). *Relatórios Técnicos*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Fundação IBGE, 1992.
- MEIJER, C. et al. The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. *European Journal of Ageing*, v. 10, n. 4, p. 353-361, 2013.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS). *Health United States*, 1995. Hyattsville, Maryland: Public Health Services, 1996.
- NEWBOLD, K. B.; EYKES, J.; BIRCH S. Equity in health care: methodological contributions to the analysis of hospital utilization within Canada. *Social Science and Medicine*, v. 40, n. 9, p. 1.181-1.192, 1995.
- NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 345-366.
- PAIVA, P. T.; WAJNMAN, S. Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 22, n. 2, p. 303-322, jul./dez. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-30982005000200008>>. Acesso em: 25 nov. 2021.
- PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 85-98, 2004.
- PIOLA, S. F. et al. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Brasília: Ipea, 2013 (Texto para Discussão, n. 1.846).
- PHILLIPS, K. A. et al. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, v. 33, n. 3, p. 571-596, 1998.
- REINHARDT, E. U. Does the aging of the population really drive the demand for health care? *Health Aff*, v. 22, n. 6, p. 27-39, 2003. Disponível em: <<https://www.healthaffairs.org/doi/epdf/10.1377/hlthaff.22.6.27>>. Acesso em: 12 dez. 2022.
- RIOS-NETO, E. L. G. Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 22, n. 2, p. 371-408, jul./dez. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-30982005000200012>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ROCHA, R.; FURTADO, I.; SPINOLA, P. *Financing needs, spending projection, and the future of health in Brazil*. *HEALTH ECONOMICS*, v. 30, p. 1082-1094, 2021.

RODRIGUES, C. G. *Dinâmica demográfica e internações hospitalares: uma visão prospectiva para o Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2007 a 2050*. 230 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

RODRIGUES, C. G. et al. Forecasting of mortality and hospital admissions from public healthcare attributable to air pollution in State of São Paulo between 2011 and 2030. *Revista Brasileira de Estudos de População [on-line]*, v. 32, n. 3, p. 489-509, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-3098201500000029>>. Acesso em: 7 ago. 2022.

SANTOS, S. L.; TURRA, C.; NORONHA, K. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População [on-line]*, v. 35, n. 2, e0062, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S102-3098a0062>>. Acesso em: 7 ago. 2022. Epub 25 fev. 2019.

SASSI, M. R.; BÉRIA, J. U. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 819-832, jul./ago. 2001.

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas unidades federadas durante 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1.737-1.750, 2018.

SPIEGEL, A. D.; HYMAN, H. H. *Strategic Health Planning: methods and techniques applied to marketing and management*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation, 1998.

STRUNK, B. C.; GINSBURG, P. B.; BANKER, M. I. The effect of population aging on future hospital demand. *Health Affairs*, Millwood, v. 25, p. w141-w149, jan./jun. 2006. Web exclusive supplement.

TATE, R. B.; MacWILLIAM, L.; FINLAYSON, G. S. A methodology for estimating hospital bed need in Manitoba in 2020. *Canadian Journal on Aging*, Cambridge, v. 24, suppl. 1, p. 141-151, 2004.

VAN de VEN, W. P. M. M. Risk adjustment in competitive health plan markets. In: CULYER, A. J.; NEWHOUSE, J. P. (eds.). *Handbook of health economics*. New York: Elsevier, 2000. v. 1A, p. 755-845.

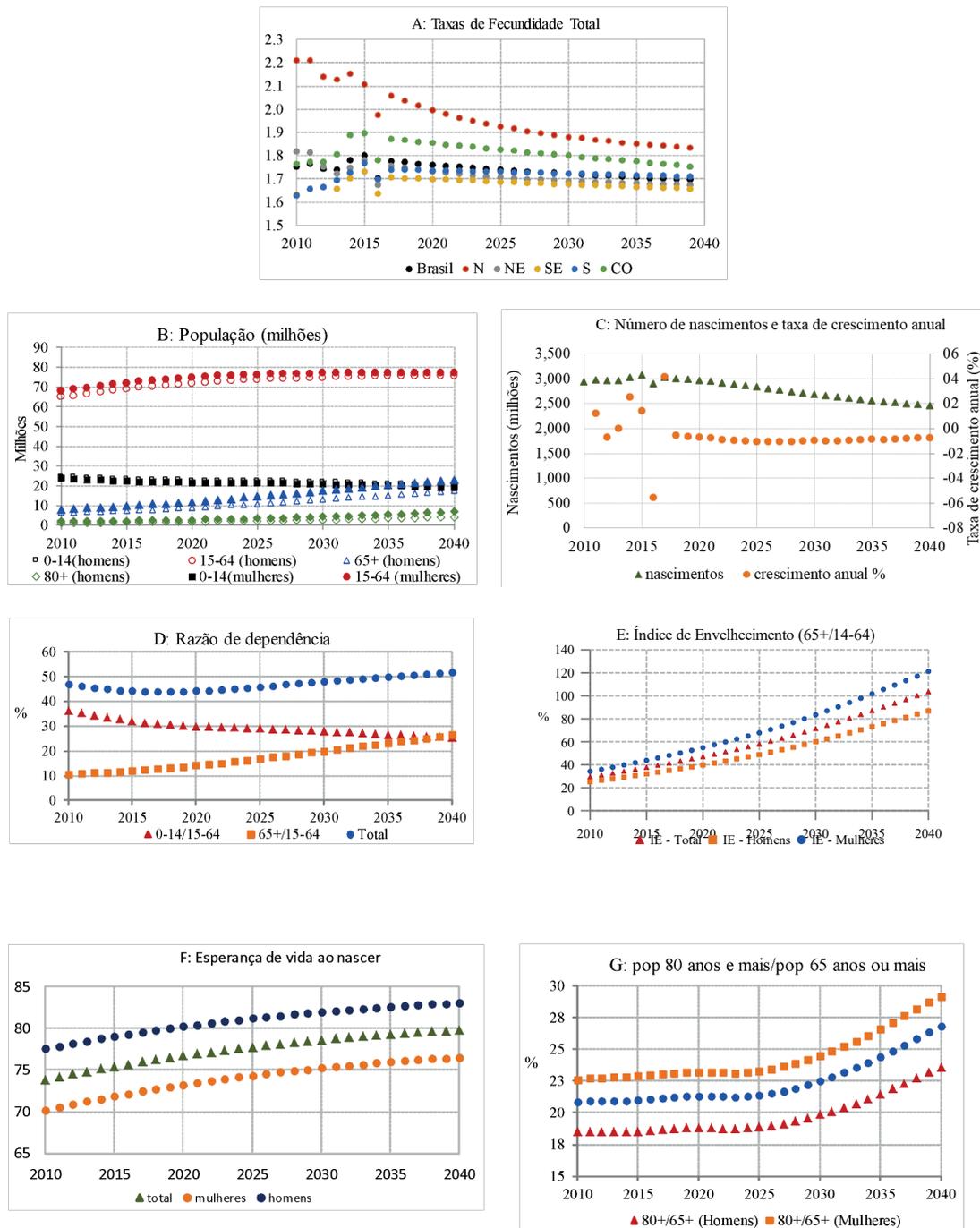
VERBRUGGE, L. M. The twin meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*, v. 30, n. 3, p. 282-304, 1989.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1.751-1.762, 2018.

VIEIRA, F. S. Health financing in Brazil and the goals of the 2030 Agenda: high risk of failure. *Revista de Saúde Pública [on-line]*, v. 54, 127, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>>. Acesso em: 7 ago. 2022. Epub 14 dez. 2020.

## Apêndice A – Indicadores de mudança demográfica

Figura A.1 – Indicadores de mudança demográfica, Brasil, 2010 a 2060



Fonte: Projeções populacionais do IBGE, versão 2018; IBGE (2018).

## Apêndice B – Metodologia e dados para projeção dos gastos por função de saúde agregada

Podemos descrever o gasto total com cuidados da função  $j$  ( $j$  = ambulatorial, hospitalar, odontológicos...), dado pela equação

$$G_{jt} = \sum_{i=0}^w G_{ji,t} = \sum_{i=0}^w (s_{ji,t} * c_{ji,t}) * p_{i,t} \quad (1)$$

onde  $G_{ji,t}$  é o gasto total observado entre pessoas de idade  $i$ , determinado pelo produto entre:  $p_{i,t}$  (número de pessoas na idade  $i$ );  $s_{ji,t}$  (o número médio de serviços utilizados por pessoa); e  $c_{ji,t}$  (custo médio dos serviços  $j$  para as idades  $i$ ). O termo entre parênteses na equação 1 fornece o gasto *per capita* com cuidados da função  $j$  para cada grupo etário  $i$  ( $g_{ji,t}$ ):

$$g_{ji,t} = s_{ji,t} * c_{ji,t} \quad (2)$$

Assim, para projetar o gasto em saúde para 2040, como dito, foi utilizado o gasto para 2019 e a projeção da população para 2040. Assim, teríamos o gasto com cuidados  $j$ , em 2040, dados por

$$G_{j2040} = \sum_{i=0}^w (s_{ji,2019} * c_{ji,2019}) * p_{ji,2040} = \sum_{i=0}^w (g_{ji,2019} * p_{i,2040}) \quad (3)$$

Parte dos dados da Conta SHA por funções de cuidados em saúde (HC) e regime de financiamento (HF 1 a 3) está na Tabela A.1 (A.1.1 e A.1.2). Esses dados são combinados com informações da POF, do SIA-SUS, SIH-SUS e da PNS conforme procedimentos detalhados a seguir.

Tabela B1 – Despesas correntes (em R\$ milhões) do SUS (HF 1.1),\* dos planos e seguros de saúde (HF 2.1)\* e das famílias (HF 3.1), segundo funções de cuidados de saúde (ICHA-HC) – Brasil, 2019

HC - Função de cuidados de saúde	SUS (HF 1.1)		Planos e seguros (HF 2.1)		Famílias (HF 3.1)	
	Gasto	Peso (%)	Gasto	Peso (%)	Gasto	Peso (%)
<b>HC 1 - Atenção curativa</b>	<b>177.683</b>	<b>64,1</b>	<b>129.665</b>	<b>61,3</b>		
HC 1.1 - Internações gerais	69.974	25,2	72.024	34,1		
HC 1.2 - Hospital dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo) ***	579	0,2	4.002	1,9		
HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial	103.514	37,3	53.640	25,4		
HC 1.3.1 - Atenção curativa ambulatorial básica	45.950	16,6	7.164	3,4		
HC 1.3.1.1 - Atenção ambulatorial básica	36.343	13,1	2.878	1,4		
HC 1.3.1.2 - Atenção ambulatorial básica - Urgência	9.607	3,5	41.663	19,7		
HC 1.3.2 - Atenção ambulatorial odontológica +	7.041	2,5	35.229	16,7		
HC 1.3.3 - Atenção ambulatorial especializada (exceto reabilitação e longo prazo)	50.399	18,2	6.434	3,0		
HC 1.3.3.1 - Atenção ambulatorial especializada	37.719	13,6	-	-		
HC 1.3.3.2 - Atenção ambulatorial especializada - Emergência	12.680	4,6	-	-		
HC 1.3.4 - Atendimento curativo ambulatorial - práticas alternativas	1	0,0	-	-		
HC 1.3.9 - Atenção ambulatorial - não especificado	123	0,0	1.934	0,9		
HC 1.4 - atendimentos gerais em domicílio	3.616	1,3	-	-		
<b>HC 2 - atendimentos de reabilitação</b>	<b>3.032</b>	<b>1,1</b>	<b>3.143</b>	<b>1,5</b>		
HC 2.1 - Internações em reabilitação	561	0,2	0	0,0		
HC 2.2 - Hospital-dia em reabilitação	-	-	0	0,0		
HC 2.3 - atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial	1.962	0,7	3.143	1,5		
HC 2.4 - atendimentos domiciliares em reabilitação	-	-	0	0,0		
HC 2.9 - atendimentos de reabilitação não especificado	509	0,2	-	-		
<b>HC 3 - Cuidados de longo prazo</b>	<b>3.592</b>	<b>1,3</b>	<b>6.483</b>	<b>3,1</b>		
HC 3.1 - Internações de longo prazo e psicossociais	1.402	0,5	2.076	1,0		
HC 3.2 - Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais	1.323	0,5	571	0,3		
HC 3.3 - atendimentos ambulatoriais de longo prazo e psicossociais	147	0,1	2.013	1,0		
HC 3.4 - Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares	720	0,3	1.823	0,9		
<b>HC 4 - Atividades complementares de diagnóstico e tratamento</b>	<b>34.239</b>	<b>12,3</b>	<b>37.009</b>	<b>17,5</b>		
HC 4.1 - Exames laboratoriais clínicos e anatomopatológicos	18.786	6,8	14.735	7,0		
HC 4.2 - Exames de imagem e métodos gráficos	12.526	4,5	21.251	10,1		
HC 4.3 - Transporte de pacientes, inclusive subsídios e emergência	2.585	0,9	1.023	0,5		
HC 4.3.1 - Transporte de pacientes, inclusive subsídios	1.454	0,5	-	-		
HC 4.3.2 - Transporte de pacientes - Emergência	1.130	0,4	-	-		
HC 4.9 - Outras atividades complementares ao diagnóstico e tratamento	342	0,1	-	-		
<b>HC 5 - Medicamentos e artigos médicos</b>	<b>14.289</b>	<b>5,2</b>	<b>3.357</b>	<b>1,6</b>		
HC 5.1 - Medicamentos e artigos médicos não duráveis	10.297	3,7	25	0,0		
HC 5.1.1 - Medicamentos com obrigatoriedade de prescrição	8.334	3,0	-	-		
HC 5.1.2 - Medicamentos sem obrigatoriedade de prescrição	1.964	0,7	-	-		
HC 5.2 - Órteses, próteses e outros dispositivos médico-hospitalares	2.285	0,8	3.332	1,6		
HC 5.2.1 - Óculos, lentes e produtos oftalmológicos	19	0,0	-	-		
HC 5.2.2 - Próteses e outros dispositivos para audição	433	0,2	-	-		
HC 5.2.3 - Órteses e outros dispositivos para ortopedia e mobilidade	409	0,1	-	-		
HC 5.2.4 - Órteses e outros dispositivos para saúde bucal	644	0,2	-	-		
HC 5.2.9 - Outras órteses e dispositivos não especificados anteriormente	780	0,3	-	-		
HC 5.3 - Atividades complementares à obtenção de produtos médicos e tecidos humanos	1.707	0,6	-	-		
<b>HC 6 - Atividades de prevenção, promoção e vigilância em saúde</b>	<b>27.538</b>	<b>9,9</b>	<b>2.294</b>	<b>1,1</b>		
HC 6.1 - Programas de Informação, educação e aconselhamento	5.846	2,1	1.049	0,5		
HC 6.2 - Programas de imunização	7.290	2,6	0	0,0		
HC 6.3 - Programas para detecção precoce de doenças	622	0,2	537	0,3		
HC 6.4 - Programas de monitoramento de populações saudáveis	10.036	3,6	708	0,3		
HC 6.5 - Programas de controle de vigilância epidemiológica e de risco e doença	3.741	1,3	0	0,0		
HC 6.6 - Progr. Recup. desastres e resp. emergenciais	2	0,0	0	0,0		
<b>HC 7 - Gestão e regulação do sistema de saúde</b>	<b>15.217</b>	<b>5,5</b>	<b>29.432</b>	<b>13,9</b>		
HC 7.1 - Gestão do sistema de saúde	13.913	5,0	-	-		
HC 7.2 - Regulação do sistema de saúde	1.304	0,5	-	-		
<b>HC 9 - Outras atividades de saúde não classificadas</b>	<b>1.801</b>	<b>0,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>		
HC 9.9 - Outras atividades de saúde não especificadas anteriormente	1.801	0,6	-	-		
<b>TODAS AS FUNÇÕES</b>	<b>277.390</b>	<b>100,0</b>	<b>211.383</b>	<b>100,0</b>	<b>176.753</b>	<b>100,0</b>

Fontes: Brasil (2022) - Ministério da Saúde, IPEA, Fiocruz, 2022. Informações retiradas das Tabelas 2, 12 e 23 de Brasil (2022).

\*HF 1.1: terminologia adota para Sistemas Universais de Saúde (SUS, no caso do Brasil); HF 2.1 : Planos e seguros de saúde voluntários suplementares (regulados pela ANS); HF 3.1 Desembolso direto não relacionado a terceiros

Fontes: Brasil (2022) - Ministério da Saúde, IPEA, Fiocruz, 2022. Informações retiradas das Tabelas 2, 12 e 23 de Brasil (2022).

\*HF 1.1: terminologia adota para Sistemas Universais de Saúde (SUS, no caso do Brasil); HF 2.1 : Planos e seguros de saúde voluntários suplementares (regulados pela ANS); HF 3.1 Desembolso direto não relacionado a terceiros

Tabela B2 - Composição dos grupos de cuidado selecionados para a projeção segundo funções de saúde

Grupo: gasto	Funções selecionadas para projeções	Planos e seguros			
		gasto	%	gasto	%
Internações	HC 1.1 - Internações gerais	69.974	25,23	72.024	34,07
	HC 1.2 - Hospital dia para diagnóstico e tratamento (exceto reabilitação e de longo prazo)	579	0,21	4.002	1,89
	HC 2.1 - Internações em reabilitação	561	0,20	0	0,00
	HC 2.2 - Hospital-dia em reabilitação		0,00	0	0,00
	HC 3.1 - Internações de longo prazo e psicossociais	1.402	0,51	2.076	0,98
	HC 3.2 - Hospital-dia para cuidados de longo prazo e psicossociais	1.323	0,48	571	0,27
Ambulatoriais	HC 1.3 - Atenção curativa ambulatorial	103.514	37,32	53.640	25,38
	HC 2.3 - atendimentos de reabilitação em regime ambulatorial	1.962	0,71	3.143	1,49
	HC 2.4 - atendimentos domiciliares em reabilitação		0,00	0	0,00
	HC 2.9 - atendimentos de reabilitação não especificado	509	0,18		0,00
	HC 3.3 - atendimentos ambulatoriais de longo prazo e psicossociais	147	0,05	2.013	0,95
	HC 3.4 - Cuidados de longo prazo e psicossociais domiciliares	720	0,26	1.823	0,86
Medicamentos e outros	HC 4 - Atividades complementares de diagnóstico e tratamento	34.239	12,34	37.009	17,51
	HC 5 - Medicamentos e artigos médicos				
Total	Percentual do gasto coberto pelas projeções	214.930	77,48	176.300	83,40

Fontes: Brasil (2022) - Ministério da Saúde, IPEA, Fiocruz. 2022. Informações retiradas das Tabelas 2. 12 e 23 de Brasil (2022).

Os procedimentos detalhados para obtenção de  $G_j, 2040$ , para homens e mulheres, são descritos nos passos 1 a 6. O índice  $j$  indica o tipo de cuidado analisado (grupo funcional), sendo  $j =$  internações, ambulatoriais e remédios.

1) Foi estimada a estrutura dos gastos por idade e sexo em 2019: proporção de gastos com cuidado  $j$  por idade e sexo, usando as bases complementares.

2) A estrutura estimada no passo 1 foi aplicada nos gastos totais com cuidado  $j$  estimados nas Contas SHA-2019 (BRASIL, 2022), para se obter o gasto total por idade e sexo:  $G_{ji, 2019}$ .

3) Foram estimados  $g_{ji, 2019}$  (gasto *per capita*) para 2019 pelo quociente entre  $G_{ji, 2019}$ , obtido no passo 2, e a população por idade e sexo ( $p_{i, 2019}$ ), estimada pelo Ministério da Saúde/Datasus:  $g_{ji, 2019} = G_{ji, 2019} / p_{i, 2019}$ . Deve-se observar que  $g_{ji, 2019}$  é o gasto *per capita* pelo tipo de financiamento considerado (SUS, plano ou seguro,

desembolso direto). Ele não representa o custo médio do cuidado utilizado, mas a média de gastos por idade considerando-se toda a população exposta a cada tipo de financiamento e não apenas a população que recebeu o cuidado.

4) Foram estimados os gastos totais por idade em 2040:  $G_{ji,2040} = g_{ji,2019} * p_{i,2040}$

5) Foi estimado o gasto total para o grupo  $j$ :  $G_{j,2040} = \sum_{i=0}^{80+G_{j,2040}} \square$

O SIA e o SIH-SUS foram usados para estimativas de estrutura etária e por sexo dos cuidados ambulatoriais e das internações, respectivamente. Como não houve desagregação por tipo ou função de saúde, o pressuposto é que a estrutura de utilização e dos gastos, assim como os gastos médios por idade e sexo, está constante para todos os tipos de cuidado que compõem os gastos com internações e ambulatoriais. Esses dados foram usados para as estimativas do SUS.

Para os ambulatoriais, o SIA não registra informações desagregadas por idade e sexo para todos os procedimentos realizados. Existem três grupos de documentos de registro que dão origem a essas informações:

1) Boletim de Produção Ambulatorial (BPA): aplicativo de captação do atendimento ambulatorial composto de dois módulos de captação, BPA consolidado (BPA-C) e BPA individualizado (BPA-I);

2) Autorização de Procedimentos Ambulatoriais (APAC): aplicativo de captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados os procedimentos que exigem autorização prévia do gestor local para sua execução (maioria dos procedimentos da alta complexidade e alguns da média complexidade).

3) Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS): aplicativo de captação do atendimento ambulatorial no qual são registrados procedimentos de atenção psicossocial, financiados por meio de incentivos da política da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No caso do BPA-C, 79% dos gastos registrados não são desagregados por idade e sexo (Tabela A.1.2). O referido boletim é responsável por cerca de 42% dos gastos ambulatoriais; os seus dados sem desagregação respondem por 33,3% dos gastos totais. Desse modo, a estrutura de gastos por idade e sexo dos gastos ambulatoriais foi estimada usando aproximadamente 66,7% das informações do SIA. Cançado (2020) analisou os dados do SIA e constatou que grande parte dos dados sem informações de idade e sexo refere-se a procedimentos clínicos e de diagnóstico, enquanto os procedimentos com dados individualizados concentram-se em consultas e medicamentos. Assim, considera que se os procedimentos estiverem relacionados entre si, a falta de informação individualizada poderia modificar o gasto médio por pessoa, mas não a estrutura dos gastos por idade e sexo. Desse modo, espera-se que os problemas sejam minimizados, já que estamos usando os dados apenas para distribuir os gastos por idade e sexo, enquanto o valor *per capita* é estimado com base nos montantes das Contas SHA.

Tabela B3 – Distribuição (%) dos gastos SIA-SUS por idade, segundo o tipo de documento de registro – Brasil, 2019

Faixa etária	Documento de Registro no SIA					Total
	BPA-C	BPA-I	APAC - Procedimento Principal	APAC - Procedimento Secundário	RAAS	
Menor 1 ano	3,02	1,22	0,09	0,26	0,04	1,60
1 a 4 anos	0,99	3,15	0,80	1,02	0,29	1,45
5 a 9 anos	0,88	3,66	1,99	1,56	1,36	1,91
10 a 14 anos	0,76	3,35	3,22	2,54	1,76	2,19
15 a 19 anos	0,91	3,99	1,66	1,93	3,95	1,91
20 a 24 anos	1,03	5,04	1,57	2,05	6,43	2,19
25 a 29 anos	0,97	4,99	2,19	2,40	8,20	2,36
30 a 34 anos	1,15	5,59	3,25	3,19	13,20	2,92
35 a 39 anos	1,25	6,40	4,59	4,41	12,77	3,61
40 a 44 anos	1,24	7,08	5,90	5,19	14,75	4,20
45 a 49 anos	1,16	7,82	7,45	6,76	8,95	4,86
50 a 54 anos	1,29	8,94	9,48	8,96	11,51	5,88
55 a 59 anos	1,22	9,26	11,10	10,81	8,59	6,49
60 a 64 anos	1,33	8,99	12,38	12,01	4,25	6,90
65 a 69 anos	1,11	7,70	12,15	11,95	1,16	6,42
70 a 74 anos	0,85	5,56	9,70	10,03	1,49	4,99
75 a 79 anos	0,57	3,74	6,78	7,45	0,54	3,46
80 anos e mais	1,18	3,52	5,70	7,46	0,77	3,33
Não informada/não exigida	79,11	0,00	0,00	0,00	0,00	33,34
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Quanto ao sistema suplementar, a estrutura de gastos por idade e sexo e gji,2019 foi estimada usando dados ABI-ANS. Essas bases provêm dos dados de serviços hospitalares e ambulatoriais dos beneficiários de planos ou seguros de saúde que tenham sido financiados pelo SUS. Trata-se de informações utilizadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras. Como é uma subamostra não aleatorizada de todos os beneficiários, ela pode conter viés na estrutura e gasto médio por idade. No entanto, dada a dificuldade de obtenção de dados mais adequados, esse procedimento foi adotado considerando-se que a estrutura dada pelos dados ABI seja mais representativa, comparativamente àquela obtida para o SUS por meio do SIH e do SIA.

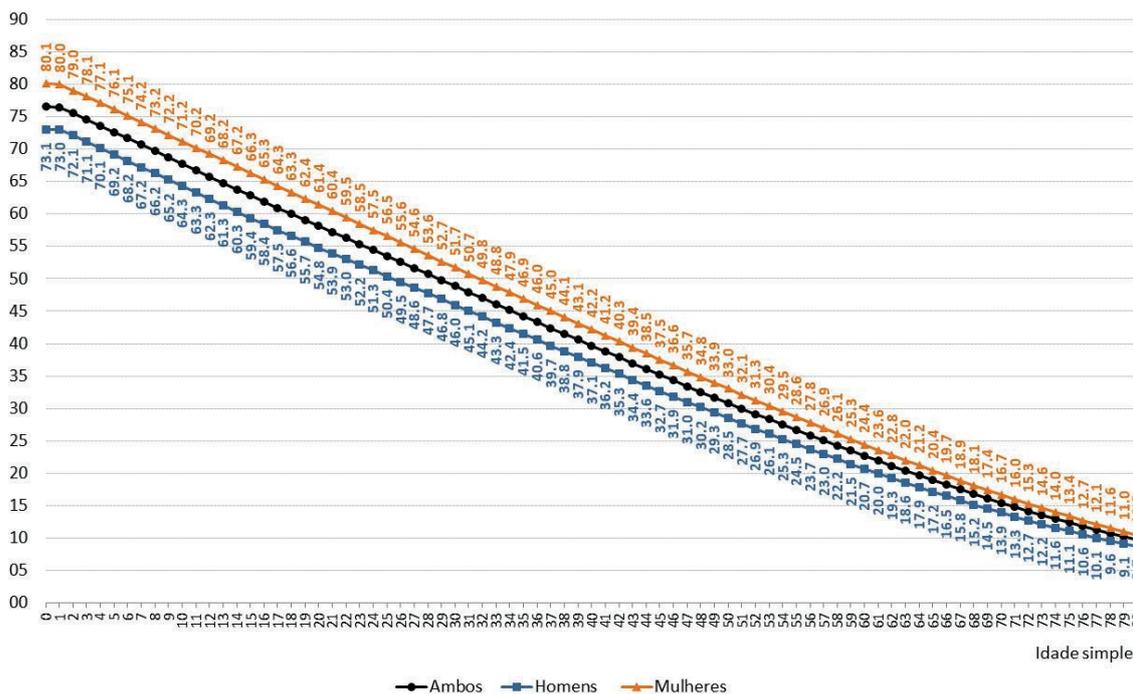
Para estimar a população usuária de planos ou seguros de saúde, utilizou-se a taxa de cobertura com base na PNS-2019. A partir disso, foi calculada a população coberta exclusivamente pelo SUS, chamada população SUS, excluindo-se o número de beneficiários da população total. Embora a cobertura do SUS seja integral e universal, esse procedimento foi adotado para que não houvesse contagem dupla dos gastos de usuários dos planos e seguros de saúde, partindo do suposto de que haja ressarcimento dos gastos dessa população quando utilizado serviço financiado pelo SUS. Esse procedimento não tem efeitos sobre a variação relativa dos gastos ao longo do tempo, já que a cobertura por planos e seguros está mantida constante. Caso tivesse sido adotada a população total para as estimativas SUS, os custos médios dos serviços seriam menores que os estimados para 2019 e 2040. Isso alteraria os gastos totais de 2019 e 2040 na mesma proporção, e o crescimento relativo dos gastos entre os períodos não se alteraria.

A POF foi usada para construir a estrutura de gastos por idade e sexo e dos gastos médios das famílias por grupo etário. Consideraram-se apenas os gastos com cuidado ambulatorial e com medicamentos, uma vez que os gastos hospitalares com desembolso direto são muito pequenos e a amostra é pequena para desagregação

por idade e sexo. Como não há discriminação de gastos para idades de 0 a 9 anos, os valores para essas faixas foram estimados por meio de regressão em razão dos gastos do chefe. Foram incluídas *dummies* para as faixas 0 a 4 e 5 a 9 anos e variáveis de controle (raça/cor, situação de domicílio, região, idade e escolaridade do chefe). Os valores imputados para as crianças nessas idades foram descontados dos gastos dos chefes.

## Apêndice C – Metodologia e dados para estimativas dos gastos com internações no ciclo de vida

Figura C1 – Esperança de vida da idade a, Brasil 2019



Fonte: IBGE – Tábua Completa de Mortalidade 2019.



Este livro foi editado em acesso aberto, podendo ser baixado e acessado *online* em *tablets*, *smartphones*, telas de computadores e em leitores de *ebooks*.

Produção Multimeios | Ict | Fiocruz

Textos compostos em Myriad Pro, Barlow e Geneva.

Rio de Janeiro, abril de 2023.

ISBN 978-65-87663-10-4



9 786587 663104

REALIZAÇÃO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde