

Situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe



OPAS

Organização
Pan-Americana
da Saúde

Organização
Mundial da Saúde
REGIONAL AMÉRICA



Década
do envelhecimento
saudável
nas Américas



Década do Envelhecimento Saudável nas Américas
situação e desafios

Situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe

Washington, D.C., 2023



Situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe

ISBN: 978-92-75-72687-7 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12687-5 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde e Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2023**

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilha Igual 3.0 IGO da Creative Commons ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/)).

De acordo com os termos da licença, é permitido copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que se utilize a mesma licença ou uma licença equivalente da Creative Commons e que ela seja citada corretamente, conforme indicado abaixo. Nenhuma utilização desta obra deve dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) endossam uma determinada organização, produto ou serviço. Não é permitido utilizar o logotipo da OPAS e do BID.

Adaptações: em caso de adaptação da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). As opiniões expressas nesta adaptação são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam necessariamente a posição da OPAS e do BID nem de sua Junta de Diretores Executivos nem dos países que representam”.

Traduções: em caso de tradução da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: “Esta publicação não é uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). A OPAS e o BID não assumem nenhuma responsabilidade pelo conteúdo nem pela exatidão da tradução”.

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde e Banco Interamericano de Desenvolvimento. Situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe. Washington, DC: OPAS e BID; 2023. Licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/). Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726877>.

Dados de catalogação: podem ser consultados em: <http://iris.paho.org>.

Direitos e licenças: Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, ver www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiais de terceiros: caso um usuário deseje reutilizar material contido nesta obra que seja de propriedade de terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe a ele determinar se necessita de autorização para tal reutilização e obter a autorização do detentor dos direitos autorais. O risco de ações de indenização decorrentes da violação de direitos autorais pelo uso de material pertencente a terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Avisos legais gerais: as denominações utilizadas nesta publicação e a forma como os dados são apresentados não implicam nenhum juízo, por parte da OPAS e do BID, com respeito à condição jurídica de países, territórios, cidades ou zonas ou de suas autoridades nem com relação ao traçado de suas fronteiras ou limites. As linhas tracejadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode não haver total concordância.

A menção a determinadas empresas comerciais ou aos nomes comerciais de certos produtos não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS e pelo BID em detrimento de outros de natureza semelhante. Salvo erro ou omissão, nomes de produtos patenteados são grafados com inicial maiúscula.

As opiniões expressas nesta obra são exclusivamente dos autores e não necessariamente refletem o ponto de vista da OPAS, BID nem de sua Junta de Diretores Executivos nem dos países que representam.

A OPAS e o BID adotaram todas as precauções razoáveis para confirmar as informações constantes desta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, expressa ou implícita. O leitor é responsável pela interpretação do material e seu uso; a OPAS e o BID não poderão ser responsabilizados/as, de forma alguma, por qualquer prejuízo causado por sua utilização.

Sumário

Agradecimentos	iv
Siglas	v
Introdução	1
Cuidados de longo prazo e sua importância para o envelhecimento saudável.....	2
Carga da dependência de cuidados	4
Como medir a carga da dependência de cuidados.....	4
Prevalência da dependência de cuidados em pessoas idosas.....	6
Fatores relacionados à dependência de cuidados.....	8
Doenças	8
Nível socioeconômico	10
Participação social, relações interpessoais e organização familiar.....	12
Efeito da dependência de cuidados em pessoas idosas, cuidadores e familiares	13
Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de dependência de cuidados	13
Cuidadores e familiares.....	13
Efeito na sociedade e oportunidades econômicas no setor de cuidados	15
Sistemas e serviços de cuidados de longo prazo	17
O papel do setor público.....	18
Elaboração e execução de políticas de cuidados	18
Prestação de serviços	20
Garantia de qualidade dos serviços.....	23
Regulamentação e fiscalização	23
Formação de recursos humanos.....	24
O papel do setor privado	26
O papel do cuidado familiar.....	28
Prioridades e recomendações	29
Estabelecer sistemas de cuidados de longo prazo	29
Reconhecer, reduzir e redistribuir a carga de cuidados não remunerados para fechar as lacunas de gênero.....	31
Fortalecer a integração socio sanitária	33
Investir na economia de cuidados.....	34
Referências	35

Agradecimentos

Esta publicação foi preparada no âmbito de uma colaboração entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Foi redigida por Natalia Aranco, Déborah Oliveira, Fiorella Benedetti, Pablo Ibararán e Marco Stampini, do BID.

Esta publicação faz parte de uma série intitulada *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas: situação e desafios* e é o resultado de uma iniciativa interinstitucional. A série foi coordenada por Patricia Morsch, Enrique Vega e Pablo Villalobos, sob a supervisão de Luis Andrés de Francisco Serpa, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

O objetivo da série é oferecer atualizações periódicas sobre as diversas áreas de ação da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) na Região, bem como sobre outros aspectos relacionados. Agradecemos a colaboração dos especialistas da OPAS, do Sistema das Nações Unidas, do Sistema Interamericano e do meio acadêmico que participaram da iniciativa e fizeram observações e recomendações essenciais para levar o projeto a bom termo.

Siglas

ABVD	Atividades básicas da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
PAMI	Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas do Programa de Assistência Médica Integral (Argentina)
PIB	Produto interno bruto
SABE	Inquérito Nacional de Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Colômbia)
SNAC	Sistema Intersetorial de Proteção Social (Chile)
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Uruguai)

Introdução

Os cuidados de longo prazo incluem uma série de atividades realizadas por cuidadores e prestadores de cuidados¹ para otimizar e compensar a perda permanente ou temporária de capacidade intrínseca de uma pessoa a fim de promover um nível de habilidade funcional de acordo com os direitos básicos, as liberdades fundamentais e a dignidade humana (1).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1), o cuidador é uma pessoa que presta cuidados a um ou mais membros de sua família, a amigos ou à comunidade de maneira informal, geralmente sem receber remuneração. Já os prestadores de cuidados (profissionais das áreas de enfermagem e assistência social, entre outros) fornecem cuidados no âmbito de sistemas formais de prestação de serviços de cuidados de longo prazo.

Com o objetivo de descrever o conhecimento disponível atualmente sobre a situação da saúde e do envelhecimento das pessoas idosas, este documento apresenta informações atualizadas sobre a situação dos cuidados de longo prazo na Região. Os dados oferecem uma análise detalhada da situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe, da carga e dos efeitos da dependência de cuidados, bem como dos sistemas e serviços de cuidados de longo prazo existentes atualmente.

O documento começa por uma análise para definir o que são considerados cuidados de longo prazo e por que são relevantes no contexto do envelhecimento saudável. A seção seguinte dimensiona a carga da dependência de cuidados na sub-região, as diferentes formas de medi-la, sua prevalência entre as pessoas idosas e os fatores relacionados ao seu desenvolvimento. Em seguida, descreve os efeitos do aumento da necessidade de cuidados, não apenas para os indivíduos e suas famílias, mas também para a sociedade como um todo. Depois, analisa estratégias para atender à demanda existente por cuidados para pessoas idosas em diferentes países, diferenciando o papel do setor público (tanto na elaboração de políticas e na institucionalização quanto na oferta de serviços e na garantia da qualidade), das famílias e do setor privado. Por último, são feitas algumas considerações sobre quais devem ser os próximos passos na agenda de cuidados da sub-região.

1 Neste relatório os termos *cuidador e prestador de cuidados* são utilizados com o objetivo de simplificar a leitura, porém sem deixar de reconhecer que a grande maioria das tarefas de cuidados, remuneradas ou não, são realizadas por mulheres.

Cuidados de longo prazo e sua importância para o envelhecimento saudável

Os cuidados de longo prazo são fundamentais para promover o envelhecimento saudável, pois contribuem para a manutenção do mais alto nível possível de habilidade funcional nas pessoas idosas. Além disso, ocupam um lugar central na agenda mundial e na resposta da OMS ao envelhecimento da população, contempladas como uma área de ação fundamental para a Década do Envelhecimento Saudável, estabelecida pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2020 e posteriormente pela Assembleia Geral das Nações Unidas, no mesmo ano (2).

Os cuidados de longo prazo podem ser prestados por múltiplos atores, em vários ambientes e em diversas condições. Geralmente, são assumidos pelas mulheres da família, de forma não remunerada e no próprio domicílio de residência da pessoa em situação de dependência de cuidados (3, 4). No entanto, a diminuição do tamanho das famílias, o crescente reconhecimento das desigualdades de gênero na prestação de cuidados e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho provocam tensão na organização dos cuidados baseada exclusivamente em laços familiares. Esse conjunto de circunstâncias requer a participação do Estado, do mercado e das organizações da sociedade civil na provisão de cuidados.

Além dos cuidados familiares, entre os serviços de cuidados de longo prazo mais comuns, distinguem-se (5):

- **Serviços residenciais:** serviços prestados a pessoas idosas em instalações que incluem alojamento temporário ou permanente (como as Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas); podem oferecer um pacote completo de serviços de apoio nas atividades da vida diária, de estímulo físico e cognitivo e de apoio às famílias, além de alguns serviços de saúde.
- **Serviços de apoio domiciliar:** serviços prestados no domicílio de residência da pessoa; geralmente incluem a presença de um prestador de cuidados que oferece apoio para a realização das atividades da vida diária e alguns serviços de saúde prestados por profissionais capacitados.
- **Serviços em centros-dia:** serviços prestados em instalações que funcionam durante o dia e não incluem alojamento; podem oferecer um pacote completo de serviços de avaliação, estimulação e apoio social, físico, psicológico, cognitivo e nutricional.

- **Serviços de teleassistência:** incluem serviços prestados utilizando tecnologias de informação e comunicação com o objetivo de garantir o monitoramento da pessoa em situação de dependência no próprio lar, responder a casos de emergência e estimular o autocuidado e a autonomia.
- **Serviços de apoio aos cuidadores:** incluem serviços de apoio ou capacitação que visam não só melhorar a qualidade dos cuidados, mas também a qualidade de vida das pessoas que prestam esses cuidados, liberando seu tempo e aliviando as cargas emocionais e físicas inerentes à prestação de cuidados. Isso inclui, por exemplo, serviços de aconselhamento psicológico, capacitação e cuidados de repouso (*respite care*). Também se poderiam incluir aqui benefícios econômicos destinados a pagar pelos gastos com cuidados.

A decisão sobre qual serviço é o mais adequado deve ser tomada com base no grau de dependência de cuidados da pessoa e nas necessidades dos cuidadores, bem como no contexto em que ambos se encontram. Os serviços de apoio e cuidados domiciliares, os centros-dia, a teleassistência e o apoio aos cuidadores permitem que a pessoa em situação de dependência permaneça o maior tempo possível na sua casa e que os cuidadores mantenham seu bem-estar físico e mental. As evidências indicam que, além de ser a opção preferida das pessoas idosas, a permanência em casa também ajuda a preservar os níveis de autonomia e traz benefícios para a saúde física, mental, social e emocional (1, 6).

Atualmente, a sub-região da América Latina e do Caribe é a que está envelhecendo mais rapidamente no mundo (7). Embora exista um nível muito alto de heterogeneidade entre as pessoas, de modo geral pode-se afirmar que o envelhecimento vem acompanhado de maior risco de desenvolver doenças e sofrer um declínio das habilidades funcionais e, portanto, de necessitar de cuidados (2). A crescente proporção de pessoas idosas vivendo nessa sub-região levará a um aumento substancial da demanda por serviços de atenção, que os países precisarão atender nas próximas décadas (7).

O aumento da demanda vem acompanhado de uma redução na oferta de cuidados não remunerados prestados por familiares. Embora continue sendo o principal suporte, o apoio familiar é cada vez mais insuficiente, e cada vez mais se reconhece que não é equitativo entre os gêneros. O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, aliado à diminuição do tamanho das famílias, faz com que a rede de familiares capazes de prestar cuidados não remunerados

esteja cada vez mais reduzida (5, 8). O papel dos governos, portanto, é essencial para garantir o acesso a serviços de qualidade a preços acessíveis por meio do desenvolvimento de sistemas nacionais de atenção a pessoas idosas em situação de dependência e seus cuidadores (5). Esses sistemas também podem oferecer apoio a pessoas com deficiência que tenham necessidades especiais de cuidados.

Independentemente da forma como estejam organizados, a OMS (1, 9) estabelece que esses sistemas devem 1) otimizar a habilidade funcional ao longo do tempo e compensar a perda de capacidade intrínseca; 2) estar centrados na pessoa e alinhados com os valores e preferências de quem recebe os cuidados e de quem os presta; e 3) oferecer serviços integrados, integrais e continuados com a participação ativa da comunidade. Um aspecto crucial dessa estratégia é a criação e manutenção de uma força de trabalho devidamente capacitada e o apoio aos cuidadores (10). Além disso, os cuidados de longo prazo devem ser considerados em um contexto de integração socio sanitária e, na medida do possível, como parte importante de uma estratégia de cobertura universal e integrada (11).

Carga da dependência de cuidados

Como medir a carga da dependência de cuidados

A necessidade de serviços de cuidados deve ser medida, na prática, com base na prevalência e no grau de dependência, ou seja, no grau de dificuldade das pessoas para realizar as atividades básicas da vida diária (ABVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (1, 12). As primeiras incluem atividades essenciais de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar-se, levantar-se da cama ou da cadeira, usar o banheiro e se movimentar pela casa. As AIVD são atividades que implicam maior grau de complexidade cognitiva e que, embora não sejam necessariamente essenciais para a sobrevivência, facilitam a vida independente, como usar o telefone, tomar medicamentos, administrar o dinheiro, comprar alimentos, preparar refeições e usar um mapa (1).

A medição pode ser abordada a partir de dois níveis. O primeiro é um nível micro, pelo qual se avalia o grau de dependência de cada pessoa por meio da aplicação de uma escala que inclui um amplo conjunto de atividades com diferentes pesos conforme seu impacto na necessidade de cuidados da pessoa (13). Em países que dispõem

de sistemas de atenção a pessoas em situação de dependência medianamente elaborados (como, por exemplo, muitos dos integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico), a escala é utilizada para determinar a elegibilidade das pessoas beneficiárias. Os países usam diferentes escalas (algumas das mais conhecidas são o Índice de Barthel e o Índice de Katz), segundo critérios que incluem objetivos políticos, tipos de benefício e viabilidade de aplicação (14).

O segundo nível de medição é um nível macro, no qual se estima estatisticamente a prevalência da dependência de cuidados para fins analíticos. Isso pode contribuir para diversos objetivos, como o dimensionamento da demanda por serviços para planejar a oferta, a análise de correlações entre diferentes variáveis para estabelecer a população a que se destinam os serviços ou mesmo a elaboração de políticas de prevenção. Alguns países realizam pesquisas em nível nacional que incluem módulos específicos para medir a capacidade funcional e a necessidade ou disponibilidade dos serviços de atenção que podem se utilizados pela população pesquisada. Na América Latina e no Caribe, alguns países como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguai, República Dominicana e Uruguai realizam pesquisas desse tipo.

Há uma grande heterogeneidade entre as pesquisas na sub-região. As ABVD e AIVD são conceitualizadas e medidas de formas diferentes entre os países (por exemplo, diferentes números e tipos de atividades consideradas e diferentes formulações de perguntas e opções de resposta) e até mesmo dentro de um mesmo país, caso haja mais de uma pesquisa. Atualmente, não existe um método harmonizado em escala mundial para medir a dependência de cuidados, dificultando comparações entre países e ao longo do tempo. Vale destacar que, como parte de um grupo de trabalho interinstitucional liderado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estão sendo realizadas atividades na América Latina e no Caribe para conseguir uma maior harmonização entre os instrumentos nacionais utilizados.

Por último, é importante não confundir dependência de cuidados com uma situação de incapacidade ou deficiência. A definição de *dependência* não se limita exclusivamente a uma dimensão biológica; o contexto em que a pessoa está inserida pode favorecer ou limitar sua autonomia funcional, independentemente da presença de limitações físicas, sensoriais ou cognitivas. Em outras palavras, a existência de limitações funcionais não equivale necessariamente à dependência de cuidados (7). Dados do Uruguai, por exemplo, mostram que,

embora 82% das pessoas com mais de 60 anos que se encontram em situação de dependência funcional relatem alguma limitação física ou mental, cerca de metade das pessoas idosas com limitações tem independência total para realizar suas atividades diárias (3).

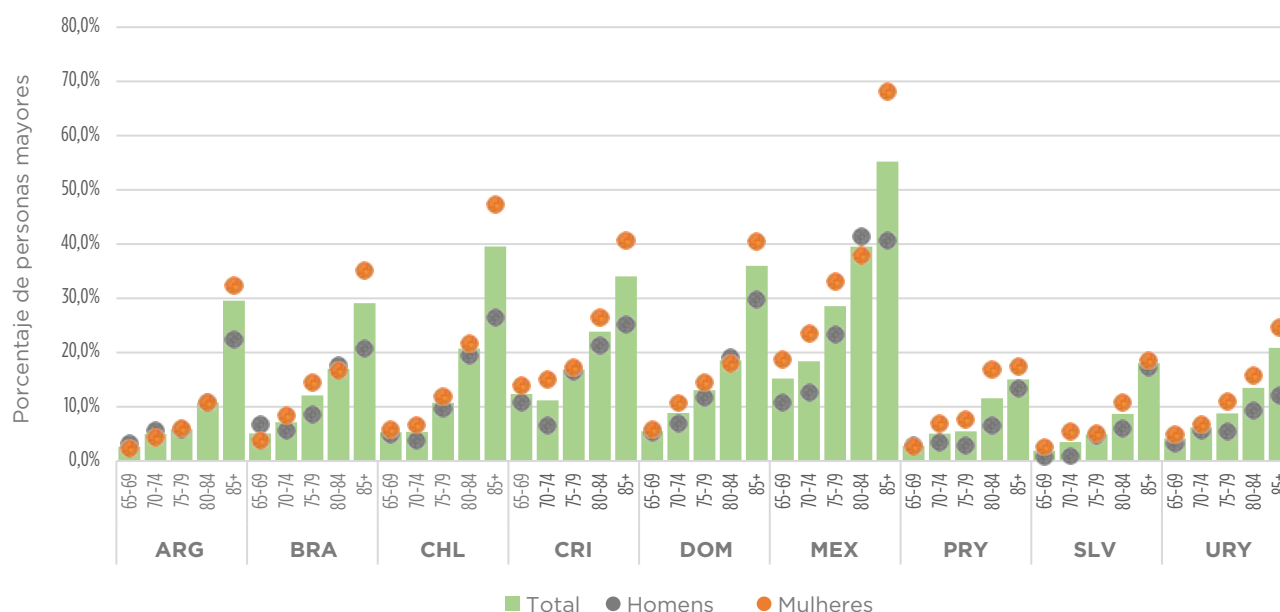
Prevalência da dependência de cuidados em pessoas idosas

Na América Latina e no Caribe, 14,4% da população de 65 anos ou mais se encontra em situação de dependência de cuidados, ou seja, quase 8 milhões de pessoas (15). A Figura 1 mostra a prevalência da dependência de cuidados por sexo e idade para os países da sub-região para os quais há dados disponíveis. Com base no que foi expresso por Aranco et al. (7) e dependendo da disponibilidade de dados para fins de análise, considera-se que uma pessoa esteja em situação de dependência de cuidados se tiver dificuldades ou precisar de ajuda para realizar pelo menos uma ABVD².

A Figura 1 destaca a grande heterogeneidade da prevalência da dependência de cuidados na população idosa entre os países. Por exemplo, enquanto em El Salvador, no Paraguai e no Uruguai a prevalência oscila entre 15% e 20% em pessoas de 85 anos ou mais, na Argentina, no Brasil, no Chile, na Costa Rica e na República Dominicana esse número gira em torno de 30% a 40%, chegando a passar de 55% no México. Embora parte dessa heterogeneidade possa ser explicada por diferenças genuínas entre os países, a falta de harmonização dos instrumentos de coleta de dados também é um fator subjacente à heterogeneidade observada.

² Embora seja essencial levar em consideração dificuldades para realizar as AIVD, especialmente como sinal inicial de declínio cognitivo (ver Guo HJ, Sapra A. Instrumental Activity of Daily Living. StatPearls Publishing; 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553126/>), sua inclusão nas pesquisas dos países da sub-região é menos frequente que a inclusão de dificuldades para realizar as ABVD e é mais heterogênea.

Figura 1. Prevalência da dependência de cuidados na população de 65 anos ou mais em países da América Latina e do Caribe, por sexo e faixa etária, 2012-2018



Obs.: Com base nos dados mais recentes disponíveis para cada país, é apresentada a porcentagem da população que relata ter dificuldades ou precisar de ajuda para pelo menos uma atividade básica da vida diária. O número de atividades consideradas varia conforme o país: a Costa Rica considera três; El Salvador, quatro; Chile, Paraguai e República Dominicana, cinco; Argentina, México e Uruguai, seis; e o Brasil, sete. Na Argentina, no Chile, em El Salvador, no Paraguai e na República Dominicana, a dificuldade é medida de forma dicotômica (sim ou não). No Brasil, a pessoa respondente deve escolher um nível de dificuldade em uma escala que vai até quatro; considera-se situação de dependência se a pessoa indicar que tem “bastante dificuldade” para realizar a atividade ou que “não consegue” realizá-la. No México também se utiliza uma escala de quatro níveis; a pessoa está em situação de dependência se declarar que “sim, tem dificuldade”, que “não consegue realizar a atividade” ou que “não realiza a atividade por problemas de saúde”. Na Costa Rica, aplica-se uma escala de cinco níveis; a pessoa está em situação de dependência se selecionar um valor superior a 3 para qualquer uma das atividades, exceto levantar-se da cama (para a qual se impõe um limite de 4). No Uruguai, a escala é de três níveis; a pessoa é considerada em situação de dependência se afirmar que tem dificuldade “moderadamente” ou “sempre”.

ARG: Argentina; BRA: Brasil; CHL: Chile; CRI: Costa Rica; DOM: República Dominicana; MEX: México; PRY: Paraguai; SLV: El Salvador; URY: Uruguai.

Fonte: Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envelhecer na América Latina e Caribe: proteção social e qualidade de vida entre pessoas idosas. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2022. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/portuguese/viewer/Envelhecer-na-America-Latina-e-Caribe-protoco-social-e-qualidade-de-vida-entre-pessoas-idosas.pdf>.

Quaisquer que sejam as diferenças entre os níveis de funcionalidade dos países, certos padrões são evidentes. Em primeiro lugar, embora uma elevada porcentagem da população idosa em situação de dependência de cuidados tenha menos de 65 anos, a prevalência aumenta de forma acentuada com a idade, particularmente a partir dos 85 anos. O pronunciado gradiente etário reflete o fato de que, do ponto de vista biológico, à medida que a idade avança, aumenta a probabilidade de apresentar problemas de saúde complexos e, portanto, de sofrer uma perda gradual da funcionalidade (1). Supondo que as taxas de dependência por idade se mantenham constantes, o mero envelhecimento da população fará com que o número de

peças idosas dependentes de cuidados na América Latina e no Caribe triplicou em 30 anos (7). Isso destaca a necessidade urgente de elaborar e aplicar políticas de cuidados para pessoas idosas em situação de dependência de cuidados.

Em segundo lugar, as mulheres têm taxas de dependência de cuidados mais elevadas que os homens. Isso pode ser devido ao fato de que as mulheres são mais propensas a sofrer doenças muito debilitantes, embora com baixos níveis de mortalidade (16). Com base no fato de que as mulheres prestam mais de 70% dos cuidados a pessoas idosas (17), os dados mostram que a dependência de cuidados tem uma dupla dimensão de gênero, que deve ser levada em consideração na elaboração das políticas (5).

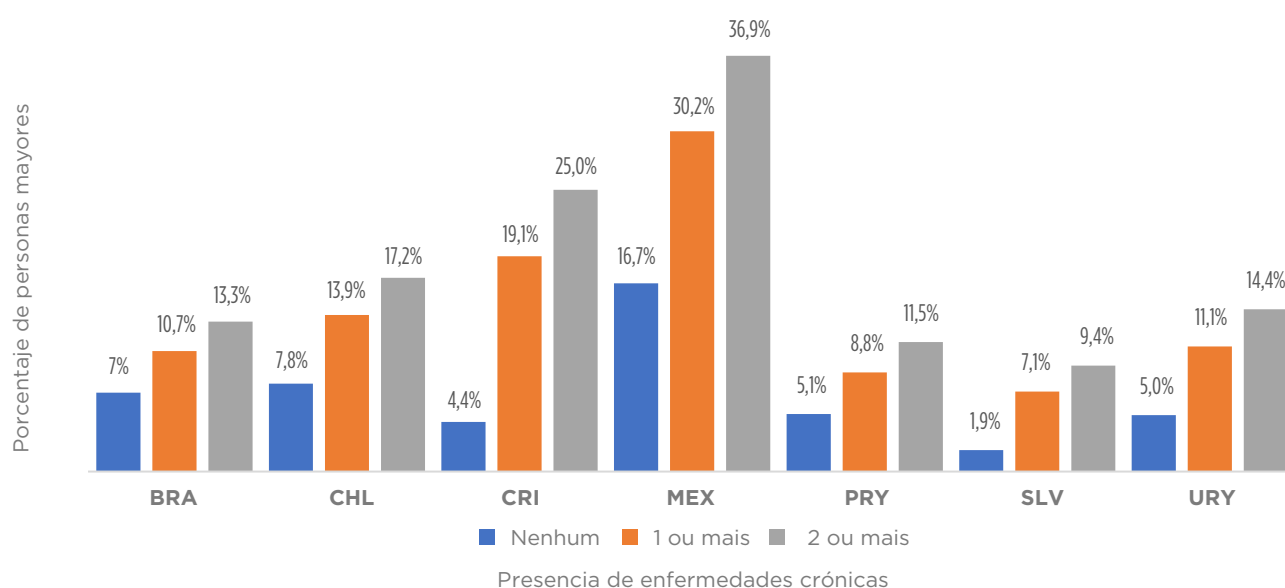
Fatores relacionados à dependência de cuidados

Além da idade e do sexo, a gama de fatores relacionados à presença da situação de dependência de cuidados nas pessoas idosas é ampla, indo desde o contexto socioeconômico ou grau de participação na sociedade até o estado de saúde física e mental. É difícil estabelecer relações claras de causa e efeito entre esses fatores, pois as relações de causalidade são complexas e, em muitos casos, não são apenas bidirecionais, e sim multidimensionais, e se reforçam mutuamente. Nesse sentido, apresenta-se a seguir a síntese de alguns dos fatores contextuais, comportamentais e epidemiológicos relacionados com o estado de dependência de cuidados em pessoas idosas.

Doenças

A presença de doenças e o declínio cognitivo, bem como a existência de limitações (tanto físicas quanto sensoriais), podem afetar a capacidade da pessoa de levar uma vida autônoma e independente. A Figura 2 mostra que a probabilidade de uma pessoa idosa se encontrar em situação de dependência de cuidados aumenta com a presença de doenças crônicas, particularmente as que têm algum grau de comorbidade. A diferença entre as pessoas que não têm nenhuma doença e as que têm mais de uma varia desde 6 pontos percentuais, como no caso do Brasil, até mais de 20 pontos, na Costa Rica.

Figura 2. Prevalência da dependência de cuidados entre pessoas de 65 anos ou mais, por presença de doenças crônicas, 2012-2018



Obs.: BRA Brasil; CHL: Chile; CRI: Costa Rica; MEX: México; PRY: Paraguai; SLV: El Salvador; URY: Uruguai.

Fonte: Dados processados a partir dos dados mais recentes disponíveis da Pesquisa Longitudinal de Proteção Social (ELPS), no Chile (2015), El Salvador (2013), Paraguai (2015) e Uruguai (2013); Estudo Nacional de Saúde e Envelhecimento (ENASEM), no México (2018); Pesquisa Nacional sobre Deficiência (ENADIS), na Costa Rica (2018); e Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI), no Brasil (2016).

Existe um consenso geral de que o risco de dependência de cuidados atribuível a doenças crônicas é considerável e que esta causalidade também pode ocorrer no sentido inverso: o fato de uma pessoa idosa estar em situação de dependência de cuidados pode levar ao desenvolvimento de doenças crônicas devido à falta de mobilidade física, ao desenvolvimento de sintomas depressivos ou a deficiências nutricionais, entre outras consequências, que geram dinâmicas que se retroalimentam (18).

Estudos longitudinais, como o de González-González et al. (19), constataram que pessoas idosas com hipertensão, artrite, diabetes ou embolia cerebral têm maior risco de desenvolver uma situação de dependência de cuidados nos 11 anos seguintes do que outras pessoas com as mesmas características (em termos de sexo, idade, nível socioeconômico e hábitos de vida), mas sem doenças crônicas. Da mesma forma, o declínio cognitivo foi relacionado à probabilidade de apresentar dificuldades para realizar as AIVD nos quatro anos seguintes (20).

Isso é alarmante, pois a prevalência de algumas doenças crônicas, como diabetes, neoplasias e doenças musculoesqueléticas, aumentou ao longo do tempo em pessoas da mesma idade (21). Caso não se adotem rapidamente medidas para reverter essa tendência crescente de algumas doenças, o aumento das necessidades de cuidados no futuro será proporcionalmente maior do que o aumento da população idosa. Algumas evidências já apontam nessa direção. No México, por exemplo, a porcentagem de pessoas de 80 anos ou mais com dificuldades para realizar as ABVD aumentou de 29,7% em 2001 para 47,2% em 2018, o que vem acompanhado de aumento na prevalência das principais doenças crônicas, como hipertensão e diabetes (22).

Além das doenças crônicas, também se considera que a existência de limitações físicas ou sensoriais seja um preditor da dependência de cuidados. Dados coletados no Chile mostram que 35,8% das pessoas com mais de 60 anos e pelo menos uma limitação física ou sensorial estão em situação de dependência, em comparação a 6,3% das pessoas idosas sem limitações (7).

Por sua vez, o número de doenças crônicas e limitações físicas ou sensoriais influencia a probabilidade de que as pessoas idosas sofram quedas, que também podem provocar situações de dependência de cuidados (18, 23). Dados do México mostram um aumento de mais de 20 pontos percentuais na probabilidade de estar em situação de dependência de cuidados entre pessoas idosas que sofreram pelo menos uma queda nos últimos dois anos, em comparação com pessoas idosas que não sofreram nenhuma queda (24).

Nível socioeconômico

A probabilidade de ficar em situação de dependência de cuidados varia conforme o nível socioeconômico: as pessoas pertencentes a classes socioeconômicas desfavorecidas apresentam, em média, níveis mais elevados de perda funcional. Similarmente, pessoas em pior situação socioeconômica têm menos acesso a serviços de cuidados. A Tabela mostra a relação entre o nível de escolaridade e a dependência de cuidados em pessoas idosas em seis países da América Latina e do Caribe, utilizando o nível de escolaridade como variável indireta do nível socioeconômico das pessoas.

Os mecanismos subjacentes à associação entre a situação socioeconômica e a dependência de cuidados são muito diversos. A forma de envelhecer de uma pessoa reflete não apenas suas condições atuais, mas também

Tabela 1. Prevalência da dependência de cuidados entre pessoas de 65 anos ou mais, por nível de escolaridade, 2012-2018

	Argentina	Chile	El Salvador	Paraguai	Uruguai
Não frequentou a escola	11,2	22,1	6,8	9,8	15,3
Ensino fundamental completo	6,9	14,2	3,6	6,3	10,2
Ensino médio completo	6,1	7,7	8,0	3,3	6,8
Ensino superior completo	2,9	7,8	n/a	n/a	5,1

Obs.: Dados mais recentes disponíveis para cada país, expressos em porcentagens.

n/d: casos em que o número de observações é inferior a 10.

Fonte: Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibararán P, et al. Envelhecer na América Latina e Caribe: proteção social e qualidade de vida entre pessoas idosas. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2022. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/portuguese/viewer/Envelhecer-na-America-Latina-e-Caribe-protoco-social-e-qualidade-de-vida-entre-pessoas-idosas.pdf>.

o acúmulo de fatores e hábitos ao longo da vida, que estão altamente condicionados pelo nível socioeconômico da pessoa e de sua família (25-27). Geralmente, pessoas com nível socioeconômico mais baixo estão expostas a mais fatores de risco relacionados a determinadas doenças e têm mais dificuldades de acesso a cuidados sociais e de saúde de qualidade. Seu conhecimento sobre o efeito de alguns hábitos e ações na própria saúde também é menor, e essas pessoas carecem dos meios necessários para aplicar essas informações de forma efetiva em sua vida diária (por exemplo, espaços adequados para realizar atividade física e recursos financeiros para ter acesso a uma alimentação saudável).

No caso das doenças crônicas e de seus fatores de risco, a correlação negativa com o nível socioeducativo está bem documentada nos países de alta renda, mas as evidências no caso de países de baixa e média renda (como a maioria dos países da sub-região) é menos clara (28). As evidências são bastante contundentes no caso da demência, uma das doenças com maior carga de cuidados em pessoas idosas (29). Vários estudos, tanto regionais quanto internacionais, mostram que o nível de escolaridade (variável indireta para o nível socioeconômico) tem uma relação inversa com a probabilidade de desenvolver demência (29,30). Ao mesmo tempo, a probabilidade de apresentar simultaneamente mais de uma doença crônica, condição positivamente associada à dependência de cuidados (Tabela 1), parece ser maior entre as pessoas com baixos níveis de escolaridade (31). Isso demonstra as complexas interações existentes entre os fatores socioeconômicos e o fato de ter múltiplas doenças ao longo do tempo.

Quando uma pessoa se encontra em situação de dependência de cuidados, um nível socioeconômico mais elevado permite obter acesso

a serviços de atenção de maior qualidade que estimulam a autonomia e previnem maiores graus de dependência. Em um contexto de escassez de serviços subsidiados de cuidados, como é o caso da América Latina e do Caribe (ver a seção sobre sistemas e serviços de cuidados de longo prazo), isso frisa a necessidade de formular políticas públicas de cuidados voltadas especialmente para a população em situação de maior vulnerabilidade do ponto de vista econômico.

Participação social, relações interpessoais e organização familiar

A percepção de contar com uma rede de apoio social (seja da família, de vizinhos ou de amigos) tem um efeito positivo na qualidade de vida e na saúde, diminuindo a probabilidade de que as pessoas idosas fiquem em situação de dependência ao aumentar o senso de controle e de bem-estar emocional e reduzir os níveis de estresse (32, 33). A literatura mostra a existência de uma correlação positiva entre a solidão e o isolamento social, por um lado, e a dependência de cuidados, por outro (1). Portanto, as pessoas idosas em situação de isolamento social são mais propensas a desenvolver um estado de dependência de cuidados. Ao mesmo tempo, a falta de autonomia e independência para realizar determinadas atividades dificulta a interação com outras pessoas (principalmente no caso de pessoas idosas que moram sozinhas), aumentando, por sua vez, o risco de isolamento (34, 35). Novamente, a relação de causalidade entre os fatores pode ocorrer nos dois sentidos.

O Inquérito Nacional de Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), da Colômbia, mostra que aproximadamente 60% das pessoas idosas em situação de dependência de cuidados não participam de grupos sociais e que isso está associado a um aumento de 50% na probabilidade de depender de cuidados (36). No México, observa-se que a dependência de cuidados é mais prevalente em pessoas idosas viúvas e com menos apoio de redes sociais (37).

Informações sobre participação social, relações interpessoais e organização familiar também são importantes para ajudar a entender os contextos do cuidado e apoio na comunidade. No Brasil, dados do estudo nacional Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) mostram que, apesar de as mulheres estarem em situação de maior dependência de cuidados, pior estado de saúde e menor nível socioeconômico em relação aos homens, é menos provável que tenham alguém para ajudá-las com as ABVD e AIVD (38). Isso indica que, embora seja mais

provável que necessitem de cuidados, as mulheres dispõem de menos recursos comunitários e informais e, portanto, requerem mais apoio dos serviços formais de atenção a pessoas em situação de dependência.

Efeito da dependência de cuidados em pessoas idosas, cuidadores e familiares

Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de dependência de cuidados

As evidências mostram uma correlação negativa entre a dependência de cuidados e a qualidade de vida das pessoas idosas. Na Colômbia, vários estudos que usaram a pesquisa SABE mostraram que a deterioração da funcionalidade está associada à diminuição da qualidade de vida (39). O Estudo Nacional de Saúde e Envelhecimento do México (ENASEM) demonstrou uma associação positiva entre a dependência funcional e os sintomas depressivos (40).

Embora a dependência de cuidados possa levar a uma má qualidade de vida das pessoas idosas, as dificuldades de acesso aos serviços de atenção agravam ainda mais essa situação. Essa relação se acentua conforme o nível socioeconômico: a prevalência de dependência de cuidados é maior entre pessoas pertencentes a estratos socioeconômicos mais baixos, que também têm menos oportunidades de acesso aos serviços de cuidados de que necessitam.

Cuidadores e familiares

A No nível regional, ainda não se realizou nenhum estudo sobre o cuidado familiar não remunerado das pessoas idosas em situação de dependência, por isso as evidências sobre esse tipo de cuidado no contexto cultural e socioeconômico da América Latina e do Caribe são escassas. De qualquer forma, a análise das pesquisas sobre o uso do tempo mostra que as mulheres de famílias mais pobres carregam a carga mais pesada de trabalho doméstico não remunerado (o que também inclui cuidados de longo prazo para pessoas idosas). No Uruguai, por exemplo, as mulheres no quintil de renda mais baixo dedicam aproximadamente 39% mais horas por semana ao trabalho não remunerado do que as do quintil mais alto (41). A pandemia de COVID 19 reafirmou esse cenário e revelou o quão insustentável é a situação atual (41, 42).

A grande contribuição das mulheres para o cuidado não remunerado muitas vezes as obriga a permanecer fora do mercado de trabalho e a afastar-se das atividades sociais e educativas; isso, somado aos custos dos cuidados (como gastos em saúde, medicamentos e transporte), pode levá-las ao empobrecimento (43) e a uma má qualidade de vida (1). Em uma análise realizada no México, Stampini et al. (17) constataram que, para mulheres com idades entre 50 e 64 anos, a responsabilidade de cuidar do pai ou da mãe em situação de dependência de cuidados está associada a uma significativa diminuição da probabilidade de inserção no mercado de trabalho e a uma redução do número de horas trabalhadas pagas. Para os homens, não se observou nenhum efeito na inserção no mercado de trabalho ou no número de horas trabalhadas. No Brasil, mais de 70% das pessoas que cuidam de pessoas idosas são mulheres, e 25,8% indicam que pararam de trabalhar ou estudar para prestar cuidados (4). Na Colômbia, 18% das pessoas cuidadoras indicaram que haviam precisado reduzir sua jornada de trabalho devido às responsabilidades de cuidado, e 15% indicaram que não podiam trabalhar fora de casa pelo mesmo motivo (44).

Dados de um estudo longitudinal de três anos no México e no Peru mostram que, em domicílios nos quais havia pessoas idosas com necessidade de cuidados durante o período analisado, a economia familiar foi prejudicada. Em comparação com os domicílios nos quais não há necessidade de cuidados, a renda derivada do trabalho remunerado e de transferências governamentais foi mais baixa, o consumo foi 12% menor, os gastos em saúde foram maiores e gastos catastróficos em saúde foram mais frequentes (45).

Outro estudo realizado no México mediu o nível de desembolso direto em saúde e em cuidados de pessoas idosas com dificuldades para realizar as atividades da vida diária. A situação de dependência estava associada a um maior nível de gasto em saúde e cuidados, 107% a mais em comparação com pessoas não dependentes (46). Em termos monetários, o nível de gasto em saúde e cuidados equivale a 10 vezes o pagamento de aposentadorias não contributivas para pessoas idosas. Isso evidencia as dificuldades decorrentes da prestação de serviços de cuidados para pessoas que vivem em situação de pobreza e vulnerabilidade em um contexto de baixa oferta pública, como também destacam López-Ortega et al. (22).

Além do impacto socioeconômico nas famílias, o próprio cuidado pode ter um efeito negativo no bem-estar físico e mental e na qualidade de vida geral dos cuidadores não remunerados (47). A tensão psicológica e a sobrecarga da pessoa cuidadora são altas na América Latina e

no Caribe, especialmente para cuidadores de pessoas com demência (48). Há muitas pesquisas em todo o mundo sobre o bem-estar físico e mental das pessoas cuidadoras que mostram que elas têm maior probabilidade de sofrer de doenças físicas e mentais e ter uma qualidade de vida pior do que as pessoas que não realizam tarefas de cuidados (49, 50). Coe e van Houtven (51), por exemplo, estimaram que cuidar de uma mãe doente aumentou em 47% o número de sintomas depressivos dos cuidadores. Outros estudos mostram um uso maior de medicamentos antidepressivos, sedativos, analgésicos e agentes gastrointestinais pelos cuidadores (52, 53).

Efeito na sociedade e oportunidades econômicas no setor de cuidados

No nível macro, o aumento do número de pessoas em situação de dependência de cuidados exige investimento no desenvolvimento e financiamento de serviços e políticas públicas para atender ao aumento da demanda (5). Portanto, um dos obstáculos mais importantes relacionados à aplicação de uma política nacional de cuidados de longo prazo é o seu financiamento. Na América Latina e no Caribe, o gasto público com políticas e programas de atenção a pessoas em situação de dependência ainda é baixo e provém principalmente de recursos fiscais, seja em nível nacional, local ou ambos.

Medellín (54) estimou quanto custaria implementar serviços de atenção a pessoas em situação de dependência de cuidados em sete países da América Latina e do Caribe. Dependendo do montante dos benefícios, a quantia varia entre 0,3% e 1% do produto interno bruto (PIB). Para efeitos de comparação, o Uruguai gasta 0,04% do PIB em programas de atenção a pessoas em situação de dependência de cuidados (dados de 2017), enquanto o Chile gasta 0,02% (dados de 2019) (3, 55).

O gasto direto associado à implementação de serviços de atenção a pessoas em situação de dependência deve ser avaliado em comparação com a economia gerada. Nesse sentido, argumenta-se que um sistema de cuidados implica duas formas possíveis de economia: o valor do tempo liberado dos cuidadores e a economia nos serviços de saúde. Em primeiro lugar, o tempo liberado dos cuidadores pode ser investido no mercado de trabalho ou usado para o lazer. Simulações realizadas no México mostram que essa economia social varia entre 0,04% e 0,07% do PIB (19). Em segundo lugar, pode ser gerada uma economia em saúde como resultado da redução das internações evitáveis e da duração das internações inevitáveis. Há evidências internacionais sobre a magnitude dessas economias. No caso da Espanha, por exemplo, a expansão dos

serviços de atenção a pessoas em situação de dependência levou a uma diminuição nas admissões e nos tempos de internação, com uma consequente redução de 11% nos custos (5).

Os obstáculos associados ao envelhecimento e ao aumento da demanda por cuidados geram também oportunidades de crescimento, criação de empresas, geração de empregos e formalização dos serviços de cuidados. Essas oportunidades fazem parte da chamada *economia da longevidade (silver economy)*, definida como a economia relacionada às demandas de bens e serviços das pessoas idosas (56). A economia da longevidade pode ser um motor de crescimento econômico: na América Latina e no Caribe, a população com mais de 60 anos será responsável por 30% do aumento no consumo entre 2015 e 2030 (57). Alguns exemplos de criação de empresas incluem moradias especialmente projetadas para que pessoas em situação de dependência leve ou moderada possam viver de forma independente, apesar das limitações funcionais (como problemas de visão, audição ou mobilidade), e serviços de cuidados baseados na introdução de tecnologias (teleassistência) (56).

Por último, o desenvolvimento de serviços para atender às pessoas em situação de dependência de cuidados é uma importante fonte de geração de empregos e formalização dessas tarefas, principalmente para as mulheres. Na Coreia do Sul, o setor de cuidados gerou quase meio milhão de empregos, dos quais 95% foram ocupados por mulheres (58). Na América Latina e no Caribe, devido à ausência de um sistema formal e estruturado de atenção a pessoas em situação de dependência, o efeito na geração de empregos de qualidade na área de cuidados ainda é muito baixo e não foi quantificado. O desenvolvimento de políticas e sistemas na sub-região pode criar uma oportunidade nesse sentido.

Sistemas e serviços de cuidados de longo prazo

Em qualquer sociedade, as estratégias para resolver as necessidades de cuidados das pessoas idosas se apoiam principalmente no papel de três atores essenciais: o setor público, o setor privado e as famílias.

Em geral, o setor público é responsável pela elaboração e implementação de políticas e sistemas de atenção a pessoas em situação de dependência, além de sua fiscalização, assegurando a qualidade e garantindo uma cobertura equitativa dos serviços. Em muitos países da América Latina e do Caribe, o setor público também é responsável pela prestação direta de muitos desses serviços.

O setor privado, por outro lado, participa da prestação de serviços, seja por meio da oferta de serviços remunerados por empresas com fins lucrativos, seja por meio de organizações sem fins lucrativos que oferecem serviços de cuidados e capacitação gratuitos ou cofinanciados pelo setor público. O desenvolvimento do setor é muito heterogêneo na sub-região, tanto no que diz respeito à quantidade e variedade quanto à qualidade. Essa diversidade é observada não apenas entre países, mas também dentro deles, dependendo da capacidade de pagamento das pessoas que acessam os serviços e da possibilidade de cofinanciamento pelos governos.

Atualmente, em um contexto caracterizado pela falta de cobertura do setor público e acesso limitado a serviços privados de qualidade (especialmente, mas não exclusivamente, nos estratos socioeconômicos mais baixos) (59), a maior parte dos cuidados necessários às pessoas em situação de dependência é prestada pelas famílias, com pouquíssimo apoio das instituições.

Deve-se notar que, em muitos países, a sociedade civil desempenha um papel importante para garantir que as necessidades, os direitos e as vozes das pessoas idosas e suas famílias sejam levados em consideração na formulação das políticas e na criação dos serviços, bem como para garantir a cobertura daqueles que mais precisam de cuidados. Nesse sentido destacam-se, entre outros, grupos comunitários, organizações não governamentais (ONGs), sindicatos, grupos indígenas, associações profissionais e fundações.

A seguir, apresenta-se uma breve descrição do papel e das características de cada um desses atores nos países da América Latina e do Caribe.

O papel do setor público

Elaboração e execução de políticas de cuidados

Atualmente, muitos dos países da América Latina e do Caribe carecem de serviços de apoio articulados por uma política nacional de atenção a pessoas idosas em situação de dependência de cuidados.

O Uruguai foi o primeiro país da sub-região a estabelecer uma política de cuidados em nível nacional. O Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) tornou-se operacional em 2015 com o objetivo de ser um sistema universal para oferecer acesso a atenção de qualidade, independentemente da idade, da renda ou do local de residência da pessoa (60). A população destinatária inclui pessoas idosas com necessidades de apoio, pessoas com deficiência e crianças. No caso das pessoas em situação de dependência, o sistema se concentrou inicialmente em pessoas com menos de 30 anos e com mais de 80 anos em situação de dependência grave e em pessoas com mais de 65 anos em situação de dependência leve e moderada.

Os serviços destinados à população elegível são determinados com base na idade e na habilidade funcional, incluindo subsídios para a contratação de assistentes pessoais (para pessoas em situação de dependência grave), teleassistência e centros-dia (para pessoas em situação de dependência leve ou moderada). Outra população prioritária do sistema é a dos cuidadores remunerados. O SNIC aposta na melhoria da qualidade dos serviços e investe na formação e profissionalização dessa população (3). O sistema é financiado por receitas gerais. No caso dos serviços de assistentes pessoais e teleassistência, existe um sistema de coparticipação que depende do nível de renda da pessoa em situação de dependência e de sua família. No entanto, vale mencionar que, até ao momento, uma porcentagem muito baixa de usuários (14,6%) pertence à faixa de renda que requer coparticipação.

No Chile, o sistema de atenção (Chile Cuida), estabelecido em 2017, é considerado um subsistema do Sistema Intersectorial de Proteção Social (SNAC). Atualmente, funciona em apenas 22 dos 346 municípios do país. Os beneficiários são pessoas em situação de dependência de cuidados moderada ou grave e seus cuidadores, desde que pertençam aos 60% de domicílios em situação de maior vulnerabilidade do país. Compete aos municípios coordenar o acesso aos serviços com base em um plano de cuidados personalizado formulado em colaboração com a pessoa em situação de dependência e sua família. Os serviços incluem assistência pessoal domiciliar,

centros-dia, cuidados residenciais, ajuda técnica, adaptações na moradia e serviços de apoio e cuidados de repouso para as pessoas cuidadoras. O sistema é financiado com recursos fiscais do governo nacional, complementados com recursos dos governos locais. Em contraste com o Uruguai, o Chile carece de uma lei nacional que regule o funcionamento de seu subsistema de atenção, o que dificulta o cumprimento da cobertura mínima, dos prazos e da qualidade dos serviços prestados (55).

Tanto no Chile quanto no Uruguai, a participação de mais de um ministério, da sociedade civil, dos setores público e privado e dos usuários dos serviços na formulação e execução das políticas de cuidados demonstra uma predisposição para a articulação entre os sistemas sociais e de saúde (3, 55). Ainda assim, as evidências mostram que ainda há um longo caminho a percorrer na área da integração socio sanitária.

A questão ganha cada vez mais importância e tem aparecido na agenda pública de outros países da sub-região. Recentemente, a Costa Rica também publicou um plano progressivo de 10 anos para desenvolver, integrar, fortalecer e expandir um sistema de cuidados de longo prazo, aumentando a cobertura e a equidade tanto para as pessoas idosas quanto para seus cuidadores (61). Atualmente, a Costa Rica é um dos primeiros países de renda média do mundo a ter uma política nacional de cuidados de longo prazo. A elegibilidade para o uso dos serviços se baseia nos níveis de habilidade funcional. O plano detalha um sistema de governança; sistemas de informação integrados; fortalecimento da prestação de serviços, incluindo a força de trabalho; medidas para abordar a desigualdade de gênero; e um sistema de garantia de qualidade (61).

Em outros países, como Argentina, Colômbia, Panamá, Peru e República Dominicana, os planos nacionais de atenção a pessoas em situação de dependência de cuidados estão em fase de discussão ou elaboração. A maioria desses países anunciou sua intenção de elaborar políticas de atenção com foco na equidade de gênero. Deve-se destacar o interesse demonstrado pelo desenvolvimento dos serviços de cuidados domiciliares, em linha com a tendência de desinstitucionalização dos cuidados que está em curso em nível mundial, respondendo não somente a motivos relacionados ao custo, mas principalmente às preferências das pessoas em situação de dependência (6).

Prestação de serviços

Embora na maioria dos países não existam sistemas consolidados e articulados por uma política nacional, em alguns o setor público já assume, na prática, a prestação de serviços de atenção a pessoas idosas em situação de dependência de cuidados. Essa prestação pode ser feita por meio da oferta direta de serviços ou de forma indireta, por meio do financiamento de provedores ou de transferências monetárias para a pessoa em situação de dependência para pagamento de serviços.

Nesse sentido, é possível identificar a existência de políticas e programas em determinados países que, direta ou indiretamente, são relevantes para a população idosa em situação de dependência de cuidados. Em geral, esses programas fazem parte dos sistemas nacionais de saúde ou proteção social. A Argentina, por exemplo, conta com uma ampla gama de políticas públicas na área de cuidados sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (através do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas do Programa de Assistência Médica Integral [PAMI]) e do Ministério do Desenvolvimento Social (62). No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo a prestação de atenção à saúde universal e integral para todas as pessoas que dela necessitem, o que inclui a prestação de serviços destinados a atender as necessidades de saúde das pessoas idosas no âmbito da atenção primária (por exemplo, fisioterapia, apoio domiciliar relacionado à saúde, medicação e educação em saúde sobre doenças crônicas) (63). O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por sua vez, oferece alguns serviços para pessoas idosas dependentes em situação de vulnerabilidade, como centros residenciais e centros-dia (64, 65).

Merecem destaque as atividades realizadas em vários países da sub-região para fortalecer os serviços de cuidados domiciliares, em consonância com as boas práticas de atenção a pessoas idosas em situação de dependência de cuidados (6). No Uruguai, por exemplo, o apoio prestado por assistentes pessoais domiciliares, que oferecem 80 horas mensais de ajuda domiciliar por mês, é o principal serviço oferecido pelo SNIC. O sistema do Chile também enfatizou os cuidados domiciliares. De fato, o Ministério da Saúde tem um programa de cuidados domiciliares para pessoas em situação de dependência grave (55). Na Argentina, o PAMI fornece subsídios para pessoas idosas em situação de dependência de cuidados para a contratação de uma pessoa cuidadora domiciliar credenciada. Tais sistemas ajudam a promover o envelhecimento saudável em casa.

Apesar dessas atividades e da tendência à prestação de serviços em domicílio, os serviços residenciais ainda constituem uma das principais modalidades de atenção oferecidas pelo setor público, apesar de sua cobertura limitada (por exemplo, no México, apenas 8% dos serviços residenciais são públicos, ao passo que no Brasil esse valor é de apenas 2%) (22, 66).

Os centros-dia também são uma modalidade relativamente comum de atenção pública nos países da sub-região; de modo geral, concentram-se na população idosa com grau de dependência leve ou moderado. No caso do Chile, por exemplo, o Ministério da Saúde é responsável pelos chamados Centros de Apoio Comunitário para Pessoas com Demência, que são centros-dia voltados para pessoas de mais de 60 anos com demência leve ou moderada (55).

Outros serviços, como a teleassistência, estão menos desenvolvidos, pelo menos no setor público. Atualmente, apenas o Uruguai inclui essa modalidade no pacote de benefícios do sistema. Existem algumas iniciativas de cooperação entre o setor público e as organizações da sociedade civil em nível local. Por exemplo, na cidade argentina de Tigre, onde muitas pessoas moram em regiões de difícil acesso, os serviços foram oferecidos para pessoas de mais de 60 anos que moram sozinhas, graças a uma iniciativa conjunta do governo local e da Cruz Vermelha. No Chile, alguns municípios também prestam esse serviço gratuitamente aos residentes idosos, contratando empresas privadas para esse fim.

Em alguns casos, ao invés de fornecer diretamente serviços de atenção a pessoas em situação de dependência, os governos fazem transferências monetárias, que podem ter uma finalidade específica (ou seja, são uma espécie de vale para a compra de serviços) ou de uso livre. Um exemplo do primeiro caso são as transferências para a contratação de ajuda domiciliar na Argentina, mencionadas anteriormente. Um exemplo do segundo caso é o do Chile, onde o Ministério da Saúde faz uma transferência monetária (de 35 dólares dos Estados Unidos por mês) para os cuidadores de pessoas em situação de dependência grave e vulnerabilidade socioeconômica (55). As transferências monetárias de uso livre têm sido criticadas por uma parte da literatura porque reforçam o modelo tradicional de cuidado familiar não remunerado e desperdiçam a oportunidade de apoiar a criação de empregos formais na economia de cuidados e contribuir para a redução da desigualdade de gênero no mercado de trabalho (5).

O apoio indireto por meio do financiamento de provedores é uma prática comum na sub-região. Argentina, Colômbia, Costa Rica, Equador, República Dominicana e Uruguai são exemplos de países em que parte do apoio do setor público é fornecida por meio da transferência de recursos a instituições sem fins lucrativos que prestam serviços residenciais ou em centros-dia (3, 62, 67-70).

Na maioria dos países (por exemplo, Colômbia, Equador, Jamaica, México e República Dominicana), os serviços de cuidado e apoio oferecidos pelo setor público, sejam eles fornecidos diretamente ou cofinanciados, estão voltados para a população em situação de vulnerabilidade socioeconômica (68-71). Muitas vezes, os serviços oferecidos no âmbito institucional são um misto de serviços assistenciais, cuja prioridade é atender pessoas idosas que vivem na pobreza ou em situação de rua, e serviços de cuidados (72).

Mesmo em países onde existe um sistema de cuidados relativamente desenvolvido, o acesso aos serviços é determinado não apenas pelo grau de dependência da pessoa, mas também pelo seu grau de vulnerabilidade econômica. No Chile, por exemplo, as pessoas beneficiárias do programa Chile Cuida devem pertencer aos 60% da população em situação de maior vulnerabilidade no país (55). Mesmo no Uruguai, onde a cobertura do sistema não é determinada pela vulnerabilidade econômica da pessoa (embora os níveis de coparticipação o sejam), os dados sobre a população beneficiária mostram que 87% pertencem a famílias de baixa renda e, portanto, recebem todo o subsídio (3).

Como resultado dos critérios de seleção das pessoas beneficiárias e dos limitados recursos alocados, os níveis de cobertura são baixos. No Uruguai, quando se consideram os serviços oferecidos pelo SNIC e os serviços residenciais público ou serviços que recebem financiamento público, a porcentagem da população de 65 anos ou mais em situação de dependência de cuidados que está coberta é de 11% (73). No Chile, no Equador e na República Dominicana, a cobertura dos serviços financiados pelo Estado está entre 5% e 6% das pessoas idosas em situação de dependência.

Entre os países para os quais há dados disponíveis, a Argentina e a Costa Rica são os que apresentam melhor cobertura da população idosa em situação de dependência, com cifras que chegam a aproximadamente 20% (59). Em ambos os casos, os altos níveis de cobertura se devem a transferências monetárias do Estado, seja

para pessoas em situação de dependência (na Argentina) ou para provedores (na Costa Rica), e não à prestação direta de serviços.

Garantia de qualidade dos serviços

O setor público também tem um papel importante no que se refere à garantia de qualidade dos serviços de atenção por meio da habilitação, regulamentação e fiscalização das instituições provedoras, por um lado, e das estratégias de formação em recursos humanos, por outro. Em ambos os domínios ainda há grande espaço para melhoria. Uma pesquisa recente incluindo 26 países da sub-região mostra a baixa qualidade dos serviços de cuidados, tanto em instituições quanto em domicílio (59).

Regulamentação e fiscalização

A regulamentação e a fiscalização dos serviços são essenciais para garantir a qualidade da atenção (5). O setor público é responsável por estabelecer normas de qualidade para provedores, determinando, por exemplo, especificações sobre a estrutura física das instalações, a proporção de pessoal disponível com relação à população atendida, os perfis de capacitação e os serviços mínimos que devem ser oferecidos, entre outros. Além disso, é responsável por monitorar o cumprimento dessas normas, por meio da concessão de alvarás de funcionamento e fiscalizações regulares dos provedores.

No caso das instituições de longa permanência, a maioria dos países dispõe de padrões normalizados que estabelecem requisitos mínimos de infraestrutura e dotação de pessoal com base no número de residentes ou nos serviços prestados, mas não especificam critérios relacionados ao tipo de atendimento ou aos resultados esperados em termos do bem-estar das pessoas idosas. Mesmo assim, a falta de recursos das agências responsáveis, em alguns casos somada à ausência de um cadastro nacional de instituições, dificulta a fiscalização. No Uruguai, por exemplo, estima-se que em 2019 apenas 2% dos mais de mil estabelecimentos existentes no país estavam autorizados a funcionar, e pouco mais de 10% estavam em processo de habilitação (3). Em outros países, como a Argentina ou o Chile, é impossível calcular o percentual de residências que funcionam sem autorização, devido à falta de registro (55, 62).

O problema é ainda maior quando se trata da qualidade dos serviços de cuidados domiciliares, para os quais a existência de padrões normalizados é menos comum e as condições de fiscalização são mais complexas. Nesse sentido, é realizada no Chile uma pesquisa bianual de satisfação com as famílias beneficiárias do serviço de cuidados domiciliares do SNAC. Além disso, prevê-se a visita de um supervisor a cada domicílio pelo menos uma vez a cada três meses para avaliar os cuidados prestados (55).

Em resumo, as informações sobre a qualidade dos cuidados de longo prazo na sub-região são escassas, tanto no que se refere aos cuidados prestados em domicílio e na comunidade (inclusive cuidados não remunerados) quanto em contextos de cuidados residenciais. Em geral, isso se deve à falta de mecanismos de medição e fiscalização dos serviços existentes.

Formação de recursos humanos

A quantidade, a formação e a capacitação de recursos humanos na área de cuidados são aspectos fundamentais para assegurar serviços de qualidade. No entanto, essa área é caracterizada por condições de trabalho desfavoráveis, na qual baixos níveis de remuneração e altas taxas de informalidade e rotatividade são a norma (74). No Uruguai, por exemplo, 44% das pessoas que trabalhavam no setor de cuidados de pessoas em situação de dependência em 2014 não contribuíam para a previdência social (3).

Devido às condições de trabalho descritas, a área de cuidados enfrenta dificuldades para atrair e reter mão de obra qualificada. Estima-se que, em âmbito mundial, o déficit de recursos humanos no setor de cuidados de pessoas idosas seja de 13,6 milhões de pessoas (75). Na América Latina e no Caribe, estima-se que serão necessários cerca de 5 milhões de prestadores de cuidados em 2020, número que pode chegar a ultrapassar 14 milhões em 2050 (76).

Em muitos casos, as tarefas de cuidados são realizadas por pessoas contratadas para realizar o serviço doméstico. Por exemplo, de acordo com os resultados da Pesquisa Longitudinal de Proteção Social no Uruguai (2013), 16% dos empregados domésticos realizam tarefas de cuidados; desses, mais de um terço se dedica a cuidar de pessoas idosas.

Isso pode ser um reflexo da escassez de mão de obra qualificada a preços acessíveis, mas também da percepção generalizada de que os

cuidados não requerem nenhum tipo específico de formação e são apenas uma extensão do trabalho realizado no lar.

Apesar desse contexto, observam-se alguns avanços na sub-região que apontam para a revalorização, capacitação e formalização do trabalho de cuidados. O objetivo é não só melhorar a qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, o bem-estar das pessoas idosas em situação de dependência, mas também aumentar o bem-estar dos trabalhadores do setor. O Uruguai, por exemplo, adotou medidas importantes nesse sentido, estabelecendo requisitos obrigatórios de capacitação ou credenciamento para pessoas que desejem atuar como assistentes pessoais do SNIC e prazos para que o pessoal que trabalha em residências e outras instituições de cuidados conclua a formação obrigatória (3).

Outro exemplo é a Argentina, onde a Direção Nacional de Políticas para Idosos oferece cursos de formação para cuidadores domiciliares. As pessoas que concluem o curso passam a fazer parte do Cadastro Nacional de Cuidadores Domiciliares, criado em 2016, que atualmente conta com 6.400 cuidadores inscritos (62). Esse cadastro é uma plataforma *on-line* na qual qualquer pessoa pode encontrar e entrar em contato com prestadores de cuidados certificados e capacitados de todo o país, o que por sua vez estimula a formalização (77). Similarmente, no Chile, os assistentes domiciliares do programa Chile Cuida também recebem capacitação do Serviço Nacional da Pessoa Idosa (55).

Apesar desses avanços, a garantia da qualidade dos serviços por meio da formação de recursos humanos continua sendo um dos grandes problemas da sub-região. A maioria dos funcionários que trabalham em instituições de longa permanência não tem certificação nem capacitação formal. Os dados disponíveis mostram que, na Colômbia, apenas 30% dos funcionários dessas instituições estão devidamente capacitados; no México, são menos de 3% (22, 70). No Uruguai, apesar de o SNIC ter instituído requisitos de capacitação, eles não vieram acompanhados de um aumento na oferta de formação, provocando longas listas de espera para a realização dos cursos: os dados de 2017 mostram que, das 18 mil pessoas que se inscreveram para fazer o curso de assistente pessoal credenciado pelo SNIC, apenas mil haviam se formado (3).

Em um contexto no qual a maioria dos cuidados é prestada pela família de forma não remunerada, é importante destacar a falta de programas de capacitação para esses cuidadores. No Chile, o Ministério

da Saúde inclui a capacitação de cuidadores familiares como parte de seu programa de cuidados domiciliares para pessoas em situação de dependência de cuidados grave. Além disso, existem iniciativas públicas que incentivam a participação dos cuidadores familiares em grupos de apoio e oficinas psicoeducativas (55). No entanto, além dessas iniciativas e da existência de alguns manuais de boas práticas para esses cuidadores (na Argentina, por exemplo) (62), constata-se uma carência de políticas de apoio aos cuidadores familiares na maioria dos países da sub-região.

Investir em capacitação é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento dos sistemas de cuidados da América Latina e do Caribe, além de gerar efeitos indiretos positivos. Conforme mencionado na subseção sobre o efeito na sociedade e as oportunidades econômicas para o setor de cuidados, a área de cuidados de pessoas idosas tem um grande potencial de desenvolvimento e pode ser um importante fator impulsionador do mercado de trabalho, principalmente para as mulheres, dada a sua alta feminização. Por um lado, pode criar oportunidades de trabalho de qualidade no próprio setor; por outro, a existência de serviços de cuidados de qualidade e a preços acessíveis permite uma maior inserção feminina no trabalho ao liberar o tempo dos cuidadores (5).

A formalização e a formação dos cuidadores não representam apenas uma medida fundamental para redistribuir a carga de cuidados dentro das famílias, mas também para garantir que as mulheres que prestam cuidados tenham proteção social e recebam salários justos.

O papel do setor privado

A prestação de serviços no setor privado (que inclui subsetores com e sem fins lucrativos) é muito heterogênea na sub-região, tanto no que se refere ao nível de desenvolvimento quanto aos preços e à qualidade dos serviços oferecidos. O panorama geral é de um setor que carece de regulamentação (ver a subseção sobre a garantia de qualidade dos serviços), no qual apenas pessoas de nível socioeconômico médio e alto podem ter acesso a serviços de qualidade.

Na maioria dos países da sub-região, quase todas as instituições de longa permanência pertencem ao setor privado. No Uruguai, segundo dados de 2015 publicados pelo Sistema de Informações sobre Velhice e Envelhecimento do Instituto Nacional das Pessoas Idosas, 82% das instituições de longa permanência cadastradas em todo o país são privadas com fins lucrativos, ao que se soma um percentual menor

de estabelecimentos privados sem fins lucrativos (3). No estado de Minas Gerais (Brasil), 85% das residências são organizações privadas sem fins lucrativos e 10,4% são empresas privadas com fins lucrativos (66); no México, apenas 8% das residências são públicas (22). O custo da permanência nessas residências varia em função da qualidade da atenção, das instalações e da gama de serviços oferecidos, mas geralmente é alto. Dados de 2015 do Uruguai mostram que o valor médio da aposentadoria contributiva (600 dólares dos Estados Unidos) não era suficiente para cobrir o custo mensal de um estabelecimento que atenda aos requisitos básicos de qualidade (800 dólares dos Estados Unidos) (3). Do mesmo modo, uma pesquisa realizada no México concluiu que menos de 9% da população de 50 anos ou mais tem capacidade econômica para pagar por uma instituição de residência temporária de alta qualidade (22).

No setor privado também se observa um interesse crescente nos serviços de cuidados domiciliares (6), e prevê-se um crescimento significativo nesse mercado em médio prazo. Assim, em vários países da sub-região existem empresas que oferecem serviços de acompanhamento, cuidados, enfermagem e mesmo ajuda nas tarefas domésticas para pessoas idosas. O preço varia em função dos serviços contratados.

Além disso, o setor privado na sub-região começa a criar serviços de cuidados graças ao desenvolvimento tecnológico. Além das empresas de teleassistência promovidas pelo Sistema Integrado de Cuidados do Uruguai e financiadas pelo setor público, existem iniciativas locais em outros países, como no município de Tigre, Argentina, e no departamento de Antioquia, Colômbia (78).

O desenvolvimento de oportunidades de negócios promovidas pelo setor privado faz parte da economia da longevidade, que tem um significativo potencial de crescimento nos próximos anos (ver a subseção sobre o efeito na sociedade e as oportunidades econômicas no setor de cuidados). O papel do setor público em impulsionar essa parte da economia por meio de acordos de financiamento ou subsídios à população beneficiária é fundamental, principalmente quando se considera o custo dos serviços e o escasso papel que os seguros privados poderiam ter nesse mercado. Nesse sentido, a incerteza implícita em um seguro desse tipo (probabilidade de ocorrência do sinistro, duração da cobertura e custos associados) impede que o modelo tradicional de seguro privado não funcione no caso dos cuidados de longo prazo (79). Apesar disso, em alguns países desenvolvidos (como os Estados Unidos da América e a França),

os seguros privados complementam a oferta do setor público para cobertura do risco de dependência; no entanto, esse não é o caso na sub-região, pelo menos até o momento.

Como resultado da falta de cobertura oferecida pelo setor público, das poucas opções privadas de qualidade a preços acessíveis e da diminuição das famílias como prestadoras de cuidados não remunerados, uma grande proporção das pessoas idosas em situação de dependência de cuidados não recebe o apoio necessário.

O papel do cuidado familiar

Em quase todos os países do mundo, a maior parte da atenção e do apoio de longo prazo para pessoas idosas com habilidade funcional reduzida é fornecida por familiares de forma não remunerada, com pouquíssimo apoio prático ou financiamento do Estado (3, 4).

Na Costa Rica, cerca de 6% da população ajuda frequentemente um familiar ou amigo a realizar uma atividade básica ou instrumental da vida diária. Na maioria dos casos, a pessoa que presta cuidados é o(a) filho(a) (43%) ou o cônjuge (32%) da pessoa que necessita cuidados (54). A presença de cuidadores remunerados é relativamente frequente somente nas áreas urbanas e nos estratos socioeconômicos médio e alto. No entanto, a maioria das pessoas que prestam esse serviço o faz de maneira informal e não regulamentada, e costumam ser prestadores de cuidados sem formação nem experiência (48).

Na Argentina, 77% das pessoas maiores de 60 anos que precisam de cuidados recebem ajuda de um familiar, e apenas 16% recebem ajuda de um prestador de cuidados (3,4%), empregado doméstico ou cuidador não capacitado (12,2%) (62). No Uruguai, 82% das pessoas que precisam de cuidados e apoio são assistidas por cuidadores não remunerados: 58,9%, por um familiar que mora na mesma casa; 16,8%, por um familiar que mora em outro lugar; e 6,3%, por alguém de fora da família. No Brasil, das pessoas de 50 anos ou mais que têm dificuldade para realizar pelo menos uma ABVD, 35,1% recebem ajuda e apoio de terceiros, quase sempre de familiares (94,1%), dos quais 72,1% são mulheres. Apenas 9,2% dos cuidadores, familiares ou não, são remunerados pela realização dessas tarefas (4).

A população de cuidadores familiares, bem como de prestadores de cuidados, continua sendo esmagadoramente feminina. Além disso, na Região das Américas, as mulheres continuam dedicando cerca de 64% do total de horas trabalhadas a atividades de cuidado não remuneradas,

em comparação com 37% no caso dos homens (74). Embora os dados acima também incluam o cuidado de crianças e pessoas com deficiência, é de se supor que, conforme a população continue envelhecendo, o peso de cuidar das pessoas idosas também aumente. No México, por exemplo, as mulheres são responsáveis por 71% das horas de cuidados dedicadas às pessoas maiores de 60 anos (22).

Prioridades e recomendações

Em geral, as necessidades de atenção das pessoas idosas em situação de dependência de cuidados devem ser satisfeitas através da inter-relação de atores públicos e privados, com a participação do Estado, da família, do mercado e das comunidades. Nas seções anteriores, destaca-se que a ausência de sistemas nacionais e integrados de cuidados na maioria dos países da América Latina e do Caribe dá origem a uma prestação de serviços fragmentada e insuficiente, carente de uma visão holística que integre o papel de cada um desses atores. A pandemia de COVID 19 evidenciou a falta de acesso a serviços de cuidados de qualidade por parte das famílias; em particular, embora não exclusivamente, no caso de famílias pertencentes a estratos socioeconômicos vulneráveis.

Isso sublinha a necessidade de que os países da sub-região priorizem, na agenda pública, a prestação de serviços de cuidados para pessoas idosas em situação de dependência e seus cuidadores. Para isso, é necessário tomar algumas decisões fundamentais, analisadas a seguir.

Estabelecer sistemas de cuidados de longo prazo

Estabelecer sistemas de cuidados de longo prazo em nível nacional é fundamental para proteger e promover os direitos, a dignidade e o bem-estar das pessoas idosas em situação de dependência de cuidados e dos seus cuidadores. Isso pode ser feito de forma gradual, restringindo-se a cobertura a determinadas populações para depois expandi-la gradualmente, por exemplo, ou identificando os serviços existentes para ampliá-los antes de criar outros, evitando assim possíveis duplicações e uso ineficiente dos recursos.

Medellín et al. (54) detectam quatro elementos que devem ser levados em consideração para elaborar um sistema de cuidados: 1) definição da população destinatária e dos critérios de elegibilidade, 2) definição dos serviços a serem prestados e da modalidade de prestação, 3) determinação da forma de financiamento dos serviços e 4) elaboração de mecanismos para garantir a qualidade dos serviços.

Para definir a população destinatária, o primeiro passo é identificar as pessoas em situação de dependência de cuidados para estabelecer os critérios de elegibilidade e as prioridades do sistema, com base nos objetivos políticos e nos recursos disponíveis, procurando sempre garantir a equidade no acesso aos serviços. Nesse processo, é importante considerar que, apesar da sua relevância, a idade não é o único fator determinante da situação de dependência de cuidados, por isso faria mais sentido que o acesso aos serviços fosse realizado com prioridade para o grau de dependência da pessoa, em vez da idade (5).

Em segundo lugar, para identificar os serviços que serão oferecidos, é importante conhecer os serviços existentes e identificar as carências com o objetivo de decidir se os serviços existentes serão expandidos, se outros serão criados ou ambas as coisas. Ao considerar a gama de serviços que podem ser oferecidos, é importante concebê-los dentro de um contínuo que inclua não apenas os serviços de atenção a pessoas idosas em situação de dependência de cuidados, mas também a prevenção, a promoção, a proteção e os serviços de reabilitação, além dos cuidados paliativos e de fim de vida e dos serviços de apoio aos cuidadores. A prestação de serviços integrados e centrados na pessoa (ou seja, que levem em consideração as necessidades específicas da pessoa em situação de dependência e de seus cuidadores) é fundamental para elaborar o pacote de benefícios.

Em terceiro lugar, é essencial implementar mecanismos de financiamento sustentável (por exemplo, seguro social obrigatório, impostos e coparticipações) e determinar a contribuição dos atores públicos e privados no plano de financiamento para garantir a continuidade do sistema. Em média, para 17 países da sub-região, um sistema de atenção a pessoas em situação de dependência que cubra 50% da população idosa dependente poderia representar um custo equivalente a 0,48% do PIB, em uma escala que vai de 0,21% no Paraguai a 1,02% no Estado Plurinacional da Bolívia (80). Cada país deve avaliar a combinação viável de fontes de financiamento conforme o contexto. É importante tentar reduzir os desembolsos diretos (especialmente para a população em situação de maior vulnerabilidade) para garantir que todas as pessoas que precisam de cuidados de longo prazo possam ter acesso a eles, independentemente da sua capacidade de pagar e sem causar dificuldades econômicas para as pessoas em situação de dependência e suas famílias. Com esse mesmo objetivo, é importante que o plano de financiamento leve em consideração a estratégia para a expansão gradual do sistema, caso isso seja necessário.

Finalmente, como já mencionado, a garantia da qualidade dos serviços é um aspecto crucial na elaboração da política. Para isso, é necessário não só estabelecer normas para a prestação dos serviços, mas também mecanismos de fiscalização e prestação de contas.

A identificação, capacitação e certificação da força de trabalho formal e informal de cuidados de longo prazo remunerados é outro aspecto fundamental para garantir a qualidade dos serviços prestados. Para transformá-la em uma atividade mais atrativa, é importante garantir a proteção social e os direitos das pessoas cuidadoras, aplicar medidas para reduzir a rotatividade dos prestadores de cuidados e valorizá-los.

Tudo isso deve vir acompanhado de uma institucionalização robusta, com sólidos mecanismos de governança, em que uma agência estatal seja definida como o ponto focal responsável pela formulação de políticas, legislações, objetivos e estratégias de cuidados de longo prazo. Esse ponto focal deve envolver todos os ministérios ou secretarias com competência no assunto (entre eles, órgãos ligados a saúde, desenvolvimento social, pessoas idosas, mulheres e pessoas com deficiência, entre outros), de forma a garantir a articulação entre eles e determinar as funções e responsabilidades de cada um dos atores.

A coleta e o uso regular de informações também são componentes fundamentais, tanto para assegurar a prestação equitativa de serviços quanto para promover a qualidade. Por isso, é importante investir em um sistema de informações e acompanhamento integrado e bem coordenado que envolva os serviços de assistência social e atenção à saúde e inclua dados das pessoas idosas e de seus cuidadores (remunerados e não remunerados).

Como parte do sistema de geração de informações, uma boa estratégia seria garantir o investimento em pesquisa e inovação na área de cuidados de longo prazo. Em particular, é preciso dispor de um plano de financiamento específico para atender às necessidades nacionais e locais, envolver todas as partes interessadas e os usuários dos serviços na detecção de lacunas de conhecimento e estabelecer mecanismos para apoiar a execução de programas inovadores.

Reconhecer, reduzir e redistribuir a carga de cuidados não remunerados para fechar as lacunas de gênero

Em consonância com o Compromisso de Santiago, assinado pelos Estados Membros da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe participantes da XIV Conferência Regional sobre a Mulher da América Latina e do Caribe em janeiro de 2020 (81), é urgente que os países reconheçam que a carga de cuidados recai principalmente sobre as mulheres; redistribuam as tarefas de cuidado entre homens e mulheres e entre famílias e sistemas; e reduzam a carga suportada pelas mulheres, que foram ainda mais afetadas durante a pandemia de COVID 19 (82).

O primeiro passo para reconhecer o trabalho realizado pelos cuidadores não remunerados é dar-lhes visibilidade. Nesse sentido, pode-se assegurar, por exemplo, que os elementos relacionados a essas tarefas (tempo, circunstâncias, custos da atenção, bem-estar) sejam incluídos nos inquéritos populacionais e nas avaliações dos serviços. Alguns países da América Latina e do Caribe avançaram nesse sentido por meio do cálculo da contribuição do trabalho não remunerado para o PIB. As estimativas para a sub-região situam essa contribuição entre 15% e 25%; as mulheres são responsáveis por 70% dessa contribuição (83). Embora essas estimativas não se refiram exclusivamente aos cuidados de pessoas idosas, é de se esperar que, como resultado das mudanças demográficas em curso, esse componente ganhe cada vez mais relevância.

Tal reconhecimento fez com que alguns países buscassem uma maneira de recompensar de alguma forma o trabalho realizado. A Dinamarca, a Noruega e o Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, por exemplo, preveem (sob certas condições) um pagamento para cuidadores não remunerados como compensação por possíveis rendimentos perdidos ou gastos adicionais associados ao cuidado de uma pessoa em situação de dependência. Além do pagamento, em alguns países (como Alemanha, Espanha, Finlândia e Reino Unido), o Estado se encarrega das contribuições previdenciárias desses cuidadores (6). Conforme mencionado anteriormente, tais medidas são controversas, pois argumenta-se que poderiam ter um efeito contrário ao pretendido, reforçando os papéis de gênero existentes.

A visibilização deve vir acompanhada de outras medidas que ajudem a redistribuir as responsabilidades pelo cuidado (entre homens e mulheres e entre famílias e sistemas), reduzindo a carga de cuidados que recai sobre as famílias, especialmente as mulheres. Para isso, os

governos podem assumir a responsabilidade geral pela prestação de cuidados e apoio de longo prazo às pessoas idosas que necessitam desses serviços, redistribuir os cuidados domiciliares entre homens e mulheres (corresponsabilidade pelos cuidados), aplicar arranjos de trabalho flexíveis para necessidades de cuidados e licenças remuneradas pelos cuidados e fornecer apoio em domicílio para cuidadores não remunerados (por exemplo, cuidados de repouso, como no Chile, ou assistentes pessoais, como no Uruguai).

Existem também programas focados em mudar as percepções sociais sobre o cuidado e promover “masculinidades solidárias” (como o programa Manzanas del Cuidado, em Bogotá [Colômbia]). Essas últimas iniciativas podem contribuir para mudar a percepção da profissão de cuidados e incentivar a participação masculina nessa profissão. Um programa de capacitação em normas de gênero e corresponsabilidade implementado por uma rede de supermercados em Honduras resultou em aumento da produtividade e da eficiência, além de redução do absenteísmo laboral entre as mulheres (84).

A pandemia de COVID 19 exacerbou os efeitos dos cuidados não remunerados nas famílias, especialmente nas mulheres, aumentando a necessidade de dispor de programas de proteção voltados para famílias chefiadas por mulheres, trabalhadoras informais e domésticas sem proteção social e mulheres desempregadas (85).

Fortalecer a integração socio sanitária

Em nível macro, a falta de articulação e integração entre os serviços sociais e de saúde e os cuidados de longo prazo faz com que a responsabilidade pelo bem-estar geral e a habilidade funcional das pessoas idosas não recaia sobre nenhum desses setores. O estabelecimento de um ponto focal de cuidados de longo prazo (ver a seção sobre o estabelecimento de sistemas de cuidados de longo prazo), com funções e responsabilidades definidas, e de medidas de prestação de contas para os vários atores poderiam ajudar a garantir a verificação, o controle e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados de forma contínua.

A maioria das evidências disponíveis em nível mundial mostra que os sistemas de saúde e de cuidados, da forma como estão estruturados atualmente, concentram-se principalmente na gestão de problemas graves de saúde e estão menos preparados para gerenciar as necessidades crônicas e funcionais que costumam afetar as pessoas idosas (86, 87). Os serviços de saúde e a capacitação da força de

trabalho ainda se concentram na cura ou no tratamento de doenças e estão menos preparados para prestar cuidados às pessoas idosas que vivem com problemas sociais e de saúde crônicos e aplicar medidas através das quais se consiga preservar sua habilidade funcional e bem-estar, apesar dos problemas de saúde (59).

Cada pessoa idosa é única e tem sua própria capacidade intrínseca, o que exige dos sistemas de cuidados de longo prazo uma visão centrada na pessoa, em vez de uma visão centrada na doença ou no serviço, para atender às necessidades individuais das pessoas idosas. É fundamental que os serviços de cuidados domiciliares e residenciais adotem essa abordagem, envolvendo e empoderando as pessoas idosas para que tomem decisões essenciais sobre os próprios cuidados (1).

Investir na economia de cuidados

A economia de cuidados pode proporcionar uma grande oportunidade de crescimento econômico (57). Mundialmente, uma duplicação do investimento atual na economia de cuidados poderia gerar 475 milhões de postos de trabalho até 2030, o que significa a criação de 269 milhões de empregos em todo o mundo (74). Além de melhorar o atendimento e criar empregos, o investimento na economia de cuidados pode tornar o setor atrativo para profissionais de saúde e assistência social, reduzindo assim as taxas de rotatividade da mão de obra de cuidados de longo prazo, que atualmente são elevadas (74).

Investir na economia de cuidados também é uma medida importante durante e após a pandemia de COVID 19 para ajudar a mitigar os efeitos negativos que a pandemia teve nas mulheres que prestam cuidados e nas pessoas que os recebem (85).

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde. Década del Envejecimiento Saludable. Ginebra: OMS; 2020 [consultado em: 20 de junho de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
3. Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2019. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-uruguay>.
4. Giacomini KC, Duarte YAO, Camarano AA, Nunes DP, Fernandes D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. Rev Saude Publica. 2018;28;52(S2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gRk7NZf9hhJpXBMjL8KQczG/?lang=pt>.
5. Cafagna G, Aranco N, Ibararán P, Medellín N, Oliveri ML, Stampini M. Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2019. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/envejecer-con-cuidado-atencion-la-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>.
6. Aranco N, Ibararán P. Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/servicios-de-apoyo-personal-para-personas-con-dependencia-funcional-antecedentes-caracteristicas-y>.
7. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2018. Disponível em: <https://publications.iadb.org/handle/11319/8757>.
8. Chioda L. Work and family: Latin American and Caribbean women in search of a new balance. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/23748?locale-attribute=es>.
9. Organização Pan-Americana da Saúde. Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base. Washington D.C.: OPAS; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56894>.
10. Organização Mundial da Saúde. Integrated continuum of long-term care: providing long-term care for older people. Ginebra: OMS; 2022 [consultado em agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing/ageing-and-health/integrated-continuum-of-long-term-care>.

11. Universal Health Coverage 2030. UHC2030 Partner Insight written by Camilla Williamson, HelpAge International. Universal Health Coverage fit for an Ageing World; 2019 [consultado em agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-news/partner-insights/universal-health-coverage-fit-for-an-ageing-world-555311/>.
12. Kirch W. Functional ability. In: Kirch W, ed. Encyclopedia of Public Health. Dordrecht: Springer Netherlands; 2008:466. Disponível em: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4020-5614-7_1209.
13. Oliveira D, León-Moncada S, Terra F. El uso de baremos de funcionalidad y de dependencia de cuidados en personas mayores: prácticas, avances y direcciones futuras. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-2476). Disponível em: <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>.
14. Medellín N, Ibararán P, Matus-Lopez M, Stampini M. Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. (Nota técnica n.º IDB-TN-1438). Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Cuatro-elementos-para-dise%C3%B1ar-un-sistema-de-cuidados.pdf>.
15. Aranco N, Ibararán P, Stampini M. Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-2470). Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Prevalencia-de-la-dependencia-funcional-entre-las-personas-mayores-en-26-paises-de-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>.
16. Organização Mundial da Saúde. Salud de la mujer. Ginebra: OMS; 2018 [consultado em agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
17. Stampini M, Oliveri ML, Ibararán P, Londoño D, Rhee HJ (Sean), James GM. ¿Trabajar menos para cuidar de los padres?: los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/trabajar-menos-para-cuidar-de-los-padres-los-efectos-laborales-de-la-atencion-la-dependencia-en-el>.
18. Maresova P, Javanmardi E, Barakovic S, Barakovic Husic J, Tomson S, Krejcar O, et al. Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: a scoping review. BMC Public Health. 2019;19(1):1431. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.
19. González-González CA, Stampini M, Cafagna G, Hernández Ruiz MC, Ibararán P. Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/simulaciones-del-costo-de-un-sistema-de-apoyo-para-los-adultos-mayores-en-situacion-de-dependencia>.

20. Umpierrez Vieira MC, Dias DF, Bortoletto MSS, Silva AMR, Cabrera MAS. Preditores de dependência funcional em pessoas de 50 anos ou mais: estudo de seguimento de 4 anos. *Geriatr, Gerontol Aging*. 2019;13(3):157-166. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v13n3a06.pdf>.
21. Institute for Health Metrics and Evaluation. GDB Results; 2019 [consultado em agosto de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
22. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2019. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>.
23. Terroso M, Rosa N, Torres Marques A, Simoes R. Physical consequences of falls in the elderly: a literature review from 1995 to 2010. *Eur Rev Aging Phys Act*. 2014;11(1):51-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11556-013-0134-8>.
24. Manrique-Espinoza B, Moreno-Tamayo K. Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. *Salud Publica Mexico*. 2011;53(1):26-33. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/262475022>
Prevalencia de dependencia funcional y su asociacion con caidas en una muestra de adultos mayores pobres en Mexico.
25. Marmot M, Bell R. Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action. *BMJ*. 2019;362:l251. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.l251>.
26. Marmot M, Bell R. The sustainable development goals and health equity. *Epidemiology*. 2018;29(1):5-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000773>.
27. Blas E, Sivasankara Kurup A, Organização Mundial da Saúde. Equity, social determinants and public health programmes. Genebra: OMS; 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44289?locale-attribute=es&>.
28. Allen LN, Feigl AB. What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e129-130. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30001-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30001-3).
29. Mukadam N, Sommerlad A, Huntley J, Livingston G. Population attributable fractions for risk factors for dementia in low-income and middle-income countries: an analysis using cross-sectional survey data. *Lancet Glob Health*. 2019;7(5):e596-e603. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30074-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30074-9).
30. Oliveira D, Jun Otuyama L, Mabunda D, Mandlate F, Gonçalves-Pereira M, Xavier M, et al. Reducing the number of people with dementia through primary prevention in Mozambique, Brazil, and Portugal: an analysis of population-based data. *J Alzheimers Dis*. 2019;70(s1):S283-S291. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/JAD-180636>.

31. Afshar S, Roderick PJ, Kowal P, Dimitrov BD, Hill AG. Multimorbidity and the inequalities of global ageing: a cross-sectional study of 28 countries using the World Health Surveys. *BMC Public Health*. 2015;15(1):776. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2008-7>.
32. Firmino Rabelo D, Liberalesso Neri A. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18:507-519. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/BXBSz4CbS9RhGz5zmnGXsRv/?lang=pt>.
33. Fiorillo D, Sabatini F. Quality and quantity: the role of social interactions in self-reported individual health. *Soc Sci Med*. 2011;73(11):1644-1652. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.09.007>.
34. Russell D. Living arrangements, social integration, and loneliness in later life: the case of physical disability. *J Health Social Behav*. 2009;50(4):460-475. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20099451/>.
35. Henning-Smith C. Quality of life and psychological distress among older adults: the role of living arrangements. *J Appl Gerontol*. 2016;35(1):39-61. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0733464814530805>.
36. Giraldo Marín IC, López Palacio GJ. Factores predictivos de la dependencia funcional de la persona adulta mayor. Encuesta SABE Colombia, 2015. Universidad CES. Bogotá; 2018. Disponível em: <https://repository.ces.edu.co/handle/10946/4222>.
37. Doubova (Dubova) SV, Pérez-Cuevas R, Espinosa-Alarcón P, Flores-Hernández S. Social network types and functional dependency in older adults in Mexico. *BMC Public Health*. 2010;10(1):104. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-104>.
38. Oliveira DC de, Neri AL, D'Elboux MJ. Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013;21(3):742-749. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/zGgCSTwP9vkCZj4WvQpMrws/?lang=pt>.
39. Cano-Gutiérrez C, Borda MG, Reyes-Ortiz C, Arciniegas AJ, Samper-Ternent R. Evaluación de factores asociados al estado funcional en ancianos de 60 años o más en Bogotá, Colombia. *Biomédica*. 2017;37:57-65. Disponível em: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v37i1.3197>.
40. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22:1-11. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7853>.
41. Bango J. Cuidados na América Latina e no Caribe em tempos de COVID-19: em direção a sistemas integrais para fortalecer a resposta e a recuperação. Santiago do Chile: ONU Mulheres, CEPAL; 2020. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45916/190829es.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

42. Espino A, de los Santos D, Salvador S. DR14. Impacto de la pandemia en el empleo y los cuidados desde una perspectiva de género en Uruguay. Montevideo: Red de Investigación en Ciencias Sociales para Enfrentar las Secuelas de la Pandemia; 2021. Disponível em: <https://ciedur.org.uy/publicaciones/dr14-impacto-de-la-pandemia-en-el-empleo-y-los-cuidados-desde-una-perspectiva-de-genero-en-uruguay/>.
43. Valle AH. Bienestar, familia y problemas de cuidados en América Latina. *Emancipação*. 2014;13(3):27-45. Disponível em: <https://doi.org/10.5212/Emancipacao.v.13iEspecial.0002>.
44. Ministério da Saúde e Proteção Social. SABE Colombia: Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento. Bogotá: Colciencias; 2016. Disponível em: https://issuu.com/monsafe/docs/sabe_colombia_-_situacion_de_person.
45. Guerchet MM, Guerra M, Huang Y, Lloyd-Sherlock P, Sosa AL, Uwakwe R, et al. A cohort study of the effects of older adult care dependence upon household economic functioning, in Peru, Mexico and China. *PLoS ONE*. 2018;13(4):e0195567. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195567>.
46. Salinas-Rodríguez A, Manrique-Espinoza B, Torres Mussot I, Montañez-Hernández JC. Out-of-pocket healthcare expenditures in dependent older adults: results from an economic evaluation study in Mexico. *Front Public Health*. 2020;8:329. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00329>.
47. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):829-838. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273738545_ESTUDOS_NACIONAIS_SOBRE_CUIDADORES_FAMILIARES_DE_IDOSOS_REVISAO_INTEGRATIVA_DA_LITERATURA.
48. Prince M, Brodaty H, Uwakwe R, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, et al. Strain and its correlates among carers of people with dementia in low-income and middle-income countries. A 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(7):670-682. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/gps.2727>.
49. Gao C, Chapagain NY, Scullin MK. Sleep duration and sleep quality in caregivers of patients with dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2019;2(8):e199891. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9891>.
50. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*. 2008;108(9):23-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>.
51. Coe NB, Van Houtven CH. Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent. *Health Econ*. 2009;18(9):991-1010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hec.1512>.

52. Camargos EF, Souza AB, Nascimento AS, Morais-e-Silva AC, Quintas JL, Louzada LL, et al. Uso de psicotrópicos por cuidadores de pacientes idosos com demência: isso é um sinal de sobrecarga do cuidador? *Arq Neuro-Psiquiatr.* 2012;70(3):169-174. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Vn37SrQ4bK6WVWJHCYc5Wzf/abstract/?lang=pt>.
53. Mikkola TM, Kautiainen H, Mänty M, von Bonsdorff MB, Koponen H, Kröger T, et al. Use of antidepressants among Finnish family caregivers: a nationwide register-based study. *Soc Psychiatr Epidemiol.* 2021;56:2209-2216. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-021-02049-1>.
54. Medellín N. Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia: resumen Costa Rica. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-panorama-costa-rica>.
55. Molina H, Sarmiento L, Aranco N, Jara P. Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/node/28903>.
56. Jiménez C, Requejo J, Foces M, Okumura M, Stampini M, Castillo A. Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2021. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/economia-plateada-mapeo-de-actores-y-tendencias-en-america-latina-y-el-caribe>.
57. Okumura M, Stampini M, Buenadicha C, Castillo A, Vivanco F, Sánchez MA, et al. La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/node/28670>.
58. Kim H. Overview of Korean long-term care insurance. Seul: Ministério da Saúde e do Bem-Estar; 2019. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=EZSHARE-1178471419-10>.
59. Aranco N, Bosch M, Stampini M, Azuara O, Goyeneche L, Ibarrarán P, et al. Envelhecer na América Latina e Caribe: proteção social e qualidade de vida entre pessoas idosas. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2022. Disponível em: <https://publications.iadb.org/pt/envelhecer-na-america-latina-e-caribe-proteco-social-e-qualidade-de-vida-entre-pessoas-idosas>.
60. Aguirre R, Ferrari F. La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria. Santiago do Chile: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; 2014. Disponível em: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36721-la-construccion-sistema-cuidados-uruguay-busca-consensos-proteccion-social-mas>.

61. Ministério de Desenvolvimento Humano e Inclusão Social da Costa Rica. Política Nacional de Cuidados 2021-2031: hacia la implementación progresiva de un sistema de apoyo a los cuidados y atención a la dependencia. San José de Costa Rica: MDHIS; 2021. Disponível em: https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf.
62. Oliveri ML. Envejecimiento y atención a la dependencia en Argentina. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/node/29416>.
63. Ministério da Saúde do Brasil. Carteira de serviços da atenção primária à saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ1MQ==>.
64. Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Ministério da Cidadania do Brasil. Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas. Brasília: Ministério da Cidadania; 2015 [consultado em agosto de 2021]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/unidades-de-acolhimento/servico-de-acolhimento-para-pessoas-idosas>.
65. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome do Brasil. Proteção Especial para Pessoas com Deficiência e Idosas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; 2018 [consultado em agosto de 2021] Disponível em: <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>.
66. Accioly M. Panorama das ILPI no Brasil. Brasília: Câmara Legislativa; 2020. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidoso/apresentacoes-em-eventos/apresentacoes-de-convidados-em-audiencias-publicas-2021/audiencia-publica-sobre-fortalecimento-das-instituicoes-de-longa-permanencia-de-idosos-21-6-21/apresentacao-ap-21-6-21-sra-marisa-accioly-usp/view>.
67. Medellín N, Jara Maleš P, Matus Lopez M. Envejecimiento y atención a la dependencia en Costa Rica. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2019. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-costa-rica>.
68. Forttes Valdivia P. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2020. Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>.
69. Redondo N. Envejecimiento y atención a la dependencia en República Dominicana. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2021. Disponível em: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-republica-dominicana>.

70. Flórez CE, Martínez L, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2019. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es.pdf.
71. Ashby-Mitchell K, Donaldson-Davies K, McKoy-Davis J, Willie-Tyndale D, Eldemire-Shearer D. Aging and long term care in Jamaica. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2021. (Nota técnica n.º IDB-TN-2455). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/viewer/Aging-and-Long-Term-Care-in-Jamaica.pdf>.
72. Matus-López M. Long-term care policies in Latin America: a systematic review. Munich: Munich Personal RePEc Archive; 2015. Disponible en: <https://mpa.ub.uni-muenchen.de/105478/>.
73. Comissão de Especialistas em Previdência Social. Diagnóstico del sistema previsional uruguayo: informe de la Comisión de Expertos en Seguridad Social. Montevideo: CESS; 2021. Disponible en: <https://cess.gub.uy/sites/default/files/informes/Informe%20de%20Diagno%CC%81stico%20del%20Sistema%20Previsional%20Uruguayo.pdf>.
74. Organização Internacional do Trabalho. El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Ginebra: OIT; 2018. Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_737394/lang--es/index.htm.
75. Scheil-Adlung X. Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. Ginebra: OIT; 2015. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_407620.pdf.
76. Dintrans PV, Oliveira D, Stampini M. 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 D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-02556). Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/estimacion-de-las-necesidades-de-recursos-humanos-para-la-atencion-las-personas-mayores-con>.
77. Governo da Argentina. Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios: brindamos información y herramientas orientadas a garantizar y promover el cuidado de las personas mayores. Buenos Aires: Governo da Argentina. Data desconhecida [consultado em agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/desarrollosocial/registrocuidadores>.
78. Benedetti F, Acuña J, Terra F., Fabiani, B. Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. (Nota técnica n.º IDB-TN-2475). Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Teleasistencia-innovaciones-tecnologicas-para-el-cuidado-de-personas-a-distancia.pdf>.
79. Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. Soc Policy Admin. 2010;44(4):359-374. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x>.

80. Fabiani B, Costa-i-Font J, Aranco N, Stampini M, Ibararán P. Opciones de financiación de los servicios de atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento. (Nota Técnica IDB-TN-2473). Disponível em: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/viewer/Opciones-de-financiacion-de-los-servicios-de-atencion-a-la-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>.
81. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Compromiso de Santiago. XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Santiago do Chile: CEPAL; 2020. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46468/S2000147_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
82. Comissão Interamericana de Mulheres. COVID-19 en la vida de las mujeres: emergencia global de los cuidados. Columbia: OEA; 2020. Disponível em: <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2020/09/CuidadosCOVID19-ES-1.pdf>.
83. Rico MN. Medición del trabajo no remunerado en el contexto de los ODS y la Agenda Regional de Género: desafíos para la implementación de la Agenda 2030. Seminario Objetivos del Desarrollo Sostenible en Paraguay; 24 y 25 de julio de 2017. Asunción. Santiago do Chile: CEPAL; 2017. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/news/files/medicion_del_trabajo_no_remunerado_en_el_contexto_de_los_ods_y_la_agenda_regional_de_genero.pdf.
84. Antolin A, Babbitt L, Drusilla B, Djaya D, Toosi N, Voegeli E. Women in factories foundational training Central America endline report. Medford: Tufts University; 2018. Disponível em: <https://sites.tufts.edu/laborlab/files/2016/06/Central-American-Endline-Report-FT-Final-20-August-2018.pdf>.
85. Lardizábal E. The pandemic is a chance to reshape women's roles in Latin America and the Caribbean. Washington D.C.: Atlantic Council; 2021 [consultado em agosto de 2021]. Disponível em: <https://www.atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/the-pandemic-is-a-chance-to-reshape-womens-roles-in-latin-america-and-the-caribbean/>.
86. Macinko J, Andrade FCD, de Andrade FB, Lima-Costa MF. Universal health coverage: are older adults being left behind? Evidence from aging cohorts in twenty-three countries. Health Aff (Millwood). 2020;39(11):1951-1960. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01570>.
87. Beran D. The impact of health systems on diabetes care in low and lower middle income countries. Curr Diab Rep. 2015;15(4):20. Disponível em: 10.1007/s11892-015-0591-8.

Com o objetivo de descrever o conhecimento disponível atualmente sobre a situação da saúde e do envelhecimento das pessoas idosas na Região das Américas no início da Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, este documento fornece informações atualizadas sobre a situação dos cuidados de longo prazo na Região. Os dados oferecem uma análise detalhada da situação dos cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe, da carga e dos efeitos da dependência de cuidados, bem como dos sistemas e serviços de cuidados de longo prazo existentes no presente.

O envelhecimento acelerado da população na América Latina e no Caribe gera um aumento substancial da demanda por serviços de cuidados, ao mesmo tempo em que se verifica uma diminuição na oferta de cuidados não remunerados prestados pela família, que atualmente é o principal prestador de atenção a pessoas em situação de dependência. Diante dessa realidade, este documento detalhado subsidiará a elaboração de estratégias voltadas para a formalização dessa dimensão da atenção à saúde das pessoas, partindo da ideia de que a criação de sistemas nacionais de cuidados de longo prazo é essencial para proteger e promover os direitos, a dignidade e o bem-estar das pessoas idosas em situação de dependência de cuidados e dos seus cuidadores e cuidadoras.

OPAS



Década
do envelhecimento
saudável
nas Américas

