

Envelhecimento e atenção à dependência no Brasil

Fabiana da Mota Peroni
Larissa C. Gruchovski Veríssimo
Leonardo Goes Shibata
Natalia Aranco

Divisão de Proteção Social y
Saúde

NOTAS
TÉCNICAS Nº
IDB-TN-02677

Envelhecimento e atenção à dependência no Brasil

Fabiana da Mota Peroni
Larissa C. Gruchovski Veríssimo
Leonardo Goes Shibata
Natalia Aranco

Março 2023

Catálogo na fonte fornecida pela
Biblioteca Felipe Herrera do
Banco Interamericano de Desenvolvimento
Envelhecimento e atenção à dependência no Brasil / Fabiana da Mota Peroni, Larissa
C. Gruchovski Veríssimo, Leonardo Goes Shibata, Natalia Aranco.
p. cm. — (Nota técnica do BID; 2677)
Inclui referências bibliográficas.
1. Population aging-Brazil. 2. Older people-Services for-Brazil. 3. Older people-Care-
Brazil. 4. Older people-Government policy-Brazil. 5. Brazil-Social policy. 6. Medical
care-Brazil. I. Peroni, Fabiana da Mota. II. Gruchovski Veríssimo, Larissa C. III. Goes
Shibata, Leonardo. IV. Aranco, Natalia. V. Banco Interamericano de
Desenvolvimento. Divisão de Proteção Social y Saúde. VI. Série.
IDB-TN-2677

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desenvolvimento. Esta obra está licenciada sob uma licença Creative Commons
IGO 3.0 Atribuição-NãoComercial-SemDerivações (CC BY-NC-ND 3.0 IGO) ([http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/
legalcode](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode)) e pode ser reproduzida com atribuição ao BID e para qualquer finalidade não comercial. Nenhum trabalho derivado é
permitido.

Qualquer controvérsia relativa à utilização de obras do BID que não possa ser resolvida amigavelmente será submetida à
arbitragem em conformidade com as regras da UNCITRAL. O uso do nome do BID para qualquer outra finalidade que não a
atribuição, bem como a utilização do logotipo do BID serão objetos de um contrato por escrito de licença separado entre o BID e o
usuário e não está autorizado como parte desta licença CC-IGO.

Note-se que o link fornecido acima inclui termos e condições adicionais da licença.

As opiniões expressas nesta publicação são de responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição do Banco
Interamericano de Desenvolvimento, de sua Diretoria Executiva, ou dos países que eles representam.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/SocialProtection

Envelhecimento e atenção à dependência no Brasil

Fabiana da Mota Peroni, Larissa C. Gruchovski Veríssimo, Leonardo Goes Shibata, Natalia Aranco¹

Resumo

O Brasil está passando por um rápido processo de envelhecimento populacional, tal como outros países da América Latina e do Caribe. A transição demográfica, junto da melhoria das condições de vida da população nas últimas décadas, tem assegurado um aumento sem precedentes na esperança de vida dos brasileiros. Espera-se que a população com mais de 65 anos de idade aumente dos 13% atuais para 22% em 2050.

Este envelhecimento da população traz consigo desafios, um deles é como responder a uma procura crescente por serviços de atenção a longo prazo num contexto de redução das redes de cuidado tradicional. Na prática, 10,5% das pessoas com 65 anos ou mais estão em situação de dependência funcional, e a porcentagem sobe para 29% entre os idosos com mais de 85 anos. Em termos absolutos, isto significa mais de 2 milhões de pessoas com mais de 65 anos e com dificuldades para realizar atividades básicas da vida diária, sendo que este número pode chegar a mais de 6 milhões de pessoas até 2050.

Este relatório apresenta uma visão geral do envelhecimento da população brasileira - com enfoque na dependência funcional - e analisa o papel do Estado na resposta à procura de cuidados de longa duração, bem como a oferta de serviços públicos e privados disponíveis no país.

Devido ao modelo de organização federalista do Brasil, no qual os municípios e estados têm autonomia para aderir aos programas e políticas do governo federal, as ações não são homogêneas em todo o território. Com o objetivo de apresentar uma análise que mostra a heterogeneidade da realidade brasileira, escolhemos tomar como exemplo um estudo de caso do estado de São Paulo e de três dos seus municípios (São Paulo, Caraguatatuba e Taguaí), com populações de diferentes tamanhos.

O estudo revela que existem áreas importantes que se beneficiariam de melhorias, tanto na cobertura como na qualidade dos serviços de atenção à dependência dirigidos a pessoas idosas. Apesar de alguns esforços a nível local, o país ainda não dispõe de um sistema de cuidados integrados a nível nacional com respaldo legal e institucional. Os serviços de atenção à dependência para pessoas idosas estão majoritariamente integrados no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), com alguns outros oferecidos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹ Fabiana de Mota Peroni, Larissa Veríssimo e Natalia Aranco são consultoras externas da Divisão de Proteção Social e Saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), com os seguintes e-mails: larissacgv@gmail.com, fmperoni@gmail.com, nataliaara@iadb.org. Leonardo Goes Shibata é especialista em saúde do BID e tem como contato o e-mail: leonardogoe@iadb.org. Esta nota começou a ser escrita em outubro de 2018; sendo realizada com fundos do Estudo Econômico e Setorial "Envelhecimento e Cuidado de Longo Prazo" (RG-E1488) do BID. Agradecemos a Marco Stampini, Pablo Ibararán, Márcia Rocha, Ferdinando Regalía, pelos seus importantes comentários. Também a Andrea Monaco, Franceso Maria Chiodi, Francesca Capparuci e Sofia Chiarucci da EUROsociAL+. Nosso reconhecimento a Claudia Fló, Maria Cristina Hoffmann, Diego Ferreira, Paola Pastrello, Nivaldo Carneiro e aos gestores dos municípios de São Paulo, Caraguatatuba e Taguaí pela sua ajuda na compreensão das políticas e ações públicas destinadas à população adulta idosa dependente. Finalmente, Alejandra Adoum pela edição do documento em espanhol e Wagner Rech pelo design da capa. Quaisquer erros e omissões são deslizes exclusivamente nossos. O conteúdo e as conclusões deste documento refletem as opiniões dos autores e não as do BID, do seu Conselho de Administração ou dos países por eles representados.

Os cuidados de caráter domiciliar são predominantes, com uma participação majoritária do setor privado na prestação desses serviços. De fato, apenas 2% das aproximadamente 7.000 instituições de longa permanência do país são públicas. Estas atendem a idosos com mais de 60 anos de idade, com diferentes graus de dependência, que não podem morar com as suas famílias.

Os Centros Dia são também uma parte significativa da oferta pública de serviços para a população idosa dependente, com 1.640 centros registrados em 2018 (a maioria deles na região sudeste). Estes centros atendem quase 14.500 pessoas dependentes ou pessoas com deficiências.

Por último, destaca-se a falta de serviços de cuidados domiciliares. O Programa Melhor em Casa do SUS foi concebido para também cuidar dos idosos que não podem sair das suas casas, mas o seu enfoque é exclusivamente nos cuidados de saúde, e não oferece apoio na realização de atividades diárias ou outro tipo de apoio social.

Esta nota técnica é publicada em conjunto entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Programa EUROsociAL da União Europeia, como parte de uma série de estudos sobre o envelhecimento e atenção a pessoas em situações de dependência, que estão disponíveis no site do BID "Panorama de Envelhecimento e Atenção à Dependência"².

Palavras-chave: envelhecimento, idosos, dependência funcional, atenção à dependência, cuidados, cuidados de longa duração, políticas públicas, Brasil.

Classificação JEL: H5, I18, J14, J18.

² <https://www.iadb.org/es/panorama/sobre-el-panorama>.

Contenido

Seção 1. Demanda por serviços de atenção à dependência	4
1.1 O processo de envelhecimento e os seus desafios	4
1.2 Condições de saúde, deficiência e dependência funcional da população idosa	5
1.2.1 Esperança de vida e anos de vida saudável.....	5
1.2.2 Prevalência de dependência funcional entre pessoas idosas.....	6
1.2.3 Características de saúde das pessoas idosas com dependência funcional.....	9
1.3 Características socioeconômicas da população idosa	10
Seção 2. O papel do setor público na provisão de serviços para pessoas idosas com dependência a nível federal	11
2.1 Serviços residenciais	12
2.2 Centros Dia	13
2.3 Outros serviços para a população idosa dependente	14
<i>Teleassistência</i>	14
2.4 Serviços de apoio a cuidadores remunerados e não remunerados	15
2.5 O papel do setor público na regulação da qualidade dos serviços	15
2.5.1 Regulamentação relativa às instituições de longa permanência.....	15
2.5.2 Ações relacionadas com a formação de recursos humanos.....	16
Seção 3. Políticas públicas e programas para idosos dependentes no estado de São Paulo: um estudo de caso	16
3.2 Oferta de serviços para idosos dependentes do município de São Paulo	17
3.3 Oferta de serviços para idosos dependentes no município de Caraguatatuba	18
3.4 Oferta de serviços para idosos dependentes no município de Taguaí	19
Seção 4. Oferta de cuidados de saúde do setor privado com e sem fins lucrativos para pessoas idosas com dependência funcional no Brasil	19
4.1 Serviços residenciais privados para idosos	20
4.2 Serviços de cuidados domiciliares	20
4.3 Serviços de Centros Dia	20
4.4 Teleassistência	20
4.5 Cuidadores de idosos no Brasil	21
4.5.2 Cuidadores remunerados.....	21

Introdução

O Brasil encontra-se em um dos processos de envelhecimento mais rápidos do mundo: 13% da sua população tem mais de 65 anos de idade e espera-se que este número aumente para 22% até 2050. Um dos principais desafios de uma população em envelhecimento é a necessidade crescente de serviços de atenção à dependência destinados a apoiar os idosos nas suas atividades de vida diária.

O Brasil, através dos serviços oferecidos no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe de alguns programas dirigidos à população idosa com dependência funcional. No entanto, estes são limitados, a sua oferta é desigual pelo território nacional, possuem problemas de qualidade e são destinados principalmente à população em condição socioeconômica de vulnerabilidade.

O objetivo deste estudo é apresentar uma visão geral da situação da demanda e da oferta de serviços de atenção aos idosos no país, o papel do Estado na prestação e regulamentação destes serviços, bem como o envolvimento do setor privado neste âmbito.

A seção 1 analisa os fatores que afetam a procura de serviços de atenção à dependência relacionados com o processo de envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas no país. A Seção 2 faz uma descrição das políticas públicas, programas e ações desenvolvidas pelo governo em diferentes áreas, principalmente no que diz respeito à saúde e à assistência social. A seção 3 apresenta um estudo de caso do Estado de São Paulo e três municípios com diferentes dimensões populacionais, selecionados de entre os 645 municípios que o compõem. O objetivo é demonstrar que, devido à divisão político-administrativa do país e à relativa autonomia das entidades federadas, certos fatores como a liderança, ou a capacidade técnica e orçamental local, influenciam na oferta de serviços no território. A seção 4 descreve a provisão privada - de organizações com e sem fins lucrativos - que está em crescimento no país. A Seção 5 apresenta as conclusões do estudo.

Seção 1. Demanda por serviços de atenção à dependência

1.1 O processo de envelhecimento e os seus desafios

O Brasil se encontra em um estágio avançado de transição demográfica. Como resultado da contínua diminuição das taxas de natalidade e da melhoria da expectativa de vida, a proporção de pessoas com mais de 65 anos de idade na população total aumentou de 4,5% em 1990 para 13% em 2021, e espera-se que este número atinja quase 22% em 2050 (United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division [UN DESA] 2022). Além disso, os avanços na prevenção, diagnóstico e tratamento de certas doenças que normalmente aparecem na vida adulta estão prolongando a vida dos idosos, dando origem ao que é conhecido como "envelhecimento do envelhecimento". Assim, enquanto em 1990, 13% da população tinha mais de 65 anos ou máximo 80 anos, em 2021 o número era de 17%, e espera-se que atinja 26% em 2050 (UN DESA, 2022)³.

À medida que as pessoas envelhecem, é mais provável que sejam afetadas em sua autonomia e, portanto, requerem apoio na realização de certas atividades diárias. Este aumento na demanda potencial de cuidados por parte das pessoas idosas está ocorrendo num contexto de feminização do envelhecimento ou, em outras palavras, do incremento na proporção de mulheres em relação ao total da população. Enquanto as mulheres são 51% da população total, elas representam 57% das pessoas com mais de 65 anos de idade, uma proporção que sobe para 63% entre as pessoas com 80 anos ou mais (UN DESA, 2022). Esta característica levanta uma importante dimensão de gênero na hora

³ Revisão de 2022. As projeções até 2050 correspondem ao cenário de estimativa da variante média. (*medium variant*).

de analisar as lacunas entre a demanda e a oferta de serviços de cuidado de longo prazo, já que as mulheres não só têm maior probabilidade de precisar desses serviços, como também são as principais provedoras de cuidados.

Essas considerações gerais escondem especificidades diversas do território. Um olhar sobre as cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul) mostra que as regiões Sudeste e Sul são aquelas que concentram o maior número de idosos e também as que apresentam os indicadores de desenvolvimento econômico e social mais avançados, medidos pelos níveis de Produto Interno Bruto (PIB) per capita e pelo Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (IBGE, 2019a). Apesar das diferenças, de acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019a), até 2050 todas as regiões experimentarão um aumento substancial - em termos absolutos e relativos - da população idosa (Tabela 1).

Tabela 1. População com 60 anos ou mais por região entre 2015 e 2050

Região	2015		2030		2050	
	Total	%	Total	%	Total	%
Norte	1.332.049	7,6	2.479.617	12	4.949.822	21,3
Nordeste	6.270.803	11,2	9.948.260	16,6	16.348.353	27,4
Sudeste	11.753.971	13,7	19.679.578	20,9	29.524.356	30,6
Sul	4.105.065	14,1	7.004.043	21,9	10.128.291	30,8
Centro-Oeste	1.576.464	10,2	3.011.349	16,4	5.314.823	25,9
Brasil	25.038.352	12,3	42.122.847	18,7	66.265.645	28,4

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019a).

O restante desta seção oferece um panorama mais detalhado dos principais fatores determinantes da demanda por serviços de atenção à dependência de longa duração. A análise tenta levar em conta a diversidade geográfica do país, apresentando dados e estatísticas diferenciadas por região, sempre que as informações disponíveis permitam e as diferenças entre regiões o justifiquem.

1.2 Condições de saúde, deficiência e dependência funcional da população idosa

1.2.1 Esperança de vida e anos de vida saudável

Nos últimos 30 anos, a expectativa de vida ao nascer aumentou em quase 7 anos, de 66 em 1990 para 76,9 em 2021, com uma diferença de mais de 6 anos entre homens e mulheres (73,5 e 80,4 anos, respectivamente). Há diferenças de até 5 anos na expectativa de vida ao nascer por região, com o Sul e o Sudeste no topo do ranking e o Nordeste e o Norte na base.

Parte das melhorias observadas se deve ao aumento da expectativa de vida dos idosos, uma vez que as principais causas de mortalidade infantil foram superadas. De fato, a expectativa de vida aos 65 anos de idade (ou seja, o número de anos adicionais que uma pessoa de 65 anos espera viver) aumentou de 14,5 em 1990 para 16 em 2021.

O fato de que as pessoas estão vivendo até idades mais avançadas não implica necessariamente que elas estejam vivendo com boas condições de saúde. A expectativa de vida saudável mede os anos estimados de vida que uma pessoa viverá em plena saúde, livre de limitações ou doenças (OMS, 2004). No Brasil, a expectativa de vida saudável aos 65 anos de idade era de 11,4 anos em 1990 e subiu para 13,2 em 2019 (últimos dados disponíveis) (IHME, 2019). Isto significa que o aumento da expectativa de vida saudável foi importante para explicar a melhoria da longevidade na velhice.

1.2.2 Prevalência de dependência funcional entre pessoas idosas

Conforme uma pessoa envelhece, é mais provável que ela tenha sua capacidade funcional diminuída - devido ao desenvolvimento de doenças ou limitações - e precise do apoio de outra pessoa para realizar suas atividades diárias. Esta situação é conhecida como dependência funcional.

É importante esclarecer que, embora estejam relacionados, os conceitos de deficiência, limitações e dependência funcional não são sinônimos. As definições que usaremos ao longo deste documento são apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 1. Deficiência e dependência funcional: definições e conceitos

Conceitos como deficiência, dependência funcional e limitações devem ser traduzidos em diretrizes políticas, pois seu entendimento é essencial para a formulação, gestão, operacionalização e avaliação de políticas públicas.

Na formulação das políticas públicas brasileiras, o termo *pessoa com deficiência* é definida como “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.” (Brasil, 2018a).

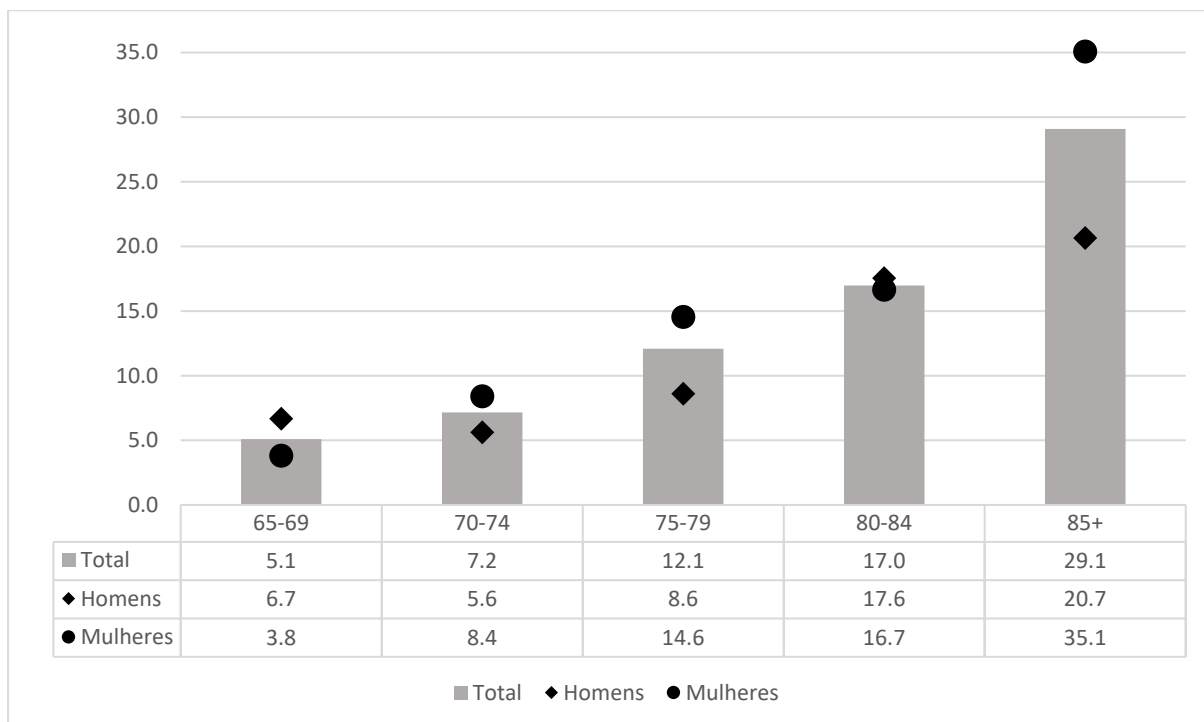
O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) define a deficiência através de perguntas sobre limitações e sobre funções e estruturas corporais. O conceito utilizado inclui incapacidade de ver, ouvir, se movimentar (andar e subir escadas), deficiência mental ou física permanente. A referência para caracterizar a deficiência é a presença de pelo menos uma das deficiências pesquisadas (IBGE, 2015).

O conceito de dependência funcional (foco deste relatório) é entendido como a presença de dificuldades em manter as habilidades físicas e/ou mentais necessárias para levar uma vida independente. Sua prevalência é geralmente medida através da presença de dificuldades na realização de Atividades da Vida Diária (AVDs). Estas últimas incluem atividades básicas (ABVD), que envolvem autocuidado, como comer ou se vestir, e atividades instrumentais (AIVD), que envolvem ações de organização da rotina diária e implicam maior esforço cognitivo, como cozinhar ou administrar dinheiro (Ramos, 2003; Pampolim et al. 2017).

No Brasil, os últimos dados disponíveis sobre a funcionalidade dos idosos vêm do "Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros" (ELSI) de 2016. O estudo pesquisa a saúde de pessoas com mais de 50 anos no país, e inclui uma seção sobre capacidade funcional. Especificamente, indaga se a pessoa tem dificuldades em realizar uma série de atividades da vida diária. Segundo esse estudo, 10,5% das pessoas com 65 anos ou mais estão em situação de dependência funcional. Este percentual aumenta com a idade: entre 65 e 69 anos é de 5,1% e sobe para 29,1% entre aquelas com mais de 85 anos (Figura 1). Com exceção da faixa etária entre 65 e 69 anos, as mulheres são mais propensas a serem dependentes do que os homens. Com o avanço da idade, aumenta a intensidade da dependência, definida pelo número de atividades básicas para as quais se tem dificuldade (Figura 2).

Em termos absolutos, isto significa que mais de 2 milhões de pessoas têm dificuldades para realizar atividades básicas da vida diária. Estima-se que até 2050 este número poderá chegar a 6,4 milhões (12,4% da população acima de 65 anos), simplesmente devido a mudanças na composição demográfica (Aranco et al. 2022).

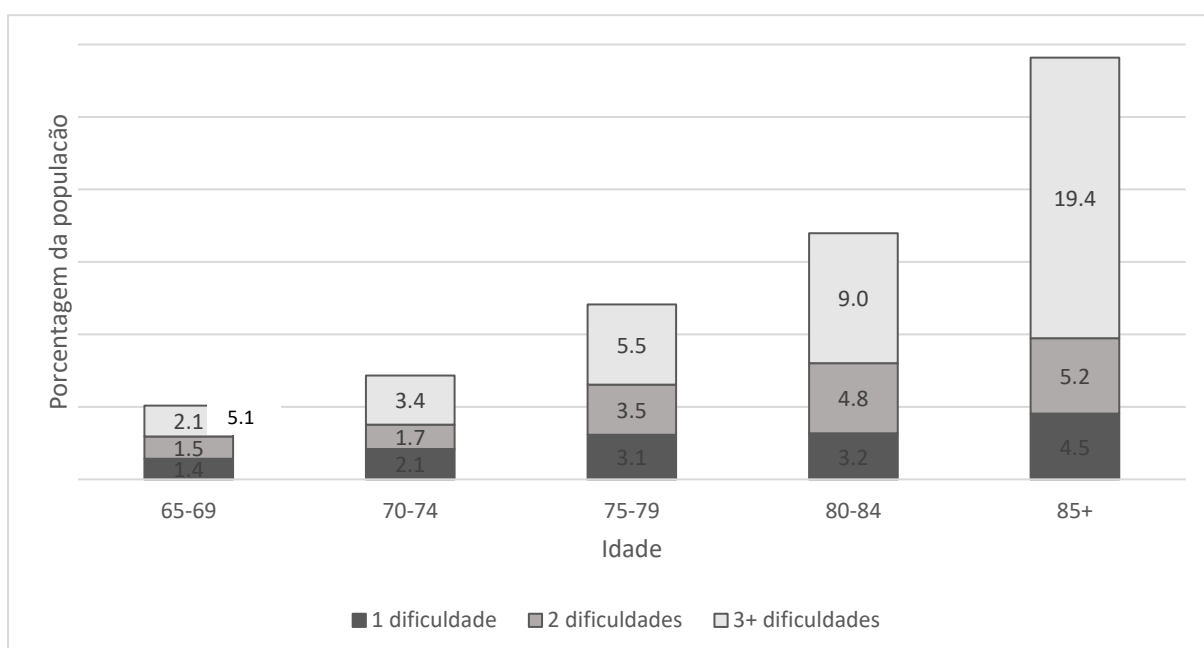
Figura 1. Prevalência de dependência funcional entre pessoas com 65 anos ou mais, por idade e sexo, 2016 (%)



Nota: uma pessoa é considerada funcionalmente dependente se tem dificuldades severas ou não pode realizar pelo menos uma das seguintes sete atividades básicas da vida diária: higiene pessoal, se deslocar pela casa, se vestir, tomar banho, comer, entrar ou sair da cama, usar o banheiro, etc.

Fonte: elaborada pelos autores com base no ELSI 2016.

Figura 2. Grau de dependência funcional por idade, 2016 (%)



Nota: uma pessoa é considerada funcionalmente dependente se tem dificuldades severas ou não pode realizar pelo menos uma das seguintes sete atividades básicas da vida diária: higiene pessoal, se deslocar pela casa, se vestir, tomar banho, comer, entrar ou sair da cama, usar o banheiro, etc.

Fonte: elaborada pelos autores com base no ELSI 2016.

As conclusões são semelhantes quando se analisa a prevalência de dificuldades para realizar atividades instrumentais da vida diária (Tabela 2). Devido à sua maior complexidade, a prevalência é maior do que no caso de atividades básicas, para todas as idades. Há consenso de que as capacidades de realizar as atividades da vida diária de forma autônoma são perdidas em ordem inversa do ganho, ou seja, dificuldades em atividades complexas ocorrem primeiro, seguidas por dificuldades em atividades mais simples (Katz et al., 1963; Dunlop et al., 1997). Isto fica evidente na Tabela 3, onde é possível observar que a porcentagem de pessoas que têm dificuldades apenas em atividades instrumentais é sempre maior que a porcentagem de pessoas que têm dificuldades apenas em atividades básicas, e até mesmo maior que a porcentagem de pessoas com dificuldades em ambos os tipos de atividades. Entretanto, com o avanço da idade, as pessoas são mais propensas a apresentar dificuldades em ambos os tipos de atividades do que em atividades instrumentais apenas. Portanto, ainda que a dificuldade em atividades instrumentais possa não significar uma necessidade contínua imediata de cuidados, ela é geralmente um preditor de necessidades de atenção mais significativas no futuro.

Tabela 2. Prevalência de dificuldades nas atividades instrumentais da vida diária, por sexo e faixa etária (%)

Idade	Ambos sexos	Homens	Mulheres
65+	39,6	31,5	45,6
65-69	27,3	21,4	32,1
70-74	32,7	24,7	39,3
75-79	47,6	41,1	52,3
80-84	56,6	50,7	59,9
85+	71,5	56,6	82,1

Nota: considera-se que uma pessoa tem dificuldades em atividades instrumentais da vida diária se relata ter dificuldades graves ou não ser capaz de realizar pelo menos uma das seguintes sete atividades: preparar uma refeição quente, manusear dinheiro, usar meios de transporte, fazer compras, usar o telefone, tomar medicamentos, realizar trabalhos domésticos leves.

Fonte: elaborado dos autores com base no ELSI 2016.

Tabela 3. Prevalência de dificuldades, por tipo de atividade afetada, entre idosos com 65 anos ou mais

	Não tem dificuldades	Só em atividades instrumentais	Só em atividades básicas	Em ambos tipos de atividades
65+	59,8	75,5	6,0	24,1
65-69	71,9	84,3	15,5	15,3
70-74	66,3	81,3	14,7	18,1
75-79	52,2	75,0	1,4	24,9
80-84	43,1	70,6	1,9	29,3
85+	28,5	59,3	0,0	40,7

Fonte: elaborado pelos autores com base no ELSI 2016.

1.2.3 Características de saúde das pessoas idosas com dependência funcional

O processo de transição demográfica é geralmente acompanhado por um processo de transição epidemiológica, no qual as doenças crônicas não transmissíveis aumentam de importância em comparação com outras causas de morte e morbidade. Entre os idosos com mais de 70 anos de idade, 86% das mortes e 87% dos anos vividos com incapacidade funcional podem ser atribuídos a doenças crônicas, enquanto que entre a população com menos de 70 anos de idade, esses números são de 66% e 70%, respectivamente (IHME, 2019).

Existe uma correlação positiva entre a presença de doenças crônicas e a dependência funcional, que funciona em ambos os sentidos. No Brasil, a prevalência da dependência funcional é de 7% entre as pessoas sem doenças crônicas e 11% entre aquelas com pelo menos uma doença crônica (Aranco et al., 2022). As doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer e o acidente vascular cerebral, são as duas doenças crônicas mais correlacionadas com a presença de dificuldades na realização de atividades básicas. Destaca-se também o impacto das doenças respiratórias e da depressão (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de dependência funcional entre pessoas idosas, por diagnóstico de doenças crônicas, por doença (%)

	Sem diagnóstico (1)	Com diagnóstico (2)	Diferença (2)-(1) (pontos percentuais)
Alzheimer	9,5	54,5	45,0
AVC	8,4	32,7	24,3
Doenças respiratórias	9,4	19,8	10,4
Depressão	8,9	17,1	8,2
Doenças renais	10,0	17,9	7,9
Doenças cardíacas	9,6	14,2	4,7
Diabetes	9,5	13,9	4,4
Artrite (b)	9,0	11,3	2,3
Hipertensão	9,0	11,1	2,0
Câncer	10,2	10,2	0,0
Alguma doença crônica	7,0%	11,0%	4,0

Notas: (a) acidente vascular cerebral; (b) inclui outras doenças musculoesqueléticas, tais como reumatismo, osteoporose, dores musculares crônicas.

Fonte: elaborado pelos autores com base no ELSI 2016.

A prevenção e o diagnóstico precoce de doenças crônicas é, portanto, uma parte fundamental de qualquer estratégia para reduzir os níveis de dependência funcional entre as pessoas idosas. Em geral, essas estratégias se enfocam em reduzir os principais fatores de risco comportamentais que as pessoas adotam. Neste sentido, os altos níveis de obesidade - tanto entre os jovens quanto entre os idosos - que excedem 20%, são um fator alarmante devido à relação entre esta condição e o aparecimento de múltiplas doenças crônicas (Ministério da Saúde, 2022). Além disso, mais da metade da população com mais de 65 anos de idade não consome diariamente a proporção recomendada de frutas e verduras e 80% não pratica atividade física frequente (Ibid). A prevalência de tabagismo tem diminuído nos últimos anos, de 15,7% da população adulta em 2006 para 10% em 2017 e 9% em 2021⁴.

Cabe destacar que, apesar da importância das doenças crônicas, a existência de doenças infecciosas e causas externas de mortalidade ou deficiência (tais como acidentes) no país continua sendo significativa. Assim, temos uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestadas na coexistência de doenças infecciosas, doenças parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas externas e doenças crônicas (Mendes, 2010; Malta et al., 2011; Miranda et al., 2016).

1.3 Características socioeconômicas da população idosa

Conhecer as características socioeconômicas da população idosa é importante para avaliar sua capacidade de atender às suas próprias necessidades de cuidado, do ponto de vista do apoio familiar, como de seu acesso e recursos financeiros que lhes permitam adquirir - ou não - serviços de cuidado do mercado. Além disso, em muitos sistemas públicos, a avaliação das características socioeconômicas da pessoa idosa ou de sua família é uma das ferramentas utilizadas pelo governo para determinar a elegibilidade dos serviços (Aranco et al., 2022).

⁴ Ver <https://agenciabrasil.ebc.com.br/es/saude/noticia/2019-05/brasil-tuvo-una-caida-significativa-en-el-numero-de-fumadores>.

Um indicador do nível socioeconômico da população é seu nível de educação. Em geral, o nível educacional dos mais velhos no país é menor do que o da população mais jovem. A taxa de analfabetismo entre as pessoas com 60 anos ou mais é de 19,3% (IBGE, 2018a), enquanto que para a população total é de cerca de 7%⁵.

Do ponto de vista da segurança de renda, mais de 85% das pessoas acima de 65 anos recebem uma aposentadoria, cujos níveis são relativamente generosos (Aranco et al. 2022). Dados de 2017 mostram que a renda média das pessoas com mais de 65 anos no país era de R\$ 2004 (aproximadamente USD 615 naquela data), um valor consideravelmente maior do que o salário líquido médio dos trabalhadores (USD 220)⁶.

Em termos de família e de condições de vida, segundo dados do ELSI (2016), 14% das pessoas acima de 65 anos do Brasil moram sozinhas, com diferenças significativas de gênero: 9% no caso dos homens e 18% no das mulheres. Isto tem implicações importantes, pois as mulheres não são apenas aquelas que têm mais responsabilidades de cuidado, mas também aquelas que têm maior probabilidade de serem dependentes, deixando-as em um lugar de relativa vulnerabilidade quando se trata de ter uma rede de apoio familiar informal para os cuidados.

Seção 2. O papel do setor público na provisão de serviços para pessoas idosas com dependência a nível federal

Esta seção apresenta os principais serviços públicos para pessoas idosas com dependência funcional no Brasil. O estudo se concentra principalmente nos programas de alcance nacional no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS). O Quadro 2 explica brevemente o funcionamento e a estrutura de ambos os sistemas. Dentro da gama de serviços disponíveis, destacam-se a atenção domiciliar e os centros dia. Não há oferta pública de atenção domiciliar especificamente destinada a auxiliar nas atividades da vida diária de pessoas com dificuldades, embora tanto o SUAS quanto o SUS ofereçam serviços de saúde e proteção social com base domiciliar (ver seção 2.2.4). Além disso, existem outros serviços - sociais e de saúde - que beneficiam pessoas idosas funcionalmente dependentes, embora estes não sejam seu foco exclusivo.

Como será visto, a elegibilidade para serviços de cuidados de longo prazo para pessoas idosas se baseia principalmente no nível de vulnerabilidade socioeconômica, e não em uma avaliação formal de sua capacidade funcional. Esta é a situação na maioria dos países da região (Oliveira et al., 2022).

⁵ Ver <https://elordenmundial.com/mapas-y-graficos/mapa-analfabetismo-brasil/>.

⁶ Ver <https://www.cnnbrasil.com.br/business/salario-liquido-medio-do-brasileiro-cai-para-r-1-149-em-2021-aponta-pesquisa/>.

Quadro 2. O Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde: principais características de funcionamento

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), criado em 2004, é responsável pela organização dos programas e benefícios de assistência social no país com uma abordagem de descentralização territorial. Para isso, classifica os programas em dois níveis de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

A Proteção Social Básica tem como objetivo prevenir situações de risco. Os serviços deste nível são, em sua maioria, gerenciados e implementados através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). A Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade é destinada aos indivíduos que já se encontram em situação de risco. Os serviços deste nível são gerenciados e implementados principalmente pelos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990. Seu objetivo é garantir o acesso livre, universal, equitativo e abrangente a todos os brasileiros, em todos os estratos da promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. O SUS opera em 5.570 municípios, através da Atenção Primária à Saúde, cujo programa principal é a Estratégia de Saúde da Família. Esta oferece atendimento à população de um determinado território através de uma equipe multiprofissional composta de pelo menos um clínico geral ou especialista em saúde da família e comunidade, uma enfermeira geral ou especialista em saúde da família e comunidade, um auxiliar técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os cuidados secundários e terciários são prestados por uma rede de serviços próprios do SUS e de outros serviços privados/filantrópicos prestados através de contratos, compostos por clínicas, laboratórios, ambulatórios de especialidades, unidades de pronto-socorro/ pronto atendimento e hospitais (Brasil, 1990). O SUS é responsável pelo atendimento de aproximadamente 80% da população do país.

Um estudo regional de 26 países, incluindo o Brasil, mostra lacunas significativas na cobertura e qualidade dos serviços de atenção à dependência para pessoas idosas. De acordo com um índice que classifica a cobertura e a qualidade em quatro categorias (muito baixa, baixa, alta, muito alta), o Brasil é classificado na categoria "muito baixa" em ambas as dimensões (cobertura e qualidade) (Aranco et al., 2022).

A seguir, apresentamos brevemente os principais serviços de atenção à dependência dirigidos a pessoas idosas. Também nos referimos a algumas ações que se concentram na prevenção e no envelhecimento ativo, como uma forma de evitar ou retardar a dependência funcional.

2.1 Serviços residenciais

A oferta de serviços residenciais do setor público está enquadrada no programa SUAS de Proteção Social Especial de Alta Complexidade (ver Quadro 2). Existem dois tipos de serviços residenciais públicos para idosos dependentes no Brasil enquanto Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI): Acolhimento Institucional (Abrigo Institucional e Casa Lar) e o que se conhece como Acolhimento em República⁷.

As instituições de acolhimento residencial cuidam de pessoas com mais de 60 anos de idade, com diferentes graus de dependência, que não podem morar com suas famílias. Deve-se notar que a oferta pública de residências geriátricas de longo prazo é limitada. Das pouco

⁷ Ministério da Cidadania (2015).

mais de 7.000 instituições de longa permanência que existem no Brasil, apenas 2% são públicas (Accioly, 2020).

As casas de repouso têm as mesmas características das instituições de acolhimento, mas com a diferença de que podem acomodar um máximo de 10 pessoas e devem ter pessoal especializado na assistência aos idosos em atividades da vida diária.^{8,9} O acesso a estas instituições é feito através dos CREAS ou outros serviços de assistência social que fazem parte do SUAS, bem como pelo Ministério Público ou Judiciário.

No momento, não há uma estimativa confiável do número de pessoas que vivem em instituições de longa permanência, embora se saiba que elas aumentaram consideravelmente entre 2014 e 2019 (Accioly et al., 2021).

2.2 Centros Dia

Centros dia para idosos fazem parte da oferta dos Serviços de Proteção Social de Média Complexidade do SUAS. Estão destinados à atenção diurna, e apoiam gratuitamente pessoas com deficiências e idosos dependentes, por meio de uma equipe multidisciplinar que oferece serviços de proteção social e cuidados pessoais, complementares aos oferecidos pela família.

Estes centros também visam promover o fortalecimento dos vínculos, a autonomia e a inclusão social. Para tanto, são desenvolvidos planos de cuidados individuais ou familiares, orientação e apoio no autocuidado, apoio ao desenvolvimento da convivência familiar, grupal e social, e a identificação e fortalecimento de redes comunitárias de apoio. Em caso de necessidade, se presta suporte ao acesso a tecnologias assistenciais ou ajudas técnicas para a autonomia no serviço, em casa e na comunidade. Além disso, auxiliam e orientam os cuidadores familiares, com vistas a favorecer a autonomia da pessoa cuidada e do cuidador da família (Brasil, 2020b).

Para acessar os serviços oferecidos pelos centros dia, as indicações são geralmente feitas pela rede de assistência social através do CRAS ou do CREAS nos municípios que possuem este tipo de serviço. Caso contrário, também pode ser feito pelo serviço de busca ativa, ou por uma busca espontânea pelo próprio idoso, sua família, ou pela rede de atenção de outras políticas setoriais, tais como o Sistema de Saúde ou o Judiciário (Brasil, 2020b).

Em 2018 havia 1.640 centros registrados, em sua maioria concentrados na região Sudeste do país (com 961 centros), seguidos pelo Sul (395), Nordeste (131), Centro-Oeste (124), Norte (29) (SUAS 2018c). Segundo dados do Censo SUAS (2018c), em agosto de 2017 o número de idosos com deficiência ou dependência atendidos era de 14.485. Utilizando dados de dependência calculados a partir da pesquisa ELSI (ver seção 1), isto equivale a 0,7% das pessoas idosas com dependência.

⁸ Medeiros (2022).

⁹ Ver Governo do Brasil, Serviços e Informação: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-unidade-de-acolhimento>

2.3 Outros serviços para a população idosa dependente

Serviços domiciliares

Não há normativas federais que preveem a disponibilização pública de serviços domiciliares destinados a auxiliar pessoas com dificuldades nas atividades da vida diária pelo SUAS, apesar de alguns municípios do país oferecerem este tipo de serviço. Existe, entretanto, um serviço domiciliar para pessoas deficientes e idosas, que é oferecido como parte dos serviços básicos e intermediários de proteção social. Seu objetivo é facilitar o acesso e a adesão dos idosos e deficientes aos serviços oferecidos pelo SUAS no território.

Neste sentido, procura apoiar as famílias, fortalecer os laços familiares e comunitários, e prevenir situações de risco e exclusão. No caso específico das pessoas com necessidades de cuidados, tem como objetivo melhorar a qualidade do cuidado familiar mediante ações que apoiem os vínculos de proteção e participação social dos usuários e seus cuidadores. O encaminhamento para este serviço é feito através dos CRAS. Dados de 2020 mostram que 2.419 municípios oferecem este serviço, atendendo um total de 48.350 pessoas (Ministério da Cidadania, 2020).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as Equipes de Saúde da Família (ESF), ligadas à atenção primária de saúde, são responsáveis pelo atendimento domiciliar de pessoas com problemas de saúde que requerem monitoramento periódico e têm alguma dificuldade de mobilidade, quando esta é de baixa intensidade e, portanto, requer visitas menos frequentes. Para as pessoas com dependência ou problemas de saúde mais graves, que incluem dificuldades de mobilidade, o SUS tem o Programa *Melhor em Casa*, que possui equipes multiprofissionais de atendimento domiciliar.

O programa apoia os pacientes que já têm um cuidador em casa e pode, inclusive, oferecer equipamentos e outros recursos necessários para os cuidados prestados. Segundo dados do Ministério da Saúde, apenas cerca de 400 municípios são membros do programa, o que demonstra a oferta limitada do serviço no país.

Teleassistência

Esta tecnologia de cuidados remotos consiste no uso de equipamentos instalados em casa, tais como telefones e sensores de queda, que permitem a comunicação direta com um centro de cuidados em caso de emergência. Este centro avalia o tipo e a gravidade da situação a fim de tomar medidas e prestar a assistência necessária ao usuário (Benedetti et al. 2022).

Como no resto da região, a experiência da Teleassistência no setor público é pequena no país e não há informações sobre o número de pessoas atendidas em plano nacional. A cidade de Joinville, Santa Catarina, foi pioneira, em 2008, na implementação deste serviço para os idosos. O município de Santos, no estado de São Paulo, oferece esta tecnologia desde 2013 aos idosos portadores de doença crônica que moram sozinhos ou passam parte do dia desacompanhados, e que são atendidos pela rede municipal de saúde (Santos, 2019).

Serviços de envelhecimento ativo e prevenção de dependência

Existem certos serviços dirigidos no país que visam estimular o envelhecimento ativo como forma de prevenir a dependência. Entre eles estão os chamados centros de convivência, que são espaços de encontro para pessoas independentes acima de 60 anos de idade e oferecem atividades físicas, de trabalho, recreativas, culturais e educacionais (Derhun et al., 2019). No Brasil, os centros de convivência totalizam 8.462 serviços, distribuídos na Região Norte

(262), Região Centro-Oeste (648), Região Sul (1.538), Região Nordeste (1.996) e Região Sudeste (4.018) (SUAS, 2018).

As chamadas Repúblicas, por outro lado, são um modelo residencial público para idosos independentes, que visa a autonomia de seus residentes, promovendo sua autonomia operando em um sistema que permite a seus residentes tomar decisões sobre o funcionamento da unidade de forma conjunta (Freitas e Moraes, 2008).

Finalmente, os serviços de convivência e fortalecimento de vínculos oferecidos pelo CRAS também poderiam ser considerados como uma forma de prevenção de dependência, já que se destinam a fortalecer as relações familiares e comunitárias, reduzindo a solidão e promovendo a integração social¹⁰.

2.4 Serviços de apoio a cuidadores remunerados e não remunerados

Como parte do serviço de atenção social domiciliar oferecido pela SUAS (ver seção 2.3), o apoio ao cuidador familiar é oferecido na forma de assessoramento, orientação e redirecionamento para outros serviços sociais e atividades socioeducativas para o fortalecimento dos vínculos familiares, entre outros.

Além disso, o Ministério da Saúde publicou duas guias que fornecem material de orientação sobre atenção domiciliar para pessoas que necessitam de cuidados. O primeiro é o Guia Prático para o cuidador, publicado em 2009 pela Secretaria de Atenção à Saúde. O segundo é o Cartilha de Atenção Domiciliar, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, através de seu Programa *Melhor em Casa*, que contém um capítulo sobre o papel dos cuidadores no apoio à equipe de atendimento domiciliar e primário (Brasil, 2009; Brasil, 2012).

2.5 O papel do setor público na regulação da qualidade dos serviços

2.5.1 Regulamentação relativa às instituições de longa permanência

Em 2005, o Ministério da Saúde - através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - publicou o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil.¹¹ O regulamento visa estabelecer um padrão de funcionamento para instituições de longa permanência, sejam elas públicas, privadas ou filantrópicas.

O regulamento estabelece os padrões que as instituições devem cumprir com relação à contratação de pessoal de atendimento, que variam de acordo com o nível de dependência dos idosos atendidos (ou seja, a relação cuidador-residente aumenta à medida que o grau de dependência aumenta). Também estabelece normas para outros profissionais que trabalham nas instalações, por exemplo, trabalhadores de limpeza e lavanderia, e para a infraestrutura. A instituição deve realizar atividades de educação continuada na área de gerontologia, com o objetivo de melhorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos.¹²

Com o intuito de avaliar a qualidade dos serviços prestados, as instituições devem aplicar um modelo de avaliação baseado em seis indicadores: taxa de mortalidade dos residentes, taxa de incidência de doença diarreica aguda, taxa de incidência de escabiose, taxa de incidência de desidratação, taxa de prevalência de úlcera de decúbito e taxa de prevalência de

¹⁰ Ver <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/convivencia-e-fortalecimento-de-vinculos>.

¹¹ Resolução RDC N° 283/2005.

¹² Ver nota de rodapé 13.

desnutrição dos residentes idosos. Os resultados devem ser comunicados mensalmente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A fiscalização do cumprimento das normas é feita pelo Conselho do Idoso, pelo Poder Judiciário e por outros órgãos previstos na lei. Caso se verifique que as normas não são cumpridas, prevê-se uma advertência, multa ou mesmo o fechamento da instituição. As instituições de assistência que não cumprirem as disposições do estatuto do Idoso estão sujeitas à responsabilidade civil e criminal de seus diretores. Não há dados oficiais sobre o nível de cumprimento dessas exigências e normas, embora pesquisas recentes sobre a qualidade dos serviços na região mostrem que ela é baixa (Aranco et al., 2022).

2.5.2 Ações relacionadas com a formação de recursos humanos

Ainda no tocante à formação de recursos humanos no setor, o Ministério da Saúde criou o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), em parceria com várias universidades públicas brasileiras, para atender às necessidades de formação e educação continuada dos profissionais que trabalham no sistema de saúde. Desde 2013, um curso de qualificação profissional é oferecido nesta plataforma, juntamente com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), que tem como objetivo formar profissionais de saúde para apoiar os cuidadores. O principal objetivo é capacitá-los para a compreensão dos conceitos de cuidado e autocuidado, a compreensão das relações entre cuidador, pessoa cuidada, família e equipe de saúde.¹³ Até julho de 2020, mais de 32.000 profissionais de saúde tinham participado do curso.

Há também outros cursos para profissionais de saúde, como um curso que os treina na classificação correta de pessoas idosas de acordo com diferentes níveis de funcionalidade. Não há, no entanto, um curso especificamente dedicado aos cuidadores profissionais de idosos dependentes, nem para apoiar os cuidadores familiares.

Seção 3. Políticas públicas e programas para idosos dependentes no estado de São Paulo: um estudo de caso

Independentemente dos regulamentos e programas existentes em nível nacional, os estados e municípios têm alguma autonomia para a implementação de programas e políticas públicas próprios. Com objetivo de exemplificar esta realidade, e devido ao tamanho e diversidade política e cultural do país, esta seção apresenta um estudo de caso focado no Estado de São Paulo e em três de seus municípios: Taguaí, Caraguatatuba e São Paulo. O estado de São Paulo foi escolhido por ser o maior estado do país em termos de número de habitantes, enquanto os três municípios selecionados representam diferentes tamanhos de população.

Para começar, apresentaremos informações gerais sobre os programas e políticas orientadoras em nível estadual. Em segundo lugar, analisaremos com mais profundidade os três municípios selecionados.

3.1 Políticas e programas públicos para pessoas idosas do estado de São Paulo

O Estado de São Paulo mantém um conjunto de políticas públicas voltadas para os idosos, com algumas ações voltadas especificamente para a população dependente através de centros dia, centros de convivência e casas lares. Estes serviços são estruturados através do Programa *São Paulo Amigo da Pessoa Idosa*¹⁴. Este programa se baseia no conceito de

¹³ Ver <https://www.unasus.gov.br/noticia/una-sus-ufcspa-lanca-nova-oferta-do-curso-cuidadores-e-a-atencao-domiciliar>

¹⁴ Estabelecido pelo Decreto N° 58.047/2012.

envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial da Saúde¹⁵, e envolve ações intersetoriais baseadas em quatro pilares: proteção social, educação, saúde e participação da população idosa.

Para participar deste programa, os municípios devem realizar certas ações - algumas obrigatórias e outras opcionais - para obter o reconhecimento sob a forma de uma distinção que os categoriza como *Município Amigo da Pessoa Idosa*. Em relação à população idosa com dependência, as ações opcionais incluem a implementação de um programa de assistência domiciliar e a integração dos serviços de saúde com os serviços de centros dia, centros comunitários e instituições de longa permanência (Governo do Estado de São Paulo, n.d.). Além disso, como parte do pilar de proteção social, o programa apoia o desenvolvimento de centros dia e centros de idosos, que compõem a rede de assistência socioassistencial dos municípios.

Os centros de convivência estão dirigidos a pessoas com 60 anos ou mais, oferecem um serviço preventivo que promove o envelhecimento ativo e têm capacidade para atender até 200 pessoas idosas. Os centros dia acomodam pessoas idosas com diferentes graus de dependência funcional e têm capacidade para atender até 50 pessoas, dando prioridade àquelas cujas famílias não podem proporcionar aos seus idosos os cuidados durante o dia por motivos de trabalho ou estudo.

Em 2019, existiam 71 centros de convivência em operação e 111 unidades em construção (SEDS, 2019). Também existiam 61 centros dia em operação e 24 centros em construção (ibid). O acesso aos dois tipos de centros é feito por meio de busca espontânea pelo próprio idoso ou sua família no local onde funciona o serviço, ou por encaminhamento da rede de assistência social CREAS - se houver - ou pela rede CRAS.

A seguir, veremos como as políticas públicas destinadas aos idosos dependentes são aplicadas em três municípios do Estado de São Paulo: capital paulista, Taguaí e Caraguatatuba.

3.2 Oferta de serviços para idosos dependentes do município de São Paulo

O município de São Paulo tem uma estimativa populacional de 12.253.503 habitantes (IBGE, 2019b); 11,9% destes têm mais de 60 anos de idade. De acordo com a Fundação SEADE, em 2030 os idosos representarão 20% da população e em 2050 este número é estimado em 30%.¹⁶ É um dos municípios brasileiros com o maior número de políticas e programas para pessoas idosas com dependência, e também tem feito grandes esforços em prol da coordenação social e de saúde dos serviços.

Integração social e de saúde do município de São Paulo

Os serviços tanto de saúde como de atenção à dependência e outros serviços sociais para os idosos são coordenados através da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Adulta Idosa (RASPI). O objetivo desta rede é assegurar o atendimento integral ao idoso através da intersetorialidade.

Uma das ferramentas fundamentais para organizar os fluxos de atendimento aos idosos no município de São Paulo é um instrumento de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB), que pode ser aplicado por profissionais devidamente qualificados das Unidades Básicas de Saúde. O instrumento permite classificar as pessoas idosas de acordo com seu estado funcional e de saúde em três níveis: saudável, pré-frágil e frágil, e -

¹⁵ Ver <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84566/1/s7.pdf>.

¹⁶ Ver <https://populacao.seade.gov.br/evolucao-populacional-msp/>

em teoria - projetar um plano de atendimento especializado de acordo com a categorização obtida. O instrumento é organizado em um questionário inicial com 17 perguntas que abrangem as principais dimensões que afetam as condições de saúde das pessoas idosas: sociais, físicas, cognitivas e funcionais.

Entretanto, o uso deste instrumento é discricional e cada unidade sanitária decide se aplicá-lo ou não. Em 2017, das 453 Unidades Básicas de Saúde do município, 76,8% tinham profissionais treinados para sua aplicação (São Paulo, 2017). De 2018 a 2020, foram realizadas 106.376 avaliações, com uma queda após março de 2020 devido à crise sanitária causada pela pandemia da COVID-19 (Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2021).

Programas para pessoas idosas em situação de dependência no município de São Paulo

Em 2022, existiam 25 centros dia funcionando no município e 13 instituições públicas de longa permanência.

Além desses serviços, o município possui um programa de atendimento domiciliar para idosos dependentes, conhecido como Programa de Acompanhantes de Idosos (PAI). Trata-se de um programa que oferece serviços de profissionais de saúde e acompanhantes de idosos, tanto para apoiar atividades da vida diária quanto para atender outras necessidades de saúde e sociais no domicílio da pessoa (São Paulo, 2016b).

O programa é oferecido através das Unidades Básicas de Saúde. Para ser encaminhada ao serviço, a pessoa deve ter 60 anos de idade ou mais, morar na área coberta pelo programa e apresentar pelo menos um dos seguintes critérios (de acordo com o instrumento de avaliação apresentada na seção anterior): dependência funcional nas atividades da vida diária; mobilidade reduzida, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, apoio familiar e social insuficiente, isolamento ou exclusão social, risco de institucionalização.

Dependendo da complexidade do caso, das necessidades identificadas e do plano de atendimento estabelecido com base na avaliação realizada, as visitas domiciliares acontecem de 1 a 4 vezes por semana, podendo mobilizar vários profissionais da equipe (São Paulo, 2016b).

Atualmente, existem 37 equipes do Programa de Acompanhantes Idosos no município de São Paulo. Cada equipe é composta por um coordenador, um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, um assistente administrativo, uma assistente social e dez acompanhantes de idosos, com uma carga de trabalho entre 20 e 40 horas semanais por profissional (São Paulo, 2016b).

Entre os perfis profissionais, destaca-se o papel dos acompanhantes para os idosos. Eles não devem necessariamente ser graduados do setor de saúde, devem residir preferencialmente na área do programa, ter 40 horas flexíveis por semana de segunda a sábado, de acordo com as necessidades do plano de cuidados, e estar disponíveis para ajudar nas tarefas básicas do lar, quando necessário (limpeza, preparação de alimentos, lavar, fazer compras, entre outros).

3.3 Oferta de serviços para idosos dependentes no município de Caraguatatuba

Caraguatatuba é um município de médio porte: em 2019 sua população estimada era de 121.532 habitantes, sendo 11% da população com mais de 60 anos de idade (Caraguatatuba, 2014). Seguindo a tendência de vários municípios brasileiros, em 2011 criou uma Secretaria dos Direitos das Pessoas com Deficiência e do Idoso, que coordena ações e programas

voltados para a população idosa. Em 2013, aderiu ao programa São Paulo Amigo do Idoso. Desde então, vem desenvolvendo algumas ações para a população idosa em situação de dependência.

O município possui duas instituições sem fins lucrativos de longa duração e quatro instituições privadas, atendendo um total de 180 pessoas idosas. Também conta com uma associação sem fins lucrativos que trabalha em coordenação com o município para apoiar os idosos dependentes, prestando-lhes assistência domiciliar e apoio às suas famílias. Em 2019, foi criada uma equipe especializada em assistência domiciliar, coordenada por um geriatra e com uma equipe de fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas.

Devido à alta demanda de idosos dependentes que necessitam de institucionalização, o município, através da Secretaria dos Direitos das Pessoas com Deficiência e do Idoso (SEPEDI), desenvolveu um projeto para construir uma nova residência de longa permanência, com apoio para sua construção e financiamento através de uma parceria com o Conselho Estadual do Idoso/São Paulo Fundo Estadual do Idoso. O projeto aprovado já se encontra em fase de licitação pela administração municipal. De acordo com informações fornecidas pelo próprio município, 49 idosos serão beneficiados por este projeto.

O município também implementou vários programas destinados a fomentar a autonomia dos idosos e promover a participação social daqueles em situação de dependência funcional, através de iniciativas como o Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência e ao Idoso (CIAPI), que proporciona a seus usuários atividades sociais, educativas e culturais; o programa Praia Acessível, que visa facilitar o acesso à praia para pessoas com deficiência ou dependência; e os ginásios adaptados ao ar livre.

3.4 Oferta de serviços para idosos dependentes no município de Taguaí

Taguaí é um pequeno município, localizado na região centro-sul do estado de São Paulo. Em 2019, a população estimada era de 14.415 habitantes, com 11,2% de pessoas com mais de 60 anos de idade (IBGE, 2020).

O município tem feito esforços para conseguir uma coordenação intersetorial dos serviços de atendimento a idosos, procurando garantir uma atenção abrangente. Desde 2018, tem participado de um projeto piloto para fortalecer a integração dos cuidados em todos os níveis de assistência à saúde e em nível intersetorial.

O principal serviço para idosos dependentes é a Casa dos Avós, um centro dia que funciona através de uma parceria entre a Igreja Católica e o município, e que atende 37 idosos que necessitam de cuidados. Há também outros programas e ações que são empreendidos com o objetivo de manter a funcionalidade e a participação social e comunitária dos idosos, por exemplo, caminhadas organizadas com um educador físico, hortas comunitárias, entre outros. Estes programas contam com uma equipe qualificada – composta por um médico, enfermeira e assistente social – para avaliar as pessoas hospitalizadas antes da alta, e estão em contato direto com os profissionais da atenção primária para encaminhar os idosos dependentes para as suas próprias casas o mais rápido possível.

Seção 4. Oferta de cuidados de saúde do setor privado com e sem fins lucrativos para pessoas idosas com dependência funcional no Brasil

Como em quase todas as partes do mundo, no Brasil a maior parte dos cuidados para idosos dependentes é feita pelas próprias famílias, embora o setor privado, tanto com e sem fins lucrativos, também desempenhe um papel na prestação de serviços. Esta seção aborda como

funciona a prestação de serviços privados – pagos e não pagos – em instituições de longa permanência, centros dia e em domicílio.

4.1 Serviços residenciais privados para idosos

No Brasil, o setor filantrópico desempenha um papel preponderante na prestação de serviços residenciais para pessoas idosas em situação de dependência. Das 7.292 instituições de longa duração em operação em 2021, 60% eram instituições sem fins lucrativos, 30% eram empresas privadas com fins lucrativos e 2% eram instituições públicas (para o restante, não havia informações suficientes para a classificação). As instituições estão localizadas, em sua maioria, nas regiões Sudeste (60%) e Sul (26%). Um estudo geográfico mostra que 64% dos municípios brasileiros carecem deste tipo de instituições (Lacerda et al., 2021).

No caso de instituições sem fins lucrativos, a maioria é paga pelas pensões ou aposentadoria de seus residentes; muitas também são apoiadas financeiramente pelo governo (Lacerda et al., 2021). No caso de residências particulares, uma pesquisa rápida na Internet mostra que a faixa de preços é ampla, variando de cerca de R\$ 600 a R\$ 1.000 (USD 111 a USD 185) por mês para quartos de uso compartilhado, até R\$ 2.000 a R\$ 10.000 (USD 380 a USD 1.850) para residências com quartos particulares e outras comodidades (Lacerda et al., 2021)¹⁷.

4.2 Serviços de cuidados domiciliares

Quando as famílias não podem prestar ajuda, a maior parte dos apoios domiciliares fica com a equipe domiciliar, que tem pouco ou nenhum conhecimento específico das tarefas de cuidado (Batthyány, 2021). Ainda assim, há um aumento na oferta de serviços de assistência domiciliar oferecidos pelas empresas; de fato, o número de empresas aumentou de 18 em julho de 2012 para 676 em julho de 2018, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁸. Não foi possível obter informações sobre os custos desses serviços, seu número de usuários, ou seu nível de dependência funcional.

4.3 Serviços de Centros Dia

No Brasil, nos grandes centros urbanos, se observa um aumento do número de centros dia particulares, embora não haja dados sobre o número de instituições. Em comparação com os serviços públicos oferecidos pelo SUAS, a oferta privada é limitada.

A gama de serviços oferecidos (modalidades, horários, atividades), bem como sua qualidade, é ampla. Em geral, eles são prestados com o objetivo de complementar os cuidados recebidos pelo idoso em casa, proporcionando interação social, estímulo físico e cognitivo, durante períodos que podem variar entre 4, 8 ou 12 horas por dia. Estes serviços oferecem acompanhamento com equipe médica, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, assim como atividades de dança, canto, pintura e informática. Com base em um breve levantamento das residências no mercado, foi possível estabelecer que, para oito horas de atendimento, três vezes por semana, com cinco refeições, o custo médio na cidade de São Paulo é de USD 425 por mês.

4.4 Teleassistência

Com o crescente mercado do envelhecimento do país nos últimos 10 anos, surgiram empresas privadas especializadas no cuidado do idoso com a ajuda da tecnologia. Agora, na maioria das grandes cidades brasileiras é possível encontrar serviços de teleassistência

¹⁷ Ver <https://www.cronoshare.com.br/quanto-custa/casa-reposu>.

¹⁸ Ver <https://www.neadsaude.org.br/2018/10/18/lorem-ipsum-dolor-sit-amet-ad-dolor-forensibus/>.

privada para idosos. Os usuários do serviço são em sua maioria mulheres viúvas, morando sozinhas, com uma idade média de 82 anos (Neves e Goldim, 2018).

Segundo uma pesquisa de mercado, o preço cobrado por empresas privadas por este serviço varia, em média, de USD 32 por mês, para uma pulseira com botão de emergência, monitoramento 24 horas e uma ligação semanal de um orientador, até USD 50 por mês, quando inclui orientação médica por telefone, pulseira de monitoramento fora de casa e chamada de ambulância; a taxa única de adesão é de cerca de USD 140.

4.5 Cuidadores de idosos no Brasil

4.5.1 Cuidadores não remunerados

Em todas as partes do mundo, o cuidado das pessoas idosas, e em particular dos idosos funcionalmente dependentes, é predominantemente prestado por cuidadores não remunerados. Na maioria das vezes, esses cuidadores não remunerados são familiares, geralmente mulheres (esposas, mães e filhas) (Brasil, 2008; Nascido, 2008; Lima-Costa et al., 2017; Duran, 2018). O Brasil não é exceção. A própria Constituição Federal brasileira e o Estatuto da Pessoa Idosa atribui o cuidado do idoso, como uma responsabilidade da família, da sociedade e do Estado.

Realmente, em mais de 90% dos casos, as pessoas com dependência funcional recebem apoio da família (ELSI, 2016). Nas últimas décadas, a redução do tamanho das famílias e o aumento da participação feminina no mercado de trabalho tem levado a uma sobrecarga de trabalho para as mulheres, as quais têm de combinar trabalho remunerado e não remunerado. Dados de 2016 mostram que, em uma semana típica, as mulheres dedicam cerca de 73% mais horas aos cuidados e/ou trabalhos domésticos do que os homens (18,1 horas versus 10,5 horas por semana, respectivamente). A diferença de gênero é maior na região nordeste e entre as pessoas negras (IPEA, 2016; Lima-Costa et al., 2017; IBGE, 2018).

4.5.2 Cuidadores remunerados

O setor de cuidadores de idosos é o que mais cresceu nos últimos anos no país (Brasil, 2018b). O número de trabalhadores do setor aumentou de 5.263 em 2007 para 34.051 em 2017. Este número é baixo quando comparado com o que se considera preciso para cobrir as necessidades de cuidado da população idosa dependente, número que ascende a mais de 260.000 cuidadores formais (Villalobos Ditrans et al., 2022).

Os estados onde a atividade mais se expandiu foram São Paulo, com 11.397 empregos criados no período; Minas Gerais, com 4.475 e Rio Grande do Sul, com 2.288 (Brasil 2018b).

O setor é caracterizado por uma predominância de mulheres, baixos níveis de escolaridade e baixos níveis salariais. Dados recentes mostram que 85% dos trabalhadores são mulheres com o ensino fundamental II completo. Embora o piso salarial varie entre regiões do país, o regime trabalhista e a base de cálculo seguem a mesma regra que para as trabalhadoras domésticas: para 44 horas por semana, um salário mínimo brasileiro, equivalente a USD 300 (IPEA, 2021). Em comparação, o limite inferior para um enfermeiro é de USD 1.234, USD 846 para um técnico de enfermagem e USD 634 para um auxiliar de enfermagem (Brasil, 2022).

Os baixos níveis salariais são causa e consequência do baixo nível geral de qualificação que caracteriza o setor. Neste sentido, a tarefa do cuidador de idosos foi reconhecida como uma ocupação pelo Ministério do Trabalho e Renda, exigindo para o reconhecimento que eles sejam treinados em cursos com carga horária entre 80 e 160 horas, tenham pelo menos 18 anos de idade e tenham concluído o ensino fundamental I (Brasil, 2010). Entretanto, compete

aos empregadores - tanto às empresas de serviços privados quanto às famílias que contratam diretamente os cuidadores - verificar se estes requisitos são cumpridos.

Seção 5. Conclusões

O Brasil, como os outros países da região, está passando por um processo de envelhecimento populacional que leva, entre outras coisas, a um aumento da demanda por serviços de cuidado de longa permanência. A análise dos últimos dados disponíveis sobre dependência mostra que um pouco mais de 10% das pessoas com 65 anos ou mais têm dificuldades em realizar atividades básicas da vida diária, um número que sobe para quase 30% entre aqueles com 85 anos ou mais.

Embora nos últimos anos o país tenha feito progressos na formulação de políticas e na provisão de serviços para a população idosa em situação de vulnerabilidade, existem poucos serviços públicos para idosos funcionalmente dependentes e suas famílias. A maioria desses serviços é administrada através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ou - em alguns casos - do Sistema Único de Saúde (SUS), mas não existe um sistema de assistência como tal que organize e administre os serviços de assistência à população dependente, garantindo sua qualidade e sustentabilidade. Também não existe uma lei a este respeito. Apesar disso, é importante salientar que o diagnóstico realizado pela Comissão de Transição Governamental em 2022 propõe a criação de uma Secretaria Nacional de Cuidados e Família, dentro do Ministério do Desenvolvimento Social. Seus atributos e responsabilidades ainda estão sendo elaborados e não estão disponíveis ao público.

Adverte-se uma preponderância de serviços públicos de caráter residencial e centros dia, destacando o pouco investimento em cuidados domiciliares. Os serviços privados também são limitados e se concentram na oferta residencial, com um desenvolvimento incipiente de centros dia.

Existe muito espaço para melhorias na qualidade dos serviços. Embora existam regulamentos sobre as condições que as instituições de longa permanência e os centros dia devem cumprir para prestar serviços, não há dados oficiais sobre o assunto e estudos indicam que o grau de cumprimento continua sendo insuficiente. Além disso, o nível de treinamento de recursos humanos ainda é insuficiente. Existe um curso dirigido a profissionais de saúde para ajudá-los a apoiar os cuidadores, mas permanece uma carência de oferta pública de formação de cuidadores propriamente dita.

Em conclusão, apesar de a legislação vigente apoiar e estimular a incorporação de políticas interministeriais na provisão de cuidados integrados para a população idosa e induzir uma continuidade do cuidado entre os diferentes níveis de atenção e programas, percebe-se claramente que não existe uma interface bem definida entre as áreas, evidenciando a falta de uma política pública exclusiva para a população idosa dependente.

Na América Latina e no Caribe, o Uruguai é o único país com um sistema aprovado por lei, operando no âmbito nacional, embora sua cobertura seja baixa. A maioria dos países está numa situação semelhante à do Brasil, apesar de a questão dos cuidados de longo prazo estar gradualmente começando a ganhar destaque na agenda de políticas públicas. Países como Costa Rica, Argentina, Colômbia, República Dominicana, Panamá, Paraguai e Peru estão adotando diversas ações para institucionalizar um sistema de cuidados em nível nacional, ainda que o progresso seja desigual (Aranco et al., 2022). No Brasil, em 2021, foi formado um grupo de trabalho para elaborar uma política de cuidados, com a participação dos Ministérios da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; da Cidadania; da Educação; da Saúde; e do Instituto Nacional de Segurança Social (Piñeiro, 2022).

Apesar destas generalidades, a autonomia dos estados no Brasil faz com que as realidades de cada município possam apresentar características muito heterogêneas. Isto pode ser visto no estudo de caso do Estado de São Paulo e dos seus três municípios.

Neste contexto, o cuidado que os idosos necessitam é prestado, em sua maior parte, por membros da família. Isto tem consequências negativas, não apenas para os cuidadores - a maioria dos quais são mulheres - cuja saúde e empregabilidade são afetadas, mas também para as pessoas que são cuidadas, pois os cuidadores muitas vezes carecem dos conhecimentos teóricos e práticos necessários para a tarefa.

Fazer avançar a agenda de cuidados para idosos é essencial para garantir a cobertura e a qualidade dos serviços de atenção a pessoas dependentes, e também para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores, remunerados e não remunerados.

Bibliografia

- Accioly, M. (2020). Panorama das ILPI no Brasil. Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI.
- Accioly, M.; Wacholz, P.A.; Barbosa da Silva, C.; Souza Perez, L.C.; Ferreira Chacon, P.; de Lima Bezerra, C.; Lohman, S.; Garcia Moreira, V.; Duarte, Y.A.O. y Giacomini, K. (2021). *Methodological Description of Mapping Brazilian Long-Term Care Facilities for Older Adults*. SciELO Preprints
- Aranco, N.; Bosch, M.; Stampini, M.; Azuara, O.; Goyeneche, L.; Ibararán, P.; Oliveira, D.; Reyes, M., Savedoff, W. e Torres, E. (2022). *Envelhecer na América Latina e Caribe: Proteção social e qualidade de vida entre pessoas idosas*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. doi: <http://dx.doi.org/10.18235/0004287>
- Aranco, N.; Stampini, M. e Ibararán, P. (2022). *Prevalência de dependência funcional entre pessoas idosas em 26 países de América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. Nota Técnica IDB-TN-2470. <http://dx.doi.org/10.18235/0004250>
- Batthyány, K. (ed.) (2021). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. México: Siglo XXI Editores.
- Benedetti, F.; Acuña, J. e Fabiani, B. (2022). *Telecare: technological innovations for remote care*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. Technical Note IDB-TN-02475.
- Born, Tomiko (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência – Manual do cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Presidência da República. <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/12.pdf>
- Brasil (2020a). Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. "Benefício de bem-estar para o idoso e a pessoa com deficiência". (BPC)". <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais-1/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>
- Brasil (2020b). Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. "Proteção Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas". <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/servicos-e-programas-1/servico-de-protecao-social-especial-para-pessoas-com-deficiencia-idosas-e-suas-familias>
- Brasil (2018a). Ministério do Trabalho e Emprego. "Conheça as profissões que mais avançaram no Brasil". <https://www.legisweb.com.br/noticia/?id=21571>
- Brasil (2018b). Ministério da Saúde. "Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS" / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 91 p.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. "Caderno de Atenção Domiciliar: o papel dos cuidadores na atenção domiciliar". http://189.28.128.100/dab/docs/geral/CAD_VOL1_CAP5.pdf
- Brasil (2009). Ministério do Desenvolvimento Social. Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009, Conselho Nacional de Assistência Social (Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais). https://www.mds.gov.br/webarquivos/public/resolucao_CNAS_N109_%202009.pdf
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- Brasil (2010). Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria Nº 397, de 10 de dezembro de 1999. Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. https://portalfat.mte.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf

- Brasil (1990). Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Caraguatatuba (cidade) (2014). "Programa Caraguá Cidade Amiga do Idoso 2013/2014". http://caraguatatuba.sp.gov.br/pmc/uploads/services/conselhos_municipais/conselho_idos_o/cidade_amiga_idoso/Relatorio_final_Tabelas_Graficos_da_CidadeAmiga_do_Idoso_julho_14.pdf
- Derhun, F. M.; de Souza Scolari, G. A.; de Castro, V. C.; Salci, M. A.; Antoniassi Baldissera, V. D. e Carreira, L. (2019). "El centro de atención a la salud de las personas mayores y su importancia en el apoyo a la familia y la Red de Atención a la Salud". Escuela Anna Nery. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200205&lng=pt
- Dunlop, D.D.; Hughes S.L. e Manheim L.M. (1997). "Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability". *American Journal of Public Health*, 87(3): 378-383.
- Durán, M. A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado: Innovaciones necesarias en el análisis económico y sociológico*. Universidade de Valência.
- ELSI (2016). *Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros*. <https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/data-access/>
- Freitas, Marco Polo e Moraes, Edgar Nunes (2008). "Estrutura da rede de atenção à saúde da pessoa idosa", em Abreu Borges, A. P. y Castilho Coimbra, A. M. (org.) *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/444168/mod_resource/content/1/Envelhecimento_e_saude_da_pessoa_idosa.pdf
- Governo do Estado de São Paulo (n.d.) *Como se tornar um Município Amigo do Idoso: Critérios para a obtenção do Selo de Município Amigo do Idoso*. <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/sp-amigo-3.pdf>
- IBGE (2019a). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Países*. <https://pais.es.ibge.gov.br/mapa/brasil>
- IBGE (2019b). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
- IBGE (2018). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Educação 2017*. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101576_informativo.pdf
- IBGE (2020). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico do Brasil 2020*. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/taguai.html>
- IBGE (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>
- IHME (2019). Institute for Health Metrics and Evaluation. *Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017). Results*. Global Burden of Disease Collaborative Network. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- IPEA (2016). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Economia dos Cuidados: marco teórico-conceitual*. Brasília-DF: 1-42p.
- IPEA (2021). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Entre relações de cuidado e vivências de vulnerabilidade: dilemas e desafios para o trabalho doméstico e de cuidados remunerados no Brasil*. Organizadoras: Luana Pinheiro, Carolina Pereira Tokarski, Anne Caroline Posthuma. Brasília: IPEA/ OIT, 1-246p.

- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P.J., Dubois, B., Eriksdotter, M., Ewers, M., Graessel, E. e Kramberger, M.G. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's research & therapy*, 7(1), pp.1-20.
- Katz, S.; Ford, A.; Moskowitz, R.; Jackson, B. y Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 185 (2), 914-919. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Lacerda, T.T.B.D.; Horta, N.D.C.; Souza, M.C.M.R.D.; Oliveira, T.R.P.R.D.; Marcelino, K.G.S. e Ferreira, Q.N., 2017. "Caracterização das Instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belo Horizonte". *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20, pp.743-753. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/yzMdP9xxjQrwNmbqFJSDXMQ/?lang=pt&format=pdf>
- Lima-Costa, M.F.; Peixoto, S.V.; Malta, D.M.; Szwarcwald, C.L.; Mambrini, J.V.M. (2017). "Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil". (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Revista de Saúde Pública*, 51(Supl. 1):6s. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/939yfMsLPFvR9KYJFfwYkc/?format=pdf&lang=pt>
- Malta, Deborah Carvalho; Morais Neto, Otaliba Libânio de; Silva, Jarbas Barbosa da (2011). *Plan de acciones estratégicas para el enfrentamiento de las enfermedades no transmisibles (ENT) en Brasil, 2011-2022*. Ministério da Saúde. https://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/cartilha_13102011.pdf
- Medeiros (2022). *Acolhimento Institucional: o que é e quais as modalidades?* Blog GESUAS. <https://blog.gesuas.com.br/acolhimento-institucional/>
- Mendes, E.V. (2010). "As redes de atenção à saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5),2297-2305. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
- Ministério da Saúde (2022). *Vigitel Brasil 2021. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>
- Ministério da Cidadania (2020). Secretaria Nacional de Assistência Social. *Atendimento da pessoa idosa no Sistema Unico de Assistência Social, SUAS*.
- Ministério da Cidadania (2015). Secretaria Especial de Desenvolvimento Social: Serviço de Acolhimento da Pessoas Idosas. <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento/servico-de-acolhimento-para-pessoas-idosas>
- Miranda, Gabriella Morais Duarte; Antonio da Cruz Gouveia Mendes e Ana Lucia Andrade da Silva (2016). "Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences". *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>
- Neves, B. B. y Goldim, J. R. (2018). "Teleassistência em idosos: coerção, confiança e satisfação associadas à sua utilização". *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4): 479-486.
- Oliveira, D.; León-Moncada, S. e Terra, F. (2022). *El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: Prácticas, avances y direcciones futuras*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. Nota Técnica IDB-TN-2476. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/El-uso-de-Baremos-de-Valoracion-de-la-Funcionalidad-y-de-la-Dependencia-de-cuidados-en-personas-mayores-Practicas-avances-y-direcciones-futuras.pdf>
- OMS (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

- OMS (2004). *Relatório sobre a saúde no mundo 2004 – Mudemos o rumo da história*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42936>
- Pampolim, G. et al. (2017). Prevalence and factors associated with functional dependency in homebound elderly people. *Journal of Human Growth and Development – Brazil*, 27(2): 235-243.
- Piñeiro, V. (2021). Cuidados en América Latina y el Caribe: avances y desafíos hacia políticas integrales. Apresentação na 6ª Reunião da RedCUIDAR+, Buenos Aires, 21 de abril de 2022 organizada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento, la Agencia Francesa para o Desenvolvimento, e EuroSociAL+. <https://www.iadb.org/es/panorama/redcuidar>
- Prefeitura da Cidade de São Paulo (2021). Secretaria Municipal da Saúde. *Diretrizes da rede de atenção à saúde da pessoa idosa*. https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZES_RASPI_2021.pdf
- Ramos, L. R. (2003). “Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo”. *CAD Saúde Pública*, 19(3):793-8.
- Roehr, S., Riedel-Heller, S.G., Kaduszkiewicz, H., Wagner, M., Fuchs, A., van der Leeden, C., Wiese, B., Werle, J., Bickel, H., König, H.H. e Wolfgruber, S. (2019). Is function in instrumental activities of daily living a useful feature in predicting Alzheimer's disease dementia in subjective cognitive decline? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(1), pp.193-203.
- São Paulo (2017). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Saúde da Pessoa Idosa: boas práticas. “Implantação da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI-AB) no Atendimento Básico de Saúde na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo”. <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/pratica/implantacao-da-avaliacao-multidimensional-da-pessoa-idosa-ampi-ab-na-atencao-basica-na>
- São Paulo (2016b). “Documento Norteador Programa Acompanhante de Idosos”. Secretaria da Saúde da cidade de São Paulo. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. São Paulo: SMS, 129p.
- SEDS (2019). Secretaria de Desenvolvimento Social. Programa “São Paulo Amigo da Pessoa Idosa”. http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/programas_spamigodoidoso
- SUAS (2018). Sistema Único de Assistência Social. Censo SUAS. <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/vigilancia/index2.php>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division [UN DESA] (2022). "World Population Prospects 2022 Demographic indicators by region, subregion and country, annually for 1950-2100". *United Nations Population Division* (Online ed.). New York.
- Villalobos Ditrans, P.; Oliveira, D. e Stampini, M. (2022). *Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento. Nota Técnica IDB-TN-02556. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Estimacion-de-las-necesidades-de-recursos-humanos-para-la-atencion-a-las-personas-mayores-con-dependencia-de-cuidados-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>