ReGeo ISSN: 2177-3246

O SUS E A LONGEVIDADE ATIVA NO BRASIL: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, CAPACIDADE FUNCIONAL E ECONOMIA DO CUIDADO NA AGENDA 60+

THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) AND ACTIVE LONGEVITY IN BRAZIL: DEMOGRAPHIC TRANSITION, FUNCTIONAL CAPACITY, AND THE ECONOMICS OF CARE IN THE 60+ AGENDA

EL SUS Y LA LONGEVIDAD ACTIVA EN BRASIL: TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA, CAPACIDAD FUNCIONAL Y ECONOMÍA DEL CUIDADO EN LA AGENDA 60+

https://doi.org/10.56238/revgeov17n11-018

Data de submissão: 03/10/2026 **Data de publicação:** 03/11/2026

Jenilson Alves de Cirqueira
Doutorando em Economia
Instituição: Fundação Getúlio Vargas (FGV)
E-mail: jenilsoncirqueira@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0003-6361-6021
Lattes: http://lattes.cnpq.br/7426826232103226

Ricardo Moraes Silva Jesus
Doutorando em Enfermagem
Instituição: UNESP
E-mail: ricardomoraessilvajesus@gmail.com
Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8656-2770
Lattes: http://lattes.cnpq.br/5364791100084914

Cláudio Avelino Rodrigues dos Santos
Mestre em Ensino, Ciência e Saúde
Instituição: Universidade Federal do Tocantins (UFT)
E-mail: claudioavelinosantos@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2927907317002005

Luana Nunes Garcia
Pós Graduada em Endocrinologia
Instituição: Faculdade de Ciências Médicas (IPEMED)
E-mail: luananuness@hotmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/5493734903830464

Jenilsa Alves Cirqueira
Especialista em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar
Instituição: Universidade de Gurupi
E-mail: jenilsa.cirqueira@gmail.com
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8840757762340030

ReGeo

ISSN: 2177-3246

Angélica Alves de Alcântara
Especialização em Urgência, emergência e UTI
Instituição: Universidade de Gurupi
E-mail: angelica.alcantara@unirg.edu.br
Lattes: http://lattes.cnpq.br/9499571045580633

Dalma Régia Monteiro Silva
Administradora Pública
Instituição: Universidade Federal do Tocantins (UFT)
E-mail: dalmaregia@outlook.com
Orcid: https://orcid.org/0009-0008-0510-8084
Lattes: http://lattes.cnpq.br/5825201066511363

Jonatas Gomes Barreto
Pós-graduação em Educação de Tempo Integral
Instituição: Faculdade Norte Sul de Ensino a Distância FANS
E-mail: profjonatasbarreto@gmail.com

RESUMO
O envelhecimento populacional brasileiro desloca o centro de gravidade das políticas de saúde de um padrão predominantemente agudo para uma demanda marcada por doenças crônicas, multimorbidade, fragilidade, demências e necessidades de cuidado de longa duração. Este artigo analisa os desafios impostos ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela expansão da população com 60 anos ou mais e propõe uma agenda de longevidade ativa orientada pela capacidade funcional e pela integração entre saúde e cuidado. Trata-se de estudo teórico-analítico, de abordagem quali-quantitativa, baseado em revisão narrativa orientada por problema e análise documental de dados secundários do IBGE, Ministério da Saúde, legislação federal, Organização Mundial da Saúde, CEPAL e literatura científica nacional e internacional. O Censo 2022 registrou 32,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (15,8% da população), das quais 55,7% eram mulheres; as projeções oficiais indicam que esse grupo poderá representar 37,8% da população em 2070. O artigo demonstra que a idade cronológica, isoladamente, não explica a pressão assistencial: multimorbidade, perda de capacidade intrínseca, dependência funcional, desigualdades territoriais e disponibilidade de redes formais e informais de cuidado são variáveis decisivas. As demências evidenciam essa interdependência, com aproximadamente 2,71 milhões de pessoas estimadas no país em 2024 e elevada participação de custos indiretos associados ao cuidado informal. Conclui-se que a sustentabilidade sanitária e social da longevidade depende de reorientar o SUS para prevenção de incapacidade, atenção primária resolutiva, avaliação multidimensional, cuidado domiciliar, integração sociossanitária, apoio aos cuidadores e governança intersetorial. Como contribuição, propõe-se uma Matriz SUS-Longevidade Ativa com eixos, ações e indicadores para planejamento e avaliação de políticas 60+. As Projeções da População - Revisão 2024 indicam que, em 2029, o contingente de pessoas com 60 anos ou mais (cerca de 40,1 milhões) superará o de 0 a 14 anos (cerca de 39,2 milhões).

Palavras-chave: Capacidade Funcional. Economia do Cuidado. Envelhecimento Saudável. Longevidade. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT
Brazilian population ageing is shifting the centre of gravity of health policy from a predominantly acute-care pattern towards demands characterised by chronic diseases, multimorbidity, frailty,

dementia and long-term care needs. This article analyses the challenges posed to the Brazilian Unified Health System (SUS) by the expansion of the population aged 60 and over and proposes an active longevity agenda centred on functional ability and on the integration of health and care policies. This is a theoretical-analytical study with a qualitative and quantitative approach, based on a problem-oriented narrative review and documentary analysis of secondary data from IBGE, the Brazilian Ministry of Health, federal legislation, the World Health Organization, ECLAC and national and international scientific literature. The 2022 Census recorded 32.1 million people aged 60 and over (15.8% of the population), 55.7% of whom were women; official projections indicate that this group may account for 37.8% of the population by 2070. The analysis shows that chronological age alone does not explain health-care pressure: multimorbidity, loss of intrinsic capacity, functional dependence, territorial inequalities and the availability of formal and informal care networks are decisive variables. Dementia illustrates this interdependence, with approximately 2.71 million people estimated to be living with the condition in Brazil in 2024 and a high share of indirect costs associated with informal care. The article concludes that the health and social sustainability of longevity requires reorienting SUS towards disability prevention, strong primary care, multidimensional assessment, home care, health-social care integration, caregiver support and intersectoral governance. As an original contribution, a SUS-Active Longevity Matrix is proposed with strategic axes, actions and indicators for planning and evaluating 60+ policies. The 2024 revision of official population projections indicates that in 2029 the population aged 60+ (about 40.1 million) will exceed those aged 0-14 (about 39.2 million).

Keywords: Brazilian Unified Health System. Care Economy. Functional Ability. Healthy Ageing. Longevity.

RESUMEN

El envejecimiento poblacional brasileño desplaza el centro de gravedad de las políticas de salud de un patrón predominantemente agudo hacia una demanda marcada por enfermedades crónicas, multimorbilidad, fragilidad, demencias y necesidades de cuidado de larga duración. Este artículo analiza los desafíos impuestos al Sistema Único de Salud (SUS) por la expansión de la población con 60 años o más y propone una agenda de longevidad activa orientada por la capacidad funcional y por la integración entre salud y cuidado. Se trata de un estudio teórico-analítico, de abordaje cuali-cuantitativo, basado en revisión narrativa orientada por problema y análisis documental de datos secundarios del IBGE, Ministerio de la Salud, legislación federal, Organización Mundial de la Salud, CEPAL y literatura científica nacional e internacional. El Censo 2022 registró 32,1 millones de personas con 60 años o más (15,8% de la población), de las cuales 55,7% eran mujeres; las proyecciones oficiales indican que este grupo podría representar 37,8% de la población en 2070. El artículo demuestra que la edad cronológica, aisladamente, no explica la presión asistencial: multimorbilidad, pérdida de capacidad intrínseca, dependencia funcional, desigualdades territoriales y disponibilidad de redes formales e informales de cuidado son variables decisivas. Las demencias evidencian esta interdependencia, con aproximadamente 2,71 millones de personas estimadas en el país en 2024 y elevada participación de costos indirectos asociados al cuidado informal. Se concluye que la sustentabilidad sanitaria y social de la longevidad depende de reorientar el SUS hacia prevención de incapacidad, atención primaria resolutiva, evaluación multidimensional, cuidado domiciliario, integración sociosanitaria, apoyo a los cuidadores y gobernanza intersectorial. Como contribución, se propone una Matriz SUS-Longevidad Activa con ejes, acciones e indicadores para planificación y evaluación de políticas 60+. Las Proyecciones de la Población - Revisión 2024 indican que, en 2029, el contingente de personas con 60 años o más (aproximadamente 40,1 millones) superará el de 0 a 14 años (aproximadamente 39,2 millones).

Palabras clave: Capacidad Funcional. Economía del Cuidado. Envejecimiento Saludable. Longevidad. Sistema Único de Salud.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional deixou de ser uma tendência de longo prazo para se tornar uma variável estrutural do desenvolvimento brasileiro. A combinação entre queda persistente da fecundidade, redução da mortalidade e ampliação da sobrevivência em idades avançadas está modificando a composição etária da população em velocidade suficiente para alterar padrões de consumo, mercado de trabalho, previdência, organização familiar e demanda por serviços públicos. No campo da saúde coletiva, a mudança possui implicações particularmente relevantes porque amplia o número de pessoas expostas, por períodos mais longos, a doenças crônicas, multimorbidade, fragilidade, limitações sensoriais e cognitivas e necessidades de reabilitação e cuidado continuado.

O Censo Demográfico de 2022 contabilizou 32.113.490 pessoas com 60 anos ou mais no Brasil, equivalentes a 15,8% da população. Em 2010, essa participação era de 10,8%; em 1980, de 6,1%. Além da expansão quantitativa, o envelhecimento é feminizado: 55,7% das pessoas idosas recenseadas em 2022 eram mulheres (IBGE, 2023). As Projeções da População, revisão 2024, indicam que a participação das pessoas com 60 anos ou mais, estimada em 15,6% em 2023, poderá alcançar 37,8% em 2070 (IBGE, 2024). A longevidade também avança dentro do próprio grupo idoso: em 2024, uma pessoa que alcançava os 60 anos possuía, em média, mais 22,6 anos de vida esperada, com sobrevida superior entre as mulheres (IBGE, 2025a).

Esse processo ocorre em paralelo a uma transição epidemiológica na qual as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) assumem protagonismo na carga de morbimortalidade. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 registra que, em 2019, as DCNT responderam por 54,7% dos óbitos no país (BRASIL, 2021). Estudos comparativos em países de língua portuguesa também documentam a elevada carga contemporânea dessas condições e a necessidade de políticas integradas de prevenção e cuidado continuado (MALTA *et al.*, 2023). Para o SUS, a consequência não é simplesmente a existência de mais pessoas idosas, mas a mudança do tipo de cuidado requerido: acompanhamento longitudinal, manejo de múltiplas condições, prevenção de declínio funcional, coordenação entre níveis assistenciais, reabilitação, saúde mental, suporte social e, em parcela crescente dos casos, cuidados domiciliares e de longa duração.

É importante, contudo, evitar uma interpretação determinista segundo a qual envelhecer equivaleria necessariamente a adoecer, tornar-se dependente ou gerar custos crescentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define envelhecimento saudável como o processo de desenvolver e manter a capacidade funcional que possibilita bem-estar na velhice. Essa capacidade decorre da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo - conjunto de capacidades físicas e mentais - e os ambientes

físicos, sociais, econômicos e institucionais em que a pessoa vive (WHO, 2015; WHO, 2021). Beard *et al.* (2016) sintetizam esse paradigma ao deslocar o foco da ausência de doença para a interação entre capacidades e ambientes. Assim, duas pessoas da mesma idade cronológica podem apresentar trajetórias de autonomia radicalmente distintas.

Essa distinção é central para o debate sobre sustentabilidade do SUS. A pressão assistencial associada à longevidade é mediada por fatores como multimorbidade, fragilidade, pobreza, escolaridade, condições de moradia, violência, acesso a prevenção, redes de apoio, organização territorial da atenção primária e disponibilidade de cuidado formal e informal. Em consequência, políticas que preservem mobilidade, cognição, vitalidade, visão, audição, saúde mental e participação social podem reduzir ou postergar dependência, internações evitáveis e demanda de maior complexidade, produzindo ganhos simultaneamente sanitários, sociais e econômicos.

As demências constituem um exemplo crítico dessa interdependência. O primeiro Relatório Nacional sobre a Demência estimou que cerca de 8,5% das pessoas brasileiras com 60 anos ou mais viviam com demência, aproximadamente 2,71 milhões de pessoas, com projeção de 5,6 milhões em 2050 (BRASIL, 2024a). O mesmo campo de estudos evidencia elevado subdiagnóstico e grande participação dos custos indiretos, sobretudo o tempo de cuidado não remunerado. Pesquisa de custo da doença publicada em 2025 estimou que pelo menos 73% do custo total das demências decorre de componentes indiretos, reforçando que a carga econômica não se limita ao orçamento médico-hospitalar (DA MATA *et al.*, 2025).

A economia do cuidado torna-se, portanto, inseparável da agenda da longevidade. No Brasil, como em grande parte da América Latina, o cuidado não remunerado é distribuído de forma desigual entre homens e mulheres. No estudo nacional sobre demências, 86% dos cuidadores eram mulheres (BRASIL, 2024a); em paralelo, análise dos microdados da PNAD Contínua identificou 955 mil adultos de 35 a 49 anos vivendo, ao final de 2023, com filhos de até 24 anos e pessoas idosas de 65 anos ou mais, sendo 60,2% mulheres. Entre as mulheres desse grupo, 33,6% estavam fora da força de trabalho e as ocupadas apresentavam rendimento médio de R$ 2.949 (FEIJÓ, 2025). Esses achados não autorizam inferir que a coresidência cause, isoladamente, a saída do emprego, mas revelam uma associação relevante entre arranjos multigeracionais, responsabilidades de cuidado e desigualdade de inserção laboral.

À luz desse contexto, a questão de pesquisa deste artigo é: como a transição demográfica e epidemiológica brasileira, combinada à expansão das necessidades de cuidado e às desigualdades de gênero e território, deve reorientar a agenda do SUS para a população 60+? O objetivo geral é analisar criticamente os desafios da longevidade para o sistema público de saúde e formular uma agenda de

política orientada pela capacidade funcional. Especificamente, busca-se: (i) sintetizar evidências demográficas e epidemiológicas recentes; (ii) discutir limites de uma resposta centrada apenas em doença e especialidade; (iii) examinar demências e cuidado informal como expressão da nova demanda sociossanitária; e (iv) propor uma Matriz SUS-Longevidade Ativa com eixos e indicadores para planejamento e avaliação.

A contribuição pretendida é integrar três campos frequentemente tratados de forma separada - saúde da pessoa idosa, transição demográfica e economia do cuidado. A hipótese analítica é que a sustentabilidade da longevidade no Brasil depende menos de uma expansão indiferenciada de procedimentos e mais da capacidade de organizar redes territoriais que preservem funcionalidade, detectem precocemente declínios, coordenem cuidado longitudinal e reconheçam o cuidador como parte do sistema de proteção social. A proposta mantém como fundamentos a universalidade e a integralidade do direito à saúde instituídas pela Constituição de 1988 e pela Lei nº 8.080/1990, além das garantias específicas do Estatuto da Pessoa Idosa (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2003). Nesse sentido, "longevidade ativa" é utilizada neste artigo como expressão analítica abrangente para uma vida longa com autonomia, participação e capacidade de realizar atividades valorizadas, em diálogo com o marco de envelhecimento ativo (WHO, 2002), sem substituir o conceito técnico de "envelhecimento saudável" adotado pela OMS.

2 ENVELHECIMENTO, CAPACIDADE FUNCIONAL E ECONOMIA DO CUIDADO: FUNDAMENTOS ANALÍTICOS

2.1 DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA À COMPRESSÃO DA MORBIDADE

A teoria da transição epidemiológica formulada por Omran (1971) descreveu a mudança histórica de perfis dominados por doenças infecciosas e elevada mortalidade para padrões nos quais enfermidades degenerativas e produzidas por condições sociais e estilos de vida assumem maior peso. Embora a trajetória brasileira seja marcada por sobreposição de riscos - persistência de doenças transmissíveis, violência e forte carga de DCNT -, a utilidade do conceito permanece na identificação da mudança do padrão de necessidades. Em sociedades longevas, o problema de política pública deixa de ser apenas evitar mortes precoces e passa a incluir a gestão de condições que acompanham os indivíduos por muitos anos.

Fries (1980) acrescentou a hipótese da compressão da morbidade: se o início da incapacidade puder ser postergado mais rapidamente do que a expansão da expectativa de vida, uma parcela maior da existência será vivida com autonomia. A formulação é especialmente útil para políticas de longevidade porque desloca a discussão do número bruto de anos vividos para a distribuição dos anos

entre estados de saúde e dependência. O objetivo sanitário não é produzir uma velhice “sem doença” - condição pouco realista em um contexto de multimorbidade -, mas evitar que doenças se convertam precocemente em perda de função.

Esse ponto é reforçado por evidências brasileiras. Veras (2023) argumenta que modelos de cuidado destinados à população idosa precisam enfatizar coordenação, prevenção, monitoramento e instâncias leves de cuidado, evitando fragmentação e uso ineficiente de serviços. O foco exclusivo na doença isolada tende a produzir múltiplas consultas, prescrições e exames sem um plano integrado, especialmente quando o paciente apresenta polifarmácia e condições simultâneas. A gestão da trajetória, e não apenas do episódio, torna-se a unidade relevante da atenção.

2.2 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL, CAPACIDADE INTRÍNSECA E FUNCIONALIDADE

O World Report on Ageing and Health consolidou uma mudança conceitual ao definir envelhecimento saudável a partir da capacidade funcional. A capacidade intrínseca reúne capacidades físicas e mentais que a pessoa pode mobilizar; a capacidade funcional resulta da interação dessa base individual com o ambiente. São dimensões concretas: satisfazer necessidades básicas, aprender e decidir, movimentar-se, construir e manter relações e contribuir para a sociedade (WHO, 2015). Em 2021, a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 estruturou quatro campos de ação: combate ao idadismo, comunidades que favoreçam as capacidades das pessoas idosas, atenção integrada centrada na pessoa e acesso a cuidado de longa duração (WHO, 2021).

Essa abordagem converge com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que já estabelecia, em 2006, que a saúde na velhice se traduz mais pela condição de autonomia e independência do que pela simples presença ou ausência de doença orgânica. A PNSPI também reconheceu desafios que permanecem atuais: insuficiência de cuidados intermediários e domiciliares, carência de equipes multiprofissionais e necessidade de apoiar a família cuidadora (BRASIL, 2006). Há, portanto, continuidade normativa entre a política brasileira e o paradigma internacional contemporâneo, embora persistam lacunas de implementação e escala.

A segunda edição do guia Integrated Care for Older People (ICOPE), publicada pela OMS em 2025, reforça que a atenção primária deve identificar declínios em cognição, mobilidade, vitalidade, visão, audição e capacidade psicológica, avaliar necessidades sociais e de suporte ao cuidador e construir plano de cuidado personalizado (WHO, 2025a). Para o SUS, a implicação é estratégica: a avaliação multidimensional pode funcionar como mecanismo de estratificação de risco e coordenação, evitando que idade cronológica seja utilizada como substituto grosseiro da necessidade assistencial.

2.3 CUIDADO COMO INFRAESTRUTURA SOCIAL DA LONGEVIDADE

Longas vidas dependem de uma infraestrutura de cuidado que frequentemente permanece invisível nas contas públicas. A CEPAL propõe a noção de "sociedade do cuidado" para enfatizar que todas as pessoas recebem e prestam cuidados ao longo do ciclo de vida, mas a distribuição desse trabalho é profundamente desigual e recai de modo desproporcional sobre mulheres e meninas. Na América Latina e no Caribe, as mulheres dedicam mais que o dobro do tempo dos homens ao trabalho doméstico e de cuidados não remunerado (CEPAL, 2022).

No Brasil, a institucionalização recente da Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069/2024) e de seu Plano Nacional (Decreto nº 12.562/2025) representa mudança relevante no marco normativo. A política reconhece o direito a ser cuidado, a cuidar e ao autocuidado, estabelece corresponsabilidade entre Estado, famílias, setor privado e sociedade civil e inclui como públicos prioritários pessoas idosas que necessitem de apoio para atividades básicas e instrumentais, trabalhadores remunerados que acumulem responsabilidades familiares e cuidadores não remunerados (BRASIL, 2024b; BRASIL, 2025a).

Essa arquitetura é particularmente importante para o SUS porque dependência funcional não é um fenômeno exclusivamente clínico. Evidências do ELSI-Brasil demonstram que limitações nas atividades da vida diária produzem demanda concreta de ajuda e cuidado, cuja provisão depende intensamente das redes familiares e sociais (GIACOMIN *et al.*, 2018). A alta hospitalar de uma pessoa frágil, por exemplo, pode ser clinicamente adequada e socialmente inviável caso não exista cuidador, moradia acessível, renda, transporte, acesso a medicamentos ou capacidade familiar para supervisão. A efetividade do cuidado em saúde depende, portanto, de coordenação com assistência social, proteção de renda, políticas de trabalho, habitação e redes comunitárias. A longevidade torna a intersetorialidade uma necessidade operacional, e não apenas um princípio programático.

3 METODOLOGIA

Este artigo caracteriza-se como estudo teórico-analítico, de abordagem qualiquantitativa, baseado em revisão narrativa orientada por problema e análise documental de dados secundários. Optou-se por esse desenho porque o objetivo não é estimar um único efeito causal nem realizar metanálise, mas integrar evidências demográficas, epidemiológicas, institucionais e econômicas necessárias à formulação de uma agenda de política pública para o SUS.

A pesquisa documental priorizou fontes oficiais e primárias: Censo Demográfico 2022; Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), especialmente a Tabela 1209 - População, por grupos de idade; e Projeções da População - Revisão 2024, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

(IBGE). A Tabela 1209 reúne resultados censitários de longo prazo e permite recompor os grupos de 0 a 14 anos pela soma de 0-4, 5-9 e 10-14 anos e o grupo de 60 anos ou mais pela soma de 60-69 e 70 anos ou mais. Para o horizonte prospectivo, utilizou-se a planilha oficial de grupos etários específicos da Revisão 2024 (2000-2070), produzida pelo método das componentes demográficas, que acompanha coortes sob hipóteses de fecundidade, mortalidade e migração e utiliza população de partida ajustada por conciliação demográfica (IBGE, 2024; IBGE, 2025c). Também foram utilizados a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030; o Relatório Nacional sobre a Demência; o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi); a Lei nº 14.878/2024; a Lei nº 15.069/2024 e o Decreto nº 12.562/2025. No plano internacional, foram priorizados documentos da OMS e da CEPAL.

A revisão de literatura foi conduzida de forma dirigida, com ênfase em publicações clássicas que estruturam o debate - transição epidemiológica, compressão da morbidade e envelhecimento saudável - e em estudos recentes, prioritariamente de 2022 a 2026, relacionados a capacidade funcional, fragilidade, demências, força de trabalho geriátrica, cuidado informal, gênero e arranjos familiares. Foram consultados artigos indexados ou localizados em bases e portais científicos como PubMed/MEDLINE, SciELO e periódicos especializados, além de documentos institucionais com metodologia explícita. Foram incluídos trabalhos em português, inglês e espanhol para ampliar a diversidade teórica e regional.

Para a síntese analítica, as evidências foram organizadas em seis categorias: (1) pressão demográfica; (2) transição epidemiológica e multimorbidade; (3) capacidade funcional e fragilidade; (4) disponibilidade e distribuição da força de trabalho e dos serviços; (5) cuidado de longa duração e economia do cuidado; e (6) governança, financiamento e monitoramento. As informações numéricas são apresentadas com seus respectivos anos de referência para evitar comparar como simultâneos indicadores produzidos em períodos distintos.

A análise adota três cautelas metodológicas. Primeiro, indicadores de população 60+ e 65+ não são intercambiáveis; quando estudos utilizam cortes diferentes, isso é explicitado. Segundo, a contagem de especialistas em geriatria não equivale à disponibilidade de profissionais no SUS, pois inclui médicos que podem atuar no setor privado ou em jornadas parciais; por isso, o número é utilizado como indicador de capacidade potencial e distribuição geográfica, não como medida de cobertura assistencial. Terceiro, custos de demência baseados em estudos de custo da doença dependem de hipóteses de prevalência, estágio clínico e valoração do cuidado informal e devem ser interpretados como estimativas de ordem de grandeza, e não como despesa orçamentária diretamente observada.

Por utilizar exclusivamente dados agregados, documentos públicos e literatura publicada, sem identificação individual nem intervenção com participantes, o estudo não envolve pesquisa direta com seres humanos. Como limitação do desenho narrativo, não se pretende exaustividade de uma revisão sistemática; a força do trabalho reside na triangulação entre evidência científica, dados oficiais e marcos normativos, explicitando os limites de cada fonte.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA ALTERA A ESCALA DO PROBLEMA

O primeiro resultado é a magnitude e a velocidade da mudança etária. Entre 2010 e 2022, a população com 60 anos ou mais cresceu 56,0% em termos absolutos, atingindo 32,1 milhões de pessoas. O peso desse grupo na população total avançou de 10,8% para 15,8%. Ao mesmo tempo, a proporção de crianças de até 14 anos caiu de 38,2% em 1980 para 19,8% em 2022 (IBGE, 2023). A transformação não decorre de um choque temporário, mas de uma recomposição duradoura da estrutura etária.

As projeções oficiais indicam continuidade do processo. A participação das pessoas com 60 anos ou mais, de 15,6% em 2023, poderá alcançar 37,8% em 2070 (IBGE, 2024). Para planejamento público, isso significa que políticas desenhadas para tratar a saúde da pessoa idosa como nicho programático precisarão ser convertidas em componentes estruturais da rede. Em muitos territórios, a atenção à população idosa deixará de ser um segmento minoritário e passará a representar parcela substantiva da demanda rotineira da APS, da assistência farmacêutica, da reabilitação e da atenção domiciliar.

4.1.1 A virada demográfica de 2029: da base jovem à sociedade longeva

A base de dados que sustenta a chamada “virada demográfica” combina duas fontes oficiais do IBGE. Para o passado observado, a Tabela 1209 do SIDRA reúne os Censos Demográficos e permite acompanhar a transformação da estrutura etária desde 1872; para o período prospectivo, a Revisão 2024 das Projeções da População disponibiliza estimativas e projeções anuais até 2070. A visualização em que as curvas de crianças e pessoas idosas se cruzam em 2029 é, portanto, uma representação derivada dessas bases, e não uma fonte estatística autônoma.

Na série da Revisão 2024, o Brasil deverá atingir em 2029 um marco inédito: aproximadamente 40,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, contra 39,2 milhões de pessoas de 0 a 14 anos. O índice de envelhecimento - razão entre o contingente 60+ e o grupo de 0 a 14 anos, multiplicada por 100 - ultrapassa, assim, o valor de 100. O próprio IBGE, em estudo metodológico sobre estatísticas de saúde,

destaca que o índice era de aproximadamente 29 pessoas idosas para cada 100 menores de 15 anos em 2000, avançou intensamente nas décadas seguintes e passa a indicar predominância numérica da população idosa a partir de 2029 (IBGE, 2025b).

A inversão não deve ser interpretada apenas como curiosidade demográfica. Ela modifica o denominador do planejamento sanitário: a população que mais cresce é justamente aquela em que se elevam as probabilidades de multimorbidade, fragilidade, deficiência, demências, uso contínuo de medicamentos e necessidade de reabilitação ou cuidado de longa duração. Ao mesmo tempo, a redução relativa das coortes jovens e o posterior encolhimento da população em idade ativa alteram a disponibilidade potencial de cuidadores familiares e a base de financiamento tributário e contributivo. Em 2070, a projeção aponta 75,3 milhões de pessoas com 60 anos ou mais - 37,8% da população - e cerca de 23,8 milhões de pessoas de 0 a 14 anos, aproximadamente 12% do total (IBGE, 2024).

Tabela 1. Base demográfica da inversão etária brasileira: marcos selecionados da Revisão 2024

Ano	População 0-14 (milhões)	População 60+ (milhões)	60+ no total	Índice de envelhecimento
2000	52,3	15,2	8,7%	29,1
2024	42,0	34,2	16,1%	81,4
2029	39,2	40,1	18,5%*	102,3
2070	23,8	75,3	37,8%	316,4

Valores absolutos arredondados. *Participação aproximada calculada a partir do total projetado para 2029. O índice de envelhecimento corresponde a (população 60+ / população 0-14) × 100. Para séries históricas censitárias, utilizar a Tabela 1209 do SIDRA.

Fonte: elaboração própria com base nas Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação - Revisão 2024 (IBGE, 2024), na publicação metodológica do IBGE sobre estatísticas de saúde (IBGE, 2025b) e na série de grupos etários específicos.

Para o SUS, o ponto de 2029 funciona como marcador de planejamento. O desafio não é simplesmente atender “mais idosos”, mas reorganizar redes que historicamente foram dimensionadas em uma sociedade de base etária mais jovem. Isso implica deslocar recursos e competências para prevenção da incapacidade, manejo de condições crônicas, saúde mental, reabilitação, atenção domiciliar, cuidados paliativos, coordenação clínica e suporte aos cuidadores, sem abandonar as necessidades das demais faixas etárias. O efeito esperado é uma mudança na composição da demanda, com maior peso de episódios recorrentes e de trajetórias assistenciais longas.

A implicação de gestão é que o planejamento do SUS deve passar a incorporar, de forma explícita, indicadores de estrutura etária e de envelhecimento nos diagnósticos territoriais, nas programações anuais de saúde, na regionalização da atenção especializada e na avaliação da capacidade instalada. A projeção demográfica não determina mecanicamente o gasto futuro, pois custos dependem de morbidade, tecnologia, preços, organização da rede e capacidade funcional; contudo, ela antecipa a escala populacional sobre a qual esses fatores atuarão. Por isso, a preparação

para 2029 e para as décadas subsequentes deve ser tratada como agenda de capacidade institucional, e não apenas como expansão quantitativa de serviços.

A feminização do envelhecimento também é relevante. Em 2022, havia 17,9 milhões de mulheres e 14,2 milhões de homens com 60 anos ou mais. A diferença tende a ser maior nas idades avançadas devido à maior sobrevivência feminina. Essa assimetria precisa ser combinada à análise de renda, aposentadoria, viuvez, moradia unipessoal e histórico de trabalho não remunerado, porque as trajetórias econômicas e de cuidado produzem exposições distintas ao risco de vulnerabilidade na velhice.

Tabela 2. Indicadores selecionados da transição demográfica e da agenda 60+ no Brasil

Indicador	Valor	Ano	Fonte	Implicação para o SUS
População com 60 anos ou mais	32.113.490 pessoas	2022	Censo Demográfico 2022	Ampliação estrutural da demanda por ações de promoção, prevenção, cuidado longitudinal e reabilitação.
Participação de 60+ na população	15,8%	2022	IBGE	Saúde da pessoa idosa deixa de ser agenda periférica e passa a ser transversal ao SUS.
Mulheres entre as pessoas 60+	55,7%	2022	IBGE	Necessidade de incorporar gênero, renda, viuvez e histórico de cuidado na estratificação de vulnerabilidade.
Proporção projetada de 60+	37,8%	2070	IBGE - Projeções 2024	Requer planejamento de longo prazo, redes regionais e capacidade fiscal/assistencial compatível.
Sobrevida média aos 60 anos	22,6 anos adicionais	2024	IBGE - Tábuas de Mortalidade	A APS pode acompanhar uma pessoa por duas décadas ou mais após os 60, reforçando longitudinalidade.
Pessoas com demência	aprox. 2,71 milhões (8,5% de 60+)	2024	ReNaDe / Ministério da Saúde	Demanda por diagnóstico oportuno, apoio familiar, coordenação e cuidados de longa duração.
Geriatras titulados	3.167	2024	Cintra et al. (2025)	Capacidade especializada limitada e fortemente concentrada territorialmente; APS deve ser fortalecida.

Os indicadores possuem anos de referência distintos e não devem ser interpretados como fotografia de um único período.
Fonte: elaboração própria com base em IBGE (2023; 2024; 2025a), Brasil (2024a) e Cintra *et al.* (2025).

4.2 O DESAFIO SANITÁRIO É A CRONICIDADE COM PERDA FUNCIONAL, NÃO A IDADE ISOLADA

A segunda constatação é que a transição demográfica e a epidemiológica se reforçam, mas não são equivalentes. A idade aumenta a probabilidade de exposição a condições crônicas e síndromes geriátricas, porém existe ampla heterogeneidade de trajetórias. O custo assistencial e a intensidade do cuidado são mais bem explicados por combinações de multimorbidade, fragilidade, limitações em atividades de vida diária, cognição, polifarmácia, contexto socioeconômico e proximidade do fim da

vida do que pela idade cronológica tomada isoladamente. Reduzir a análise a “idosos custam mais” induz políticas potencialmente ineficientes e idadistas.

O desenho do SUS possui vantagem institucional para responder a esse desafio: universalidade, capilaridade territorial e Atenção Primária à Saúde baseada em equipes. O problema é que redes fragmentadas podem converter essa vantagem em sequência de atendimentos sem coordenação. Uma pessoa com hipertensão, diabetes, osteoartrite, perda auditiva, sintomas depressivos e dificuldade de mobilidade pode receber seis respostas verticais sem que ninguém acompanhe a interação entre medicamentos, metas terapêuticas, risco de queda, nutrição, cognição e suporte familiar.

A PNSPI antecipa essa necessidade ao defender linha de cuidado, avaliação da condição funcional e acompanhamento diferenciado das situações de fragilidade. A literatura brasileira também demonstra a relevância da função. No ELSI-Brasil, limitações físicas e funcionais, condições crônicas e pior autoavaliação de saúde mostraram associação com mortalidade em adultos mais velhos, indicando que medidas de funcionamento acrescentam informação relevante ao diagnóstico baseado exclusivamente em doenças (MACINKO *et al.*, 2024). Estudos sobre fragilidade e redes sociais reforçam que vínculos, apoio e interação social também se relacionam à vulnerabilidade, ampliando o escopo da intervenção para além da clínica (MARCELINO *et al.*, 2024).

Uma agenda de longevidade ativa para o SUS, portanto, deve utilizar a APS como coordenadora do cuidado e incorporar avaliação multidimensional proporcional ao risco. Em pessoas robustas e independentes, o foco pode estar em vacinação, atividade física, controle de fatores de risco, prevenção de quedas, saúde bucal, visão, audição, saúde mental e participação social. Em pessoas com declínio de capacidade intrínseca, a rede deve intensificar monitoramento e reabilitação. Nos casos de dependência, a resposta deve combinar atenção clínica, cuidado domiciliar, apoio ao cuidador e proteção social.

4.3 FORÇA DE TRABALHO, GERIATRIA E DESIGUALDADE TERRITORIAL

O terceiro resultado diz respeito à força de trabalho especializada. Cintra *et al.* (2025) identificaram 3.167 geriatras no Brasil em 2024, equivalentes a cerca de 0,7% dos médicos especialistas, após crescimento em relação a 716 profissionais em 2011 e 2.143 em 2020. A expansão é real, mas a distribuição permanece altamente desigual. São Paulo concentrava 1.156 profissionais; Minas Gerais, 489; Rio de Janeiro, 263; Paraná, 198; e Rio Grande do Sul, 156. Em conjunto, essas cinco unidades respondiam por aproximadamente 70% dos geriatras, enquanto vários estados do Norte apresentavam contingentes muito reduzidos.

A leitura de política pública não deve ser que toda pessoa com 60 anos necessite de acompanhamento regular por geriatra. Nenhum sistema universal sustentável conseguiria organizar a atenção dessa forma, e a própria lógica do envelhecimento saudável recomenda cuidado integrado no nível primário. O papel estratégico do especialista é atuar nos casos de maior complexidade, apoiar matricialmente equipes, formar profissionais, organizar linhas de cuidado e contribuir com protocolos regionais. A escassez de especialistas torna mais, e não menos, necessária a qualificação de médicos de família, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, odontólogos e assistentes sociais para competências em envelhecimento.

A telessaúde e o apoio especializado remoto podem reduzir parte da desigualdade geográfica, sobretudo para municípios pequenos, mas não eliminam a necessidade de redes regionais presenciais. Avaliação de fragilidade, reabilitação, adequação do ambiente domiciliar e suporte a cuidadores dependem de equipes e serviços locais. Assim, a estratégia mais racional combina APS forte, eMulti, referências geriátricas regionais, serviços de reabilitação, atenção domiciliar e instrumentos digitais de suporte à decisão.

4.4 DEMÊNCIAS: O CASO-LIMITE DA INTEGRAÇÃO ENTRE SAÚDE, FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL

As demências tornam visível a insuficiência de um modelo centrado apenas em consulta e medicamento. O Relatório Nacional sobre a Demência estimou aproximadamente 2,71 milhões de pessoas com 60 anos ou mais vivendo com demência no Brasil em 2024, cerca de 8,5% desse grupo, com possibilidade de alcançar 5,6 milhões em 2050 (BRASIL, 2024a). O relatório também chama atenção para o elevado subdiagnóstico, o que reduz a possibilidade de intervenção precoce, planejamento familiar, organização de segurança domiciliar e acesso oportuno a suporte social.

A Lei nº 14.878/2024 instituiu a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências e estabeleceu articulação multissetorial entre saúde, previdência, assistência social, direitos humanos, educação, inovação e tecnologia. A lei prevê apoio à atenção primária, linha de cuidado, diagnóstico oportuno, uso de tecnologias e suporte às famílias e cuidadores (BRASIL, 2024c). O marco normativo é coerente com a evidência internacional: a Comissão Permanente da Lancet de 2024 reforça a relevância da prevenção e do manejo de fatores modificáveis ao longo do curso da vida, além de cuidado contínuo e apoio a famílias após o diagnóstico (LIVINGSTON *et al.*, 2024).

O impacto econômico das demências mostra por que a integração é necessária. Da Mata *et al.* (2025), utilizando metodologia de custo da doença, estimaram custos mensais crescentes conforme a

progressão clínica e identificaram que componentes indiretos representavam pelo menos 73% do custo total. Estimativas consolidadas no ReNaDe indicam ordem de grandeza de R$ 87,3 bilhões em 2019, com cerca de 78% associados a custos indiretos; atualizações para a população de 2022 elevam a estimativa. O valor não deve ser confundido com "gasto do SUS": incorpora tempo de cuidado informal, perda de produtividade e outros custos suportados por famílias e sociedade.

Esse ponto altera o modo de avaliar políticas. Uma intervenção que reduz internações ou retarda perda funcional pode produzir economia para o sistema de saúde, mas uma política que apenas transfere o cuidado do hospital para o domicílio, sem apoio, pode deslocar custo para famílias - especialmente para mulheres. Avaliações econômicas da longevidade precisam, portanto, adotar perspectiva societal e mensurar quem absorve tempo, renda e risco social quando o cuidado é reorganizado.

Tabela 3. Demências e economia do cuidado: evidências e cautelas de interpretação

Dimensão	Evidência	Fonte	Interpretação para política pública
Prevalência estimada	2,71 milhões de pessoas / 8,5% da população 60+	Brasil (2024a)	Base para planejamento; estimativa epidemiológica, não registro nominal de casos.
Projeção	5,6 milhões em 2050	Brasil (2024a)	Pressão crescente sobre APS, neurologia/geriatria, reabilitação, assistência e cuidado domiciliar.
Subdiagnóstico	elevado; relatório nacional aponta grande maioria sem diagnóstico oportuno	Brasil (2024a)	Necessidade de identificação e fluxos na APS, evitando rastreamento indiscriminado sem retaguarda.
Custos indiretos	≥73% do custo total nos cenários estimados	Da Mata et al. (2025)	Tempo de cuidador e perda de produtividade devem integrar análise econômica.
Cuidadores mulheres	86% na amostra do ReNaDe	Brasil (2024a)	A política de demência também é política de gênero e trabalho.
Marco legal	Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Alzheimer e outras demências	Lei nº 14.878/2024	Determina articulação multissetorial, apoio à APS, linha de cuidado e suporte familiar.

Os percentuais de custos indiretos derivam de modelos de custo da doença e não correspondem diretamente a despesas orçamentárias do SUS.
Fonte: elaboração própria.

4.5 FEMINIZAÇÃO DO CUIDADO E A "GERAÇÃO SANDUÍCHE"

O cuidado de longa duração no Brasil permanece fortemente familista: a família é o principal arranjo de suporte, e dentro dela as mulheres assumem parcela desproporcional das tarefas. No ReNaDe, 86% dos cuidadores entrevistados eram mulheres e 83,6% eram cuidadores informais, isto é, familiares ou pessoas sem vínculo formal de trabalho remunerado para a função (BRASIL, 2024a).

A evidência é consistente com o padrão latino-americano descrito pela CEPAL, no qual a divisão sexual do cuidado restringe autonomia econômica e reproduz desigualdades (CEPAL, 2022).

A análise da chamada "geração sanduíche" adiciona outra camada. Feijó (2025), com microdados da PNAD Contínua, estimou 955 mil chefes ou cônjuges de chefes de domicílio entre 35 e 49 anos que, no quarto trimestre de 2023, residiam simultaneamente com filhos de até 24 anos e pessoas de 65 anos ou mais. As mulheres eram 60,2% desse grupo. Entre elas, 33,6% estavam fora da força de trabalho, contra 6,1% dos homens na mesma condição, e a taxa de informalidade das ocupadas era de 36,6%. O rendimento médio das mulheres ocupadas nesse grupo, R$ 2.949, era 34,4% inferior ao dos homens.

Esses números devem ser interpretados com cuidado: corresidência não equivale automaticamente à prestação de cuidados e os microdados não demonstram, por si sós, causalidade entre cuidado e inatividade laboral. Ainda assim, a associação é socialmente relevante e coerente com a literatura sobre divisão sexual do trabalho. A coexistência de demandas ascendentes e descendentes pode reduzir horas disponíveis para emprego formal, qualificação, lazer e autocuidado, especialmente onde faltam serviços públicos ou comunitários de apoio.

A consequência é intergeracional. Mulheres que reduzem sua participação laboral para cuidar podem experimentar menor renda corrente, menor acumulação contributiva e patrimonial e maior risco de vulnerabilidade na própria velhice. Ao mesmo tempo, são maioria entre os grupos longevos, o que aumenta a probabilidade de, no futuro, também demandarem cuidado. O ciclo "cuidar sem proteção - envelhecer com menor proteção - necessitar de cuidado" revela que saúde, trabalho e previdência não podem ser analisados de forma estanque.

A Política Nacional de Cuidados e seu Plano criam uma janela institucional para enfrentar essa lacuna ao reconhecer cuidadores remunerados e não remunerados, promover corresponsabilidade entre homens e mulheres e prever articulação federativa. Para o SUS, a incorporação prática desse marco requer que a equipe de saúde avalie também as condições do cuidador, identifique sobrecarga, ofereça educação e suporte e acione redes de assistência quando a permanência domiciliar estiver baseada em arranjo familiar insustentável.

4.6 O DOMICÍLIO E OS CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO ENTRAM DEFINITIVAMENTE NA AGENDA DO SUS

A Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025, instituiu o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (Padi) no âmbito da Atenção Primária, vinculado às equipes multiprofissionais. O programa prioriza pessoas idosas restritas ao domicílio e busca ampliar acesso,

realizar avaliação multidimensional, construir planos de cuidado e apoiar famílias e cuidadores (BRASIL, 2025b). Trata-se de avanço relevante porque desloca parte da resposta para o espaço em que a dependência efetivamente se manifesta: a vida cotidiana.

O Padi não elimina a necessidade de serviços de atenção domiciliar de maior complexidade, instituições de longa permanência, centros-dia, reabilitação e alternativas comunitárias. Ao contrário, evidencia a necessidade de uma arquitetura escalonada de cuidados. Pessoas com baixa complexidade clínica, mas alta dependência social, podem demandar respostas diferentes daquelas com instabilidade clínica. A ausência de níveis intermediários leva a dois extremos ineficientes: hospitalização prolongada por falta de suporte ou alta para famílias sem capacidade de cuidar.

Na perspectiva da Década do Envelhecimento Saudável, o cuidado de longa duração deve integrar a cobertura universal e preservar dignidade e capacidade funcional (WHO, 2021). Para o Brasil, a construção desse sistema exigirá pactuação federativa, padrões mínimos de qualidade, regulação, qualificação de cuidadores, mecanismos de financiamento e interoperabilidade entre SUS e SUAS. A adesão voluntária de estados e municípios ao Plano Nacional de Cuidados reforça a importância de instrumentos locais de diagnóstico e planejamento.

5 DISCUSSÃO: DO SUS ORIENTADO À DOENÇA AO SUS ORIENTADO À CAPACIDADE FUNCIONAL

Os achados convergem para uma conclusão: o envelhecimento populacional brasileiro não exige a criação de um “SUS paralelo para idosos”, mas uma transformação transversal do SUS. A população 60+ utiliza a mesma rede, porém com maior probabilidade de demandar continuidade, coordenação e integração de dimensões clínicas e sociais. A resposta mais eficiente é adaptar processos, competências e incentivos do sistema para reconhecer precocemente diferentes trajetórias de capacidade funcional.

O primeiro deslocamento é de unidade de análise. Em vez de organizar o cuidado apenas por doenças, deve-se considerar a pessoa, sua funcionalidade e seus objetivos. O controle rigoroso de um marcador laboratorial pode ter valor limitado se o regime terapêutico produz tontura, quedas ou baixa adesão por complexidade. A prioridade clínica precisa equilibrar prevenção de eventos, manutenção de mobilidade, cognição, autonomia e preferências. Isso exige revisão periódica de medicamentos, metas individualizadas, reabilitação precoce e decisão compartilhada.

O segundo deslocamento é temporal. Doenças crônicas e fragilidade exigem acompanhamento ao longo de anos. A longevidade aumenta o valor da longitudinalidade porque uma equipe de APS pode observar mudanças sutis antes que se convertam em crise. Perda de peso, redução de velocidade

de marcha, quedas repetidas, isolamento, erros na administração de medicamentos ou mudança cognitiva são sinais que, quando detectados precocemente, permitem intervenção menos custosa e mais centrada na pessoa.

O terceiro deslocamento é territorial. A concentração de geriatras e de serviços especializados em grandes centros demonstra que a equidade não será obtida apenas pela ampliação do número de especialistas. Redes regionalizadas precisam combinar competência generalista em envelhecimento com referência especializada acessível. Modelos de teleconsultoria, segunda opinião, matriciamento e educação permanente podem expandir alcance, desde que vinculados a capacidade local para executar as recomendações.

O quarto deslocamento é institucional: a fronteira entre saúde e cuidado social torna-se porosa. A Política Nacional de Cuidados, o Plano Nacional de Cuidados, a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Demências e o Padi formam, entre 2024 e 2025, um conjunto normativo capaz de sustentar uma nova fase da agenda brasileira. O desafio passa da formulação para a implementação: definir responsabilidades entre entes, criar fontes de financiamento, pactuar indicadores, evitar sobreposição de programas e garantir que a integralidade exista na trajetória do usuário, e não somente nos textos normativos.

O quinto deslocamento é econômico. O envelhecimento frequentemente é enquadrado em linguagem de "custo", mas essa leitura é incompleta. Pessoas idosas também geram renda, consumo, trabalho pago e não pago, transferências familiares, conhecimento e participação comunitária. Além disso, uma parcela relevante do custo social da dependência já é absorvida pelas famílias e não aparece nas contas do SUS. Avaliar apenas despesas médicas pode produzir falsas economias: reduzir hospitalização sem fortalecer atenção domiciliar e suporte ao cuidador pode apenas transferir o ônus para o domicílio.

O sexto deslocamento é de equidade. A capacidade de envelhecer com autonomia é acumulada ao longo da vida e reflete condições de educação, trabalho, renda, raça/cor, gênero, território e acesso a serviços. A promoção da longevidade ativa não pode ser convertida em narrativa individualizante que responsabilize exclusivamente a pessoa por "envelhecer bem". A atividade física e o autocuidado são importantes, mas dependem de calçadas seguras, alimentação adequada, renda, acesso a espaços públicos, prevenção de violência, transporte e serviços de saúde. Envelhecimento saudável é produzido por capacidades individuais e ambientes favoráveis.

Nessa perspectiva, a proposta de política deve perseguir "compressão da dependência": ampliar a sobrevida com funcionalidade e reduzir, ou ao menos postergar, o período de dependência intensa. Esse objetivo é mais útil para gestão do que uma meta abstrata de reduzir custos, pois conecta

resultados valorizados pelas pessoas - autonomia e participação - a resultados do sistema - menos internações evitáveis, melhor uso de medicamentos, redução de quedas e melhor coordenação.

6 MATRIZ SUS-LONGEVIDADE ATIVA: PROPOSTA PARA PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO

Como síntese aplicada, propõe-se a Matriz SUS-Longevidade Ativa, organizada em oito eixos. A matriz não pretende substituir instrumentos ministeriais existentes; funciona como framework integrador para estados e municípios conectarem envelhecimento saudável, atenção primária, cuidado de longa duração e economia do cuidado em um mesmo painel de governança.

O princípio orientador é simples: o sistema deve medir não apenas procedimentos executados, mas a capacidade preservada. Isso implica combinar indicadores de processo - cobertura, avaliação, tempo de espera - com desfechos funcionais e sociais. A proposta dialoga com o framework internacional de monitoramento da Década do Envelhecimento Saudável, que recomenda sistemas nacionais de avaliação capazes de transformar indicadores em informação acionável (WHO, 2025b). A informação deve permitir identificar territórios em que pessoas idosas estão acumulando maior risco e orientar intervenções proporcionais.

Quadro 1. Matriz SUS-Longevidade Ativa: eixos, ações prioritárias e indicadores sugeridos

Eixo	Ações prioritárias	Indicadores sugeridos
1. Capacidade funcional	Avaliação multidimensional e estratificação de risco na APS; revisão periódica de mobilidade, cognição, visão, audição, vitalidade e humor.	% de 60+ com avaliação funcional registrada; % de alto risco com plano de cuidado; evolução de AVD/AIVD.
2. Prevenção da incapacidade	Atividade física, nutrição, vacinação, saúde bucal, prevenção de quedas, controle de fatores cardiometabólicos e manejo de polifarmácia.	Taxa de quedas com atendimento; internações por condições sensíveis à APS; vacinação; uso de medicamentos potencialmente inapropriados.
3. Longitudinalidade e multimorbidade	Plano único de cuidado, coordenação entre APS, especialidades, hospital e reabilitação; transição segura pós-alta.	% de pacientes complexos com profissional/equipe coordenadora; reinternação em 30 dias; tempo de seguimento pós-alta.
4. Demências e saúde mental	Identificação oportuna quando clinicamente indicada, linha de cuidado, apoio à família, reabilitação cognitiva/funcional e prevenção de riscos.	Tempo entre suspeita e avaliação; % com plano de cuidado; % de cuidadores avaliados; internações evitáveis.
5. Atenção domiciliar e longa duração	Expansão do Padi e integração com atenção domiciliar, SUAS, reabilitação, ILPI e serviços comunitários.	Cobertura de atenção domiciliar; tempo de espera; % de planos compartilhados SUS-SUAS; desfechos de permanência segura no domicílio.
6. Força de trabalho e apoio especializado	Educação permanente em geriatria/gerontologia, eMulti, teleconsultoria, referência regional e protocolos.	Profissionais capacitados/10 mil 60+; tempo de acesso à referência; teleconsultorias; distribuição territorial de especialistas.
7. Cuidadores e equidade de gênero	Avaliar sobrecarga, oferecer treinamento, suporte psicossocial, descanso/respiro e conexão com proteção social e direitos.	% de cuidadores com avaliação de sobrecarga; encaminhamentos sociais; oferta de apoio; participação masculina no cuidado quando mensurável.
8. Governança, dados e território	Painel municipal/estadual de longevidade saudável; interoperabilidade; metas pactuadas; participação social e avaliação econômica societal.	Painel publicado; indicadores por sexo, raça/cor e território; metas anuais; custo por desfecho funcional; satisfação do usuário.

Fonte: elaboração própria a partir de WHO (2015; 2021; 2025a; 2025b), Brasil (2006; 2024b; 2024c; 2025a; 2025b) e evidências discutidas neste artigo.

A implementação pode ser gradual. Municípios de menor porte não precisam reproduzir toda a estrutura de centros urbanos; devem possuir capacidade mínima de identificação, acompanhamento e encaminhamento, inserindo-se em rede regional. Estados podem assumir funções de planejamento de especialistas, teleapoio, regulação e serviços de referência. A União pode induzir padrões, financiamento, interoperabilidade e avaliação, preservando a descentralização do SUS.

No eixo de financiamento, recomenda-se abandonar incentivos exclusivamente vinculados ao volume de procedimentos e testar métricas relacionadas a desfechos, continuidade e coordenação. Isso não significa adotar remuneração por performance de forma simplista, mas incorporar à programação indicadores como prevenção de quedas, redução de reinternações, acompanhamento pós-alta,

estabilização funcional e apoio ao cuidador. A qualidade deve ser aferida pelo que acontece com a trajetória da pessoa, não apenas pelo número de contatos com o sistema.

A governança de dados é igualmente crítica. Informações de saúde, assistência social e cuidado precisam ser utilizadas com salvaguardas de privacidade, mas sem permanecer em silos institucionais que impossibilitam planejamento. A Lei nº 14.878/2024 já prevê sistemas de informação relacionados às demências, enquanto o Decreto nº 12.560/2025 dispõe sobre a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e as Plataformas SUS Digital, reforçando interoperabilidade, continuidade do cuidado e uso de dados para gestão e políticas públicas (BRASIL, 2025c). A agenda da longevidade deve aproveitar essa infraestrutura para produzir indicadores territoriais capazes de combinar doença, funcionalidade e vulnerabilidade social.

Por fim, a matriz pressupõe participação das próprias pessoas idosas. A PNSPI enfatiza controle social e protagonismo, e a capacidade funcional só pode ser interpretada à luz do que a pessoa valoriza. A agenda 60+ deve evitar tanto o paternalismo quanto a responsabilização individual. Autonomia significa poder escolher e agir com suporte adequado; é um resultado da interação entre pessoa e ambiente.

7 IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO PÚBLICA E PARA O FINANCIAMENTO

Para gestores públicos, o envelhecimento altera o horizonte de planejamento. A infraestrutura de saúde construída hoje será utilizada por uma população substancialmente mais envelhecida ao longo das próximas décadas. Decisões sobre unidades, transporte sanitário, reabilitação, acessibilidade, prontuário eletrônico e força de trabalho precisam incorporar projeções etárias locais, e não apenas demanda histórica.

No orçamento, a resposta não deve ser uma rubrica isolada denominada “idoso”, mas uma análise transversal da adequação das despesas. Atenção primária, assistência farmacêutica, urgência, internações, atenção domiciliar, reabilitação e saúde mental devem ser examinadas segundo perfil etário e funcional. Um painel de custos por linha de cuidado pode revelar gastos evitáveis decorrentes de fragmentação, como internações repetidas, duplicidade de exames e eventos adversos de medicamentos.

A avaliação econômica precisa considerar efeitos fora do orçamento sanitário. Apoio domiciliar que reduz sobrecarga do cuidador pode melhorar participação laboral e saúde mental de familiares; prevenção de quedas pode evitar não apenas internação, mas dependência prolongada; reabilitação pode reduzir necessidade de assistência permanente. A perspectiva societal é, portanto, especialmente adequada a políticas de longevidade.

A agenda previdenciária e trabalhista também se conecta ao cuidado. A redução de atividade remunerada por responsabilidades familiares pode afetar renda, contribuição e proteção futura. Embora este artigo não modele impactos atuariais, a evidência da feminização do cuidado sugere que políticas de suporte, formalização e compatibilização entre emprego e cuidado podem produzir efeitos de longo prazo sobre proteção social. A articulação prevista na Lei nº 14.878/2024 entre saúde, previdência e assistência social oferece fundamento institucional para essa abordagem integrada.

Para municípios, uma estratégia pragmática é iniciar por um diagnóstico territorial: tamanho e projeção da população 60+; proporção de 80+; distribuição por sexo, raça/cor e renda; pessoas com limitações funcionais; demanda de atenção domiciliar; cuidadores familiares; ILPI e equipamentos de assistência; cobertura de APS e eMulti; acesso regional a geriatria, neurologia e reabilitação. A partir desse mapa, pode-se construir carteira de ações escalonadas e metas factíveis.

O principal risco é tratar a longevidade apenas como expansão de oferta médica. A mudança demográfica exige mais medicina quando necessário, mas também melhores ambientes urbanos, exercício, prevenção, reabilitação, convivência, inclusão digital, apoio social e cuidado. Uma política estritamente clínica chega tarde: intervém quando a perda de capacidade já ocorreu. A política de longevidade ativa deve atuar antes, durante e depois do episódio de doença.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo possui limitações inerentes ao uso de fontes secundárias heterogêneas. Os dados demográficos, epidemiológicos, de força de trabalho e mercado laboral possuem anos de referência diferentes e, por isso, não compõem uma fotografia sincrônica. Os números de geriatras correspondem a especialistas titulados e não informam dedicação horária ao SUS. As estimativas de demência dependem de modelos epidemiológicos e apresentam incerteza; os estudos de custo incorporam hipóteses de valoração do cuidado informal. A informação sobre “geração sanduíche” descreve coresidência multigeracional e não identifica diretamente intensidade de cuidado. Adicionalmente, os valores posteriores ao período observado são projeções condicionais, e não previsões determinísticas; devem ser atualizados quando novas revisões do IBGE incorporarem mudanças de fecundidade, mortalidade, migração ou novos Censos. A comparação histórica entre Censo e Projeções requer atenção porque a Revisão 2024 utiliza população de partida ajustada e conciliação demográfica, podendo diferir dos totais censitários publicados para o mesmo ano.

Além disso, por se tratar de revisão narrativa orientada por problema, não foram aplicados protocolo de revisão sistemática, metanálise ou avaliação formal de risco de viés de todos os estudos. As proposições de indicadores da Matriz SUS-Longevidade Ativa constituem síntese normativa e

analítica a ser testada em contextos empíricos. Estudos futuros podem validar a matriz em municípios de diferentes portes, estimar custos incrementais e verificar sua associação com desfechos funcionais e utilização de serviços.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil ingressou em uma etapa na qual a longevidade deixa de ser tema setorial e passa a organizar parte relevante da agenda de desenvolvimento. Em 2022, mais de 32 milhões de brasileiros já tinham 60 anos ou mais; até 2070, a participação desse grupo poderá alcançar 37,8% da população. A questão estratégica não é impedir o aumento da demanda produzido por vidas mais longas, mas determinar quanto dessa demanda poderá ser evitada, postergada ou atendida de forma mais adequada pela preservação da capacidade funcional. A inversão projetada para 2029, quando o contingente 60+ ultrapassará o de 0 a 14 anos, sintetiza a velocidade da mudança e reforça a necessidade de antecipação institucional.

O SUS possui ativos decisivos para essa transição: universalidade, atenção primária territorial, tradição de trabalho multiprofissional, sistemas nacionais de informação e capacidade de articulação federativa. Ao mesmo tempo, enfrenta fragmentação do cuidado, desigualdade regional de especialistas, limitações de reabilitação e atenção domiciliar e uma dependência histórica do cuidado familiar não remunerado. As demências explicitam esse ponto ao combinar necessidades clínicas prolongadas, perda progressiva de autonomia e grande volume de trabalho informal.

As mudanças normativas recentes - Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Alzheimer e outras Demências, Política Nacional de Cuidados, Plano Nacional de Cuidados e Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa - criam uma oportunidade institucional rara de aproximar saúde e cuidado. O êxito dependerá de implementação federativa, financiamento, indicadores e capacidade de transformar o domicílio e o território em espaços efetivamente apoiados, e não em locais para os quais responsabilidades sejam simplesmente transferidas.

A principal conclusão é que a agenda 60+ deve ser organizada em torno de um resultado substantivo: pessoas vivendo mais tempo com autonomia, mobilidade, cognição, vínculos e capacidade de decidir sobre a própria vida. Para isso, a gestão precisa medir funcionalidade, estratificar risco, integrar serviços, apoiar cuidadores e enfrentar desigualdades acumuladas. A Matriz SUS-Longevidade Ativa apresentada neste artigo oferece uma estrutura inicial para converter esse objetivo em ações e indicadores.

Em uma sociedade longeva, a sustentabilidade do SUS não será definida apenas pela quantidade de recursos disponíveis, mas pela forma como esses recursos são organizados ao longo do

curso da vida. Investir em prevenção da incapacidade, atenção primária resolutiva e infraestrutura de cuidado não é gasto acessório para uma população envelhecida; é parte central da estratégia para que os anos adicionais conquistados pela sociedade brasileira se transformem em anos de vida com dignidade, participação e liberdade.

REFERÊNCIAS

BEARD, J. R.; OFFICER, A.; DE CARVALHO, I. A.; SADANA, R.; POT, A. M.; MICHEL, J.-P.; LLOYD-SHERLOCK, P.; EPPING-JORDAN, J. E.; PEETERS, G.; MAHANANI, W. R.; THIYAGARAJAN, J. A.; CHATTERJI, S. "The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing". The Lancet, vol. 387, n. 10033, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Relatório Nacional sobre a Demência: epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. ISBN 978-65-5993-648-9. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2024b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l15069.htm. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Lei nº 14.878, de 4 de junho de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. Brasília, DF: Presidência da República, 2024c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l14878.htm. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025. Regulamenta a Lei nº 15.069/2024 e institui o Plano Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2025a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12562.htm. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Institui o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa - Padi no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt9584_23_12_2025.html. Acesso em: 21/08/2026.

BRASIL. Decreto nº 12.560, de 23 de julho de 2025. Dispõe sobre a Rede Nacional de Dados em Saúde e sobre as Plataformas SUS Digital. Brasília: Planalto, 2025c. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/d12560.htm>. Acesso em: 21/08/2026.

CEPAL - COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género. Santiago: Naciones Unidas, 2022. LC/CRM.15/3. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48363. Acesso em: 21/08/2026.

CINTRA, M. T. G.; TIEPPO, A.; LEMOS, N. F. D.; SPERANZA, A. C. C. "Retratos do Brasil: como estamos em 2025? - Geriatria e Gerontologia". Geriatrics, Gerontology and Aging, vol. 19, 2025. DOI: https://doi.org/10.53886/gga.e0000402_PT.

DA MATA, F. A. F.; RAMOS, A. A.; BERTOLA, L.; SUAREZ, T.; FERRI, C. P.; DE OLIVEIRA JÚNIOR, H. A. "The cost of dementia in Brazil". Brazilian Journal of Psychiatry, vol. 47, 2025. DOI: https://doi.org/10.47626/1516-4446-2024-3611.

FEIJÓ, J. Proporção de mulheres da "Geração Sanduíche" fora do mercado é quase seis vezes maior do que a dos homens. Portal FGV, 7 mar. 2025. Disponível em: https://portal.fgv.br/artigos/proporcao-mulheres-geracao-sanduiche-fora-mercado-e-quase-seis-vezes-maior-homens. Acesso em: 21/08/2026.

FRIES, J. F. "Aging, natural death, and the compression of morbidity". New England Journal of Medicine, vol. 303, n. 3, 1980. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJM198007173030304.

GIACOMIN, K. C.; DUARTE, Y. A. O.; CAMARANO, A. A.; NUNES, D. P.; FERNANDES, D. "Care and functional disabilities in daily activities - ELSI-Brazil". Revista de Saúde Pública, vol. 52, supl. 2, 2018. DOI: https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000650.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo - pessoas de 60 anos ou mais de idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv102038.pdf. Acesso em: 21/08/2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Tabela 1209: População, por grupos de idade. Censo Demográfico, séries de 1872 a 2022. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1209. Acesso em: 13/10/2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação: 2000-2070 - Revisão 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html. Acesso em: 21/08/2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábuas completas de mortalidade para o Brasil - 2024: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2025a. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html. Acesso em: 21/08/2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: estatísticas de saúde e serviços relacionados. Coordenação de População e Indicadores Sociais; CRESPO, C. D.; OLIVEIRA, C. C.; ANDREAZZI, M. A. R. (org.). Rio de Janeiro: IBGE, 2025b. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/20438-panorama-nacional-e-internacional-da-producao-dos-indicadores-sociais.html. Acesso em: 13/10/2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população: Brasil e Unidades da Federação: estimativas e projeções: revisão 2024. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2025c. 88 p. (Série Relatórios Metodológicos, v. 40). ISBN 978-85-240-4676-6. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2024/Serie_Relatorios_Metodologicos_v40_Projecoes_da_Populacao_Brasil_e_Unidades_da_Federacao_Revisao_2024_3a_Edicao.pdf. Acesso em: 13/10/2026.

LIVINGSTON, G.; HUNTLEY, J.; LIU, K. Y.; COSTAFREDA, S. G.; SELBÆK, G.; ALLADI, S.; *et al.* "Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission". The Lancet, vol. 404, n. 10452, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0.

MACINKO, J.; BELTRÁN-SÁNCHEZ, H.; MAMBRINI, J. V. M.; LIMA-COSTA, M. F. "Socioeconomic, disease burden, physical functioning, psychosocial, and environmental factors associated with mortality among older adults: the Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil)". Journal of Aging and Health, vol. 36, n. 1-2, 2024. DOI: https://doi.org/10.1177/08982643231171184.

MALTA, D. C.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; TEIXEIRA, R.; RIBEIRO, A. L. P.; FELISBINO-MENDES, M. S.; *et al.* "Carga das doenças crônicas não transmissíveis nos países de língua portuguesa". Ciência & Saúde Coletiva, vol. 28, n. 5, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.11622022.

MARCELINO, K. G. S.; BRAGA, L. S.; ANDRADE, F. B.; GIACOMIN, K. C.; LIMA-COSTA, M. F.; TORRES, J. L. "Fragilidade e rede social entre adultos brasileiros mais velhos: evidências do ELSI-Brasil". Revista de Saúde Pública, vol. 58, 2024. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005525.

OMRAN, A. R. "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change". The Milbank Memorial Fund Quarterly, vol. 49, n. 4, 1971. DOI: https://doi.org/10.2307/3349375.

VERAS, R. P. "Doenças crônicas e longevidade: desafios futuros". Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vol. 26, 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230233.pt.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215. Acesso em: 21/08/2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2015. ISBN 978-92-4-156504-2. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042. Acesso em: 21/08/2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization, 2021. ISBN 978-92-4-001790-0. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900. Acesso em: 21/08/2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2025a. ISBN 978-92-4-010372-6. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726. Acesso em: 21/08/2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Measuring the progress and impact of the UN Decade of Healthy Ageing (2021-2030): framework and indicators. Geneva: World Health Organization, 2025b. Disponível em: https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing. Acesso em: 21/08/2026.