ReGeo ISSN: 2177-3246

EXPECTATIVA DE VIDA E EXPECTATIVA DE VIDA SAUDÁVEL: O HIATO PÓS-PANDEMIA E SUAS IMPLICAÇÕES ASSISTENCIAIS

LIFE EXPECTANCY AND HEALTHY LIFE EXPECTANCY: THE POST-PANDEMIC GAP AND ITS CARE IMPLICATIONS

ESPERANZA DE VIDA Y ESPERANZA DE VIDA SALUDABLE: LA BRECHA POSPANDEMIA Y SUS IMPLICACIONES ASISTENCIALES

https://doi.org/10.56238/revgeov17n11-091

Data de submissão: 17/10/2026 **Data de publicação:** 17/11/2026

Marcelo Antonio Domingos Martins
Mestre em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia
Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP)
E-mail: madmartins2013@gmail.com

Daniel Dias Machado
Mestre em Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Lattes: https://lattes.cnpq.br/0218730820477634

RESUMO

Os ganhos de longevidade do Brasil nas primeiras décadas do século vieram acompanhados de ganhos menores de vida saudável, e a pandemia de COVID-19 interrompeu essa trajetória pelo lado da mortalidade. O artigo pergunta se o hiato entre a expectativa de vida e a expectativa de vida saudável se ampliou no período pós-pandemia, no Brasil e em comparação com outros países, e que consequências isso traz para o cuidado às doenças crônicas e à população idosa. A análise, uma revisão narrativa, apoia-se em estimativas publicadas de mortalidade e morbidade e na legislação do Sistema Único de Saúde e da pessoa idosa. Antes de 2020, o hiato brasileiro crescia pouco em anos, de 9,7 para 10,1 anos ao nascer entre 2000 e 2017, enquanto a parcela da vida sem saúde recuava levemente; seu tamanho variava mais com o critério de saúde do que com o tempo. A pandemia reduziu a expectativa de vida em 1,3 ano em 2020, com perdas maiores no Norte. Pela construção do indicador, esse choque tende a reduzir o hiato, por razão acidental e não por melhora da saúde. O sentido do hiato no pós-pandemia depende da morbidade dos sobreviventes, ainda não medida no país com dados posteriores a 2019, de modo que a ampliação não está demonstrada. As implicações assistenciais independem dessa direção: o hiato é formado por condições crônicas não fatais e perda funcional, concentradas nos mais velhos, nas mulheres e nas regiões mais pobres, e exige cuidado contínuo ordenado pela atenção primária e monitoramento regular com critério estável.

Palavras-chave: Expectativa de Vida Saudável. COVID-19. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Brazil's longevity gains in the first decades of the century came with smaller gains in healthy life, and the COVID-19 pandemic interrupted this trajectory through mortality. The article asks whether the gap between life expectancy and healthy life expectancy widened in the post-pandemic period, in Brazil and in comparison with other countries, and what consequences this brings to the care of chronic diseases and of older adults. The analysis, a narrative review, draws on published estimates of mortality and morbidity and on the legislation of the Brazilian Unified Health System and of older persons. Before 2020, the Brazilian gap grew slowly in years, from 9.7 to 10.1 years at birth between 2000 and

2017, while the share of life lived in poor health fell slightly; its size varied more with the health criterion than over time. The pandemic reduced life expectancy by 1.3 years in 2020, with larger losses in the North. Given how the indicator is built, this shock tends to reduce the gap, for an accidental reason rather than better health. The post-pandemic direction of the gap depends on the morbidity of survivors, not yet measured in the country with data after 2019, so a widening has not been demonstrated. The implications for care do not depend on this direction: the gap consists of non-fatal chronic conditions and functional loss, concentrated among the oldest, women and poorer regions, and calls for continuous care organized by primary health care and regular monitoring with a stable criterion.

Keywords: Healthy Life Expectancy. COVID-19. Health of the Elderly.

RESUMEN

Las ganancias de longevidad de Brasil en las primeras décadas del siglo vinieron acompañadas de ganancias menores de vida saludable, y la pandemia de COVID-19 interrumpió esa trayectoria por el lado de la mortalidad. El artículo pregunta si la brecha entre la expectativa de vida y la expectativa de vida saludable se amplió en el período post-pandemia, en Brasil y en comparación con otros países, y qué consecuencias trae para el cuidado de las enfermedades crónicas y la población anciana. El análisis, una revisión narrativa, se apoya en estimaciones publicadas de mortalidad y morbilidad y en la legislación del Sistema Único de Salud y de la persona anciana. Antes de 2020, la brecha brasileña crecía poco en años, de 9,7 a 10,1 años al nacer entre 2000 y 2017, mientras que la porción de la vida sin salud retrocedía levemente; su tamaño variaba más con el criterio de salud que con el tiempo. La pandemia redujo la expectativa de vida en 1,3 años en 2020, con pérdidas mayores en el Norte. Por la construcción del indicador, ese choque tiende a reducir la brecha, por razón accidental y no por mejora de la salud. El sentido de la brecha en el post-pandemia depende de la morbilidad de los sobrevivientes, aún no medida en el país con datos posteriores a 2019, de modo que la ampliación no está demostrada. Las implicaciones asistenciales no dependen de esa dirección: la brecha está formada por condiciones crónicas no fatales y pérdida funcional, concentradas en los más viejos, en las mujeres y en las regiones más pobres, y exige cuidado continuo ordenado por la atención primaria y monitoreo regular con criterio estable.

Palabras clave: Expectativa de Vida Saludable. COVID-19. Salud del Anciano.

1 INTRODUÇÃO

Na sala de espera de uma unidade básica de saúde, uma senhora aguarda a renovação da receita do remédio para a pressão e comenta com a vizinha de cadeira que já passou da idade em que a mãe morreu. A frase soa como vitória, e em parte é. A mesma senhora, porém, sobe com esforço a escada de casa, convive há anos com dor na coluna e precisa da filha para ir ao banco. Entre a vitória e o esforço está a pergunta que atravessa este artigo: os anos que a vida ganhou estão sendo vividos com saúde ou com doença e limitação?

A demografia e a epidemiologia respondem a essa pergunta com dois indicadores. A expectativa de vida (EV) informa quantos anos, em média, uma pessoa de certa idade ainda deve viver se as taxas de mortalidade do momento se mantiverem. A expectativa de vida saudável (EVS) informa quantos desses anos devem transcorrer em boa saúde, segundo um critério definido pelo pesquisador. A diferença entre as duas recebe aqui o nome de hiato e corresponde ao tempo médio vivido com doença, incapacidade ou saúde percebida como ruim (Cao *et al.*, 2020). Szwarcwald *et al.* (2017) explicam por que a primeira medida, sozinha, deixou de bastar: "Once a long life does not necessarily mean a healthy life, today, mortality indicators are considered insufficient to adequately characterize the state of health of a population".

No Brasil, as duas curvas subiram juntas nas primeiras décadas do século, mas não no mesmo passo. Segundo as estimativas do estudo Global Burden of Disease (GBD) para o país, a EV ao nascer passou de 71,4 anos em 2000 para 75,5 anos em 2017 (Passos *et al.*, 2020). A EVS, no mesmo intervalo, foi de 61,7 para 65,4 anos, um avanço menor. O descompasso alimentou uma dúvida que Bomfim (2022) formula sem rodeios: "Essas características induziram ao questionamento se os ganhos de expectativa de vida estão ou não sendo acompanhados de melhores condições de saúde".

A pandemia de COVID-19 interrompeu essa trajetória pelo lado da mortalidade. Em 2020, o país registrou 24% mais óbitos do que a média do quinquênio anterior (Marques *et al.*, 2026). A EV ao nascer caiu 1,3 ano naquele ano, segundo dados reunidos por Jena *et al.* (2023). O choque, portanto, alcançou com clareza um dos termos do hiato. O outro termo, a parcela da vida passada sem saúde, depende de inquéritos de morbidade que medem como vivem os sobreviventes.

É nesse ponto que o conhecimento disponível se interrompe. As estimativas brasileiras de EVS apoiam-se na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 e de 2019, no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) de 2016 e de 2019 e nas séries do GBD que chegam a 2017 (Passos *et al.*, 2020; Szwarcwald *et al.*, 2022; Bassoli, 2025). Os estudos sobre a pandemia, por sua vez, medem a mortalidade e a EV e não acompanham a morbidade dos que sobreviveram (Silva; Duarte; Terra, 2021; Marques, 2022). As análises entre países que alcançam 2023 se ocupam da

convergência dos países em direção aos padrões de alta renda (Di Lorenzo *et al.*, 2026). Falta pôr lado a lado o choque de mortalidade e o comportamento da morbidade, e essa falta tem consequência prática: uma redução do hiato nos anos da pandemia corre o risco de ser lida como melhora da saúde quando reflete apenas a morte de quem já estava doente.

A pergunta de pesquisa é a seguinte: o hiato entre a expectativa de vida e a expectativa de vida saudável se ampliou no Brasil depois da pandemia de COVID-19, em comparação com outros países, e que consequências essa variação traz para a organização do cuidado às doenças crônicas e à população idosa?

A pergunta importa porque o hiato descreve a demanda que o sistema de saúde terá de atender. Robine e Ritchie (1991) já defendiam a EVS como índice útil para alocar recursos e avaliar programas públicos. No Brasil, a população de 60 anos ou mais passou de 7,1 milhões de pessoas em 1980 para 19,8 milhões em 2010 (Andrade, 2020). A Lei nº 8.080, de 1990, atribui ao Estado o dever de formular políticas que reduzam o risco de doenças e de garantir acesso universal e igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990, art. 2º, § 1º). Saber quantos anos de vida com doença a população acumula é condição para cumprir esse dever com planejamento.

O objetivo geral é avaliar se o hiato entre EV e EVS se ampliou no período pós-pandemia, no Brasil e em comparação com outros países, e examinar as implicações dessa variação para a organização da assistência, sobretudo no cuidado às doenças crônicas e na atenção à pessoa idosa. Os objetivos específicos são quatro: reconstruir a tendência do hiato brasileiro antes da pandemia; examinar como a pandemia alterou a mortalidade e a EV e o que isso implica para o hiato; situar o Brasil diante de outros países; e confrontar os achados com as normas que organizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e os direitos da pessoa idosa.

A contribuição do artigo é uma síntese que nenhuma das fontes oferece pronta. Ele calcula, com dados publicados, o hiato absoluto e a parcela da vida sem saúde no Brasil antes da pandemia, mostra que o tamanho do hiato varia mais com o critério de saúde do que com o tempo e propõe um exercício contábil, com faixa de parâmetros declarada, sobre o efeito de um choque de mortalidade no hiato. Daí extrai consequências para a assistência que dependem da direção do indicador, e outras que valem qualquer que seja ela.

2 METODOLOGIA

Este artigo é uma revisão narrativa de abordagem qualitativa. Ele lê estudos científicos e dados oficiais publicados sobre mortalidade, morbidade e carga de doença antes e depois da pandemia, compara as tendências da EV e da EVS e organiza os achados em categorias temáticas sobre as

consequências para a assistência. A revisão narrativa responde à natureza da pergunta: como as estimativas brasileiras de EVS param em 2019, a resposta precisa ser construída pela articulação de evidências que, cada uma, tratam de uma só das duas dimensões do hiato.

O material examinado reúne quatro conjuntos de estudos. O primeiro estima EV e EVS no Brasil com base na PNS de 2013 e de 2019, no ELSI-Brasil de 2016 e de 2019, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e de 2008 e nas estimativas do GBD de 2000 a 2017. O segundo mede o efeito da COVID-19 sobre a mortalidade e a EV no Brasil, com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e tábuas de múltiplos decrementos. O terceiro reúne estudos de outros países e comparações multinacionais sobre o hiato. O quarto é formado por obras de base sobre o método de Sullivan e sobre medidas-resumo de saúde da população. As normas examinadas são a Lei nº 8.080, de 1990, que organiza o SUS; o Decreto nº 7.508, de 2011, que a regulamenta quanto à rede de atenção, ao planejamento e à assistência; a Lei nº 8.842, de 1994, que institui a Política Nacional do Idoso; e a Lei nº 10.741, de 2003, o Estatuto da Pessoa Idosa. Os dados oficiais (tábuas de mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, PNS, SIM e estimativas do GBD produzidas em cooperação com o Ministério da Saúde) entram tal como publicados pelos estudos; não houve extração direta de microdados nem tabulação própria em bases oficiais.

A análise aplicou ao material cinco categorias: magnitude e tendência do hiato; sensibilidade do hiato ao critério de saúde; distribuição social, regional e por sexo; efeito da pandemia sobre a mortalidade e a EV; e implicações assistenciais, desdobradas em cuidado às doenças crônicas, atenção à pessoa idosa e informação para a gestão. Quando uma fonte apresenta EV e EVS para a mesma população, idade e ano, o artigo calcula o hiato como EV menos EVS e a parcela da vida sem saúde como a razão entre hiato e EV, com uma casa decimal. Estimativas obtidas com critérios distintos não entram na mesma comparação de tendência. Para examinar o efeito do choque de mortalidade sobre o hiato, a seção 5.2 faz um exercício contábil apoiado na lógica do método de Sullivan, com a faixa de parâmetros declarada. As normas foram lidas à luz da última categoria, com uma pergunta para cada dispositivo: o que ele determina sobre continuidade do cuidado, doenças crônicas, pessoa idosa e uso de indicadores de morbidade e mortalidade.

O levantamento bibliográfico foi feito em novembro de 2026 nas bases OpenAlex, Crossref, DOAJ, Oasisbr e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), estas duas mantidas pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), com recorte de publicações de 2016 até 16 de outubro de 2026, data que marca o corte da coleta. Foram selecionados 28 estudos por pertinência ao tema: trabalhos que estimam EV, EVS ou o hiato no Brasil ou em outros países, que medem o impacto da COVID-19 sobre a mortalidade e a EV brasileiras, ou que tratam do contexto

assistencial direto, como doenças crônicas, envelhecimento e organização dos sistemas de saúde. O critério buscou cobrir os dois termos do hiato e as suas consequências para o cuidado, porque a pergunta exige as três coisas. A esses estudos somaram-se 6 obras de base, citadas por duas ou mais das fontes selecionadas e incluídas sem recorte de data por fundamentarem os conceitos e o método. A legislação federal foi identificada por espécie, número e ano nos dados abertos do Senado Federal, com o texto lido no portal normas.leg.br.

Por trabalhar com estimativas publicadas, a análise herda as definições de saúde e as fontes de cada estudo, e as comparações entre países valem como ordem de grandeza, não como contraste estrito.

3 O HIATO COMO MEDIDA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

3.1 DA DURAÇÃO DA VIDA À QUALIDADE DOS ANOS VIVIDOS

A EVS nasceu da tentativa de reunir num só número a mortalidade e a doença não fatal. Sullivan (1971) apresentou uma técnica para fundir taxas de mortalidade e de incapacidade num índice único, com o propósito declarado de acompanhar no tempo o estado de saúde da população de um país. O procedimento que leva seu nome combina a tábua de mortalidade com a prevalência, em cada idade, do estado considerado não saudável, e segue como a via mais usada nos estudos brasileiros (Camargos; Bomfim, 2017; Bomfim, 2022).

O valor do indicador para a política pública apareceu cedo. Ao revisar os estudos então disponíveis nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa, Robine e Ritchie (1991) encontraram, entre homens, uma distância de 6,3 anos na EV entre o quinto mais rico e o mais pobre da população. Na EV livre de incapacidade, a distância chegava a 14,3 anos. A desigualdade social, portanto, parecia maior quando se media a saúde do que quando se media apenas a sobrevivência, e os autores concluíram que a EVS servia para alocar recursos e medir o êxito de programas. A seção 4.3 mostra que os estudos brasileiros encontraram o mesmo padrão.

O hiato pertence a uma família específica de medidas. Murray, Salomon e Mathers (2000) dividem as medidas-resumo de saúde em expectativas de saúde, como a EVS, e lacunas de saúde, como os anos de vida ajustados por incapacidade, e mostram que ambas dependem dos mesmos insumos: mortalidade, desfechos não fatais e valoração dos estados de saúde. Essa última diferença pesa nas comparações. As séries de carga de doença atribuem pesos de gravidade a cada condição (Banham; Woollacott; Lynch, 2011), enquanto os inquéritos domiciliares classificam cada pessoa como saudável ou não a partir de uma pergunta ou de um conjunto delas (Szwarcwald *et al.*, 2017). Um hiato calculado pelo GBD e outro calculado com a PNS respondem, assim, a perguntas próximas, mas não idênticas.

3.2 COMPRESSÃO, EXPANSÃO E AS DUAS LEITURAS DO HIATO

O hiato traduz em número um debate antigo sobre o que a longevidade faz com a doença. Bomfim (2022) retoma as três teorias que disputam a interpretação: a compressão da morbidade, a expansão da morbidade e o equilíbrio dinâmico. Em termos do hiato, a compressão corresponde a anos vividos com doença que diminuem enquanto a vida se alonga, e a expansão, a anos com doença que aumentam junto com ela; o equilíbrio dinâmico ocupa posição intermediária.

Para julgar qual das teorias descreve um país, é preciso decidir se o hiato será lido em anos ou em proporção da vida, porque as duas leituras divergem com frequência. Banham, Woollacott e Lynch (2011) registram essa possibilidade com precisão: "It is possible for an absolute reduction in time lost to morbidity, or absolute compression of morbidity, to occur contemporaneously with a relative expansion of morbidity." O caso inverso também é possível, e a seção seguinte mostra que é justamente o que os dados brasileiros anteriores à pandemia sugerem.

4 O HIATO BRASILEIRO ANTES DA PANDEMIA

4.1 TENDÊNCIA NACIONAL DE 2000 A 2017

Antes da pandemia, o hiato brasileiro crescia devagar em anos e se mantinha quase estável como fração da vida. A Tabela 1 reúne as estimativas nacionais apoiadas no GBD e apresenta, para cada linha, o hiato e a parcela da EV vivida sem saúde.

Tabela 1. Expectativa de vida, expectativa de vida saudável e hiato no Brasil, de 2000 a 2025 (anos)

Estimativa	Ano	EV	EVS	Hiato	Parcela da EV sem saúde (%)
GBD 2017, ao nascer (Passos et al., 2020)	2000	71,4	61,7	9,7	13,6
GBD 2017, ao nascer (Passos et al., 2020)	2017	75,5	65,4	10,1	13,4
GBD 2017, aos 60 anos (Passos et al., 2020)	2000	20,6	15,7	4,9	23,8
GBD 2017, aos 60 anos (Passos et al., 2020)	2017	22,1	17,0	5,1	23,1
Cao et al. (2020), ao nascer	2017	75,35	65,61	9,74	12,9
Cao et al. (2020), ao nascer, projeção	2025	76,17	65,74	9,53	12,5

Hiato e parcela calculados como EV menos EVS e como razão entre hiato e EV, exceto o hiato de Cao *et al.* (2020), informado pelos autores. Para Passos *et al.* (2020), usam-se os valores do corpo do artigo.
Fonte: elaboração própria com base em Passos *et al.* (2020) e Cao *et al.* (2020).

Entre 2000 e 2017, o hiato ao nascer aumentou 0,4 ano e o hiato aos 60 anos aumentou 0,2 ano. No mesmo período, a parcela da vida passada sem saúde recuou 0,2 ponto percentual ao nascer e 0,7 ponto percentual aos 60 anos. O país viveu, portanto, uma expansão absoluta discreta acompanhada de leve compressão relativa, o espelho do caso descrito por Banham, Woollacott e Lynch (2011) na seção 3.2. Passos *et al.* (2020) leem o mesmo período pela ótica absoluta: "The smaller increase of

HALE than life expectancy in the last 16 years means that, despite living more, people spend a substantial time of their old age with disability and illness."

As duas leituras não se contradizem e servem a propósitos diferentes. A parcela de 23,1% aos 60 anos mostra que quase um quarto da vida restante do idoso brasileiro transcorria com incapacidade ou doença, e essa fração não aumentou. O que aumentou foi o número de anos, e é o número de anos que se converte em consultas, medicamentos e cuidado. Para a qualidade de vida percebida pela pessoa, a fração importa; para o dimensionamento da assistência, importa o tempo absoluto.

A projeção de Cao *et al.* (2020), feita antes da pandemia, apontava para estabilidade com leve recuo do hiato brasileiro até 2025, com EV e EVS ainda em alta. Os mesmos autores incluem o Brasil entre os países em que a EVS mais cresceu de 1995 a 2017. As estimativas de Passos *et al.* (2020) e de Cao *et al.* (2020), ambas apoiadas no GBD, diferem em décimos de ano, distância pequena diante da tendência que descrevem em comum.

Há uma razão estrutural para esperar que o hiato absoluto continue a crescer. Passos *et al.* (2020) identificam a mortalidade prematura como o principal componente da carga de doença dos idosos brasileiros, responsável por uma diferença de cerca de 10 anos na EV em relação aos países de alta renda. Na leitura deste artigo, à medida que essa mortalidade cair, mais pessoas chegarão às idades em que a prevalência de doença e incapacidade é maior, e o tempo vivido com doença tenderá a crescer em anos mesmo que a fração permaneça estável.

4.2 O TAMANHO DO HIATO DEPENDE DO CRITÉRIO DE SAÚDE

O tamanho do hiato muda mais com o critério de saúde escolhido do que com a passagem do tempo. A Tabela 2 reúne estimativas obtidas com inquéritos brasileiros que usam critérios diferentes para definir o estado não saudável.

Tabela 2. Hiato entre expectativa de vida e expectativa de vida saudável segundo o critério de saúde, Brasil e Nordeste (anos)

Estudo e dados	Critério de estado não saudável	Idade	Sexo	EV	EVS	Hiato
Szwarcwald et al. (2017), PNS 2013	Autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim	60	Homens	19,9	17,7	2,2
Szwarcwald et al. (2017), PNS 2013	Autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim	60	Mulheres	23,4	20,4	3,0
Szwarcwald et al. (2017), PNS 2013	Limitação nas atividades da vida diária	60	Homens	19,9	18,6	1,3
Szwarcwald et al. (2017), PNS 2013	Limitação nas atividades da vida diária	60	Mulheres	23,4	21,7	1,7
Szwarcwald et al. (2017), PNS 2013	Doença crônica com limitação intensa ou muito intensa	60	Homens	19,9	17,9	2,0
Szwarcwald et al. (2017), PNS 2013	Doença crônica com limitação intensa ou muito intensa	60	Mulheres	23,4	20,2	3,2
Santos (2018), PNS 2013	Incapacidade funcional nas atividades da vida diária	60	Homens	19,9	17,3	2,6
Santos (2018), PNS 2013	Incapacidade funcional nas atividades da vida diária	60	Mulheres	23,4	19,4	4,0
Bomfim (2022), PNS 2019, Nordeste	Saúde autoavaliada diferente de boa ou muito boa	50	Homens	26,9	11,3	15,6
Bomfim (2022), PNS 2019, Nordeste	Saúde autoavaliada diferente de boa ou muito boa	50	Mulheres	31,6	10,9	20,7

Hiato calculado como EV menos EVS. Para Santos (2018), a EV é a soma dos anos livres de incapacidade e dos anos com incapacidade informados pelo autor. No critério de limitação nas atividades da vida diária, Szwarcwald *et al.* (2017) informam 1,2 ano para os homens; a diferença de 0,1 ano decorre de arredondamento.
Fonte: elaboração própria com base em Szwarcwald *et al.* (2017), Santos (2018) e Bomfim (2022).

As oito primeiras linhas compartilham o mesmo inquérito, o mesmo ano e a mesma EV aos 60 anos, e ainda assim o hiato varia de 1,3 a 2,6 anos entre os homens e de 1,7 a 4,0 anos entre as mulheres. A amplitude entre critérios, dentro de um único ano, supera a variação de 0,2 ano que o GBD registrou aos 60 anos em dezessete anos (Tabela 1). As duas análises que usam atividades da vida diária chegam a valores distintos com os mesmos dados, o que indica que recortam a incapacidade de modos diferentes. As duas últimas linhas, com hiatos de 15,6 e 20,7 anos aos 50 anos, não revelam uma população mais doente: o critério de Bomfim (2022) conta como não saudável toda saúde que não seja boa ou muito boa, inclusive a regular.

A consequência metodológica é direta. Uma comparação entre o antes e o depois da pandemia só tem sentido se usar o mesmo critério, a mesma fonte e a mesma idade. Fora disso, a diferença encontrada reflete a régua, e não a população.

As séries comparáveis que existem mostram trajetórias diferentes conforme o período. Com um indicador global de limitação de atividade aplicado à PNAD, Alves, Camargos e Machado (2024) encontraram, entre 1998 e 2008, queda da proporção de anos sem limitação para ambos os sexos e redução, entre os homens, do próprio tempo sem limitação. De 2013 a 2019, com a PNS e um critério

que combina doença crônica com limitação intensa e autoavaliação ruim, Szwarcwald *et al.* (2022) registraram aumento tanto da EV quanto da EVS. As duas evidências não se anulam: indicam expansão num período e ganhos de vida saudável no seguinte, medidos com réguas diferentes, e reforçam que o país não dispõe de uma série contínua do hiato com critério único.

4.3 DESIGUALDADES QUE O HIATO ACUMULA

O hiato não se distribui por igual: é maior onde a renda, a escolaridade e a oferta de serviços são menores, e difere entre homens e mulheres. Com a PNS de 2013, Szwarcwald *et al.* (2017) mostram que as razões de desigualdade entre as Unidades da Federação foram sempre maiores para a EVS do que para a EV, qualquer que fosse o critério. A EVS aos 60 anos chegou a ser sete anos maior em um estado do que em outro, e o quinto socioeconômico mais alto superou o mais baixo em 2,92 anos entre os homens e em 4,20 anos entre as mulheres. É o padrão que Robine e Ritchie (1991) haviam descrito em outros países, como antecipou a seção 3.1.

A desigualdade persistiu em 2019. A EVS aos 60 anos variou entre as Unidades da Federação de 13,6 a 19,9 anos em 2013 e de 14,9 a 20,1 anos em 2019, e foi 20% maior no quinto mais rico do que no mais pobre (Szwarcwald *et al.*, 2022). Os piores indicadores concentraram-se nas regiões Norte e Nordeste, que também reúnem maior concentração de pobreza e diferenças no uso de serviços de saúde, uma associação que não basta para estabelecer relação de causa. Entre os idosos com menor escolaridade residentes nessas regiões, a EV livre de incapacidade ficou abaixo da média nacional (Santos, 2018).

A escolaridade organiza boa parte dessas diferenças. Andrade (2020) relata que, em 2013, adultos sem escolaridade tinham cerca de duas vezes mais diabetes do que os de maior escolaridade, e que a autoavaliação de saúde ruim era de 7 a 9 vezes mais frequente entre eles do que entre os que tinham algum ensino superior.

As mulheres vivem mais e passam mais anos com limitação, o chamado paradoxo de gênero. Na Tabela 2, o hiato feminino supera o masculino em todos os critérios. Bassoli (2025), com dados do ELSI-Brasil, estimou a diferença entre os sexos na EVS em cerca de 3 anos em 2016 e de 1,9 ano em 2019, com a contribuição da morbidade passando de 0,5 para 1,5 ano. Na Espanha, Solé-Auró *et al.* (2022) confirmaram o paradoxo em todas as idades e níveis de escolaridade, com desigualdade educacional maior entre as mulheres. No Brasil, Ribeiro (2025) mostra que as mulheres de 50 anos ou mais, em todos os estratos de escolaridade, passam menos anos ativas e saudáveis e mais anos inativas e com saúde ruim.

Esse mapa de desigualdades antecipa o da pandemia. A região Norte, que reunia indicadores de EVS entre os piores do país, é também a que perdeu mais EV com a COVID-19, como mostra a seção seguinte.

5 A PANDEMIA E A EXPECTATIVA DE VIDA

5.1 A QUEDA DA EXPECTATIVA DE VIDA E SUA GEOGRAFIA

A pandemia atingiu primeiro o termo da mortalidade, e o atingiu de forma desigual. Silva, Duarte e Terra (2021) aplicaram um modelo de múltiplos decrementos para comparar a EV ao nascer num cenário anterior à pandemia, em 2019, com o cenário de 2020, e acompanharam a mudança no comportamento de casos e óbitos após o início da vacinação em 2021. A Tabela 3 reúne os números disponíveis sobre a magnitude do choque.

Tabela 3. Indicadores do efeito da COVID-19 sobre a mortalidade e a expectativa de vida, Brasil e comparação internacional, 2020

Indicador	Recorte	Valor	Fonte
Acréscimo de óbitos em relação ao quinquênio 2015-2019	Brasil	24%	Marques et al. (2026)
Acréscimo de óbitos em relação ao quinquênio 2015-2019	Região Norte	40%	Marques et al. (2026)
Acréscimo de óbitos em relação ao quinquênio 2015-2019	Região Sul	10%	Marques et al. (2026)
Ganho de EV na ausência dos óbitos por COVID-19	Regiões Norte e Centro-Oeste	Mais de 2 anos	Marques (2022); Marques et al. (2026)
Perda de EV no primeiro semestre de 2020	Brasil, homens e mulheres	1,05 e 0,85 ano	Estimativa citada por Marques et al. (2026)
Queda da EV ao nascer	Brasil	1,3 ano	Dados reunidos por Jena et al. (2023)
Queda da EV aos 65 anos	Brasil	0,9 ano	Dados reunidos por Jena et al. (2023)
Queda média da EV ao nascer	27 países	1,33 ano	Dados reunidos por Jena et al. (2023)
Queda média da EV aos 65 anos	27 países	0,9 ano	Dados reunidos por Jena et al. (2023)

Fonte: elaboração própria com base em Marques (2022), Marques *et al.* (2026) e Jena *et al.* (2023).

Os números medem coisas diferentes e precisam ser lidos assim. A queda de 1,3 ano compara a EV observada em 2020 com a de antes; o ganho de mais de 2 anos nas regiões Norte e Centro-Oeste é contrafactual e indica quanto a EV de 2020 seria maior se os óbitos por COVID-19 não tivessem ocorrido. Em escala nacional, a queda brasileira ficou próxima da média dos 27 países reunidos por Jena *et al.* (2023), tanto ao nascer quanto aos 65 anos.

A média nacional, porém, esconde a geografia. Marques *et al.* (2026) concluem: "A mortalidade por Covid-19 apesar de ter atingido o Brasil como um todo, mostrou-se de forma desigual pelas grandes regiões do Brasil com maior perda na expectativa de vida na região norte." Os autores associam essas

diferenças a desigualdades estruturais e econômicas, à menor oferta de leitos de unidade de terapia intensiva, de médicos e de respiradores e à menor renda na região Norte. Os óbitos concentraram-se nos homens e nas pessoas de 80 anos ou mais, e o Sudeste e o Nordeste somaram o maior número absoluto de anos potenciais de vida perdidos (Marques, 2022).

O choque, portanto, recaiu com mais força sobre os grupos em que a seção 4.3 havia localizado os piores indicadores de EVS e sobre a faixa etária em que a prevalência de doença e incapacidade é mais alta. Esse segundo ponto decide o que acontece com o hiato.

5.2 O QUE UM CHOQUE DE MORTALIDADE FAZ COM O HIATO

Um aumento de mortalidade, por si só, não amplia o hiato; tende a reduzi-lo. A razão está na construção do indicador descrita na seção 3.1. No método de Sullivan, os anos vividos sem saúde resultam da soma, idade por idade, do tempo vivido pela população multiplicado pela prevalência do estado não saudável (Sullivan, 1971; Bomfim, 2022). Se a mortalidade sobe e as prevalências ficam como estavam, o tempo vivido diminui em alguma idade e, com ele, os anos sem saúde. O hiato só cresce se a prevalência de saúde ruim entre os sobreviventes aumentar o bastante para compensar esse efeito.

A magnitude da redução depende de um parâmetro que nenhuma fonte publica: a proporção dos anos perdidos que teria sido vivida sem saúde. Para dimensioná-lo, este artigo faz um exercício contábil. Toma como base o hiato de 10,1 anos e a EV de 75,5 anos estimados para 2017 (Tabela 1) e aplica a queda de 1,3 ano registrada em 2020 (Tabela 3). Como base e choque vêm de fontes e anos diferentes, o resultado é uma ordem de grandeza, não uma estimativa.

A faixa testada vai de 0% a 100% de anos perdidos sem saúde. No extremo de 0%, todos os anos perdidos seriam saudáveis, o hiato permaneceria em 10,1 anos e a EVS cairia 1,3 ano. Se os anos perdidos tivessem a composição média da vida, com 13,4% sem saúde, o hiato recuaria 0,17 ano, para cerca de 9,9 anos. Com a composição observada a partir dos 60 anos, de 23,1%, o recuo seria de 0,30 ano, para cerca de 9,8 anos. No extremo de 100%, o hiato cairia 1,3 ano, para 8,8 anos, e a EVS não se alteraria. O resultado depende inteiramente da faixa, mas em nenhum ponto dela o choque de mortalidade aumenta o hiato.

Os dados sobre quem morreu indicam onde, dentro da faixa, o caso brasileiro tende a se situar. Os óbitos concentraram-se nas pessoas de 80 anos ou mais (Marques, 2022), e é nessa idade que a vida sem boa saúde ocupa a maior fração do tempo restante. Na Bahia, em 2019, as mulheres de 80 anos viviam com boa saúde apenas 18,9% dos anos que lhes restavam (Bomfim, 2022). A leitura deste artigo é que a composição dos anos perdidos na pandemia ficou acima da média da vida, o que aproxima o

efeito contábil dos valores mais altos da faixa. Há, além disso, um efeito de seleção que o exercício não incorpora: se morreram sobretudo os que já estavam doentes, a prevalência de saúde ruim entre os sobreviventes cai, e o hiato recua ainda mais.

Se o hiato recuou em 2020, recuou por uma razão acidental. A redução não expressaria melhora da saúde de ninguém, mas o desaparecimento, pela morte, de parte dos anos que seriam vividos com doença. Esse é o risco de leitura apontado na introdução.

O que ocorreu depois de 2020 depende do lado da morbidade, que não foi medido no Brasil com dados posteriores à pandemia. Há pistas, mas não medidas. Antes da pandemia, condições crônicas não fatais já avançavam: a prevalência de problema crônico de coluna passou de 18,50% em 2013 para 21,60% em 2019 (Mendonça; Rocha, 2022). No Japão, Hosokawa *et al.* (2023) sugerem que a pandemia ampliou o confinamento de idosos, fator associado a menor EVS, e por isso consideram provável que a associação seja hoje mais forte, sem que o estudo a tenha medido. Na leitura deste artigo, a combinação entre a recuperação da sobrevivência e uma eventual alta da morbidade entre os sobreviventes ampliaria o hiato no pós-pandemia; a ocorrência dessa alta, porém, permanece sem estimativa para o Brasil.

6 O BRASIL DIANTE DE OUTROS PAÍSES

Antes da pandemia, o crescimento do hiato era a regra no mundo, e o Brasil seguia a regra com um nível um pouco acima da média. Entre 1995 e 2017, a EV aumentou em 95% dos 195 países e regiões analisados por Cao *et al.* (2020), a EVS em 96% e o hiato em 97%. A média mundial do hiato passou de 8,52 para 9,33 anos (Cao *et al.*, 2020). Com 9,74 anos em 2017, o hiato brasileiro superava a média mundial calculada pelos autores. A Tabela 4 reúne medidas de outros países para dar ordem de grandeza a essa posição.

Tabela 4. Medidas do hiato entre expectativa de vida e expectativa de vida saudável em diferentes populações

População e período	**Medida**	**Valor**	**Fonte**
195 países e regiões, média, 1995 e 2017	Hiato ao nascer	8,52 e 9,33 anos	Cao et al. (2020)
Brasil, 2017	Hiato ao nascer	9,74 anos	Cao et al. (2020)
Brasil, 2017	Hiato aos 60 anos	5,1 anos	Passos et al. (2020), cálculo próprio
Países do Conselho de Cooperação do Golfo	Hiato ao nascer	13,5 a 17,0 anos	Alsamadani, Alotaibi e Alrougi (2026)
South Australia, 1999-2001 e 2006-2008	Parcela da EV perdida para doença, homens	10,7% e 11,2%	Banham, Woollacott e Lynch (2011)
South Australia, 1999-2001 e 2006-2008	Parcela da EV perdida para doença, mulheres	10,4% e 10,7%	Banham, Woollacott e Lynch (2011)

População e período	Medida	Valor	Fonte
Japão, 2013 a 2019, 65 anos	Expectativa de vida não saudável, homens e mulheres	5,07 e 10,60 anos	Hosokawa et al. (2023)
Espanha, 2019, homens de 45 anos com baixa escolaridade	Anos com doença crônica em relação à EV	21 de 35,2 anos	Solé-Auró et al. (2022)
Índia, 2000 e 2019	Anos de vida saudável perdidos, modelo log-logístico	7,30 e 8,79 anos	Jena et al. (2023)
Gurugram, Índia, 2020 a 2022	Hiato ao nascer e em idades avançadas	Cerca de 2 anos; 6 a 7 anos	Sharma e Upadhyay (2025)

Fonte: elaboração própria com base em Cao *et al.* (2020), Passos *et al.* (2020), Alsamadani, Alotaibi e Alrougi (2026), Banham, Woollacott e Lynch (2011), Hosokawa *et al.* (2023), Solé-Auró *et al.* (2022), Jena *et al.* (2023) e Sharma e Upadhyay (2025).

A tabela não ordena países do melhor ao pior, porque as medidas não são equivalentes, como alertou a seção 4.2. O que ela mostra é a direção comum. Em South Australia, a EV cresceu mais que a EVS e a parcela da vida perdida para doença subiu nos dois sexos, com ganhos de EVS explicados quase inteiramente pela queda da mortalidade (Banham; Woollacott; Lynch, 2011). Na Índia, os anos de vida saudável perdidos aumentaram de 2000 a 2019, e Jena *et al.* (2023) concluem que os anos adicionais conquistados tendem a ser vividos com saúde ruim. Nos países do Golfo, onde a EV supera a média mundial, o hiato chega a 17 anos, com as doenças crônicas não transmissíveis respondendo por cerca de 75% da mortalidade (Alsamadani; Alotaibi; Alrougi, 2026).

As comparações em idades avançadas reforçam o peso do sexo. No Japão, a expectativa de vida não saudável aos 65 anos foi o dobro entre as mulheres (Hosokawa *et al.*, 2023), padrão que repete a diferença entre os sexos registrada para o Brasil na Tabela 2. Na Espanha, um homem de 45 anos com baixa escolaridade passaria 21 de seus 35,2 anos restantes com alguma doença crônica (Solé-Auró *et al.*, 2022), o que mostra o quanto o hiato cresce quando o critério é a presença de doença, e não a limitação.

A evidência internacional posterior a 2020 ainda é escassa para responder à pergunta deste artigo. Di Lorenzo *et al.* (2026) analisam a razão do hiato de EVS entre países, de 1999 a 2023, tomando os países de alta renda como referência, e encontram agrupamentos distintos que indicam uma convergência heterogênea em direção aos padrões de alta renda. O estudo de Gurugram cobre os anos de 2020 a 2022 e mostra o hiato crescendo com a idade, de cerca de 2 anos ao nascer para 6 a 7 anos em adultos mais velhos (Sharma; Upadhyay, 2025), mas trata de uma cidade, com dados de incapacidade de outra fonte. Nenhum dos dois trabalhos isola a variação do hiato antes e depois da pandemia em escala nacional.

A posição brasileira, portanto, se define melhor pela tendência do que pelo nível. O país compartilhava com a maior parte do mundo o crescimento do hiato em anos, tinha um nível um pouco

acima da média mundial calculada por Cao *et al.* (2020) e, segundo a projeção desses autores, estava entre os que poderiam estabilizá-lo, cenário que a pandemia interrompeu antes de ser verificado.

7 IMPLICAÇÕES PARA A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

7.1 O CONTEÚDO DO HIATO: DOENÇAS CRÔNICAS E CUIDADO CONTÍNUO

O hiato é preenchido sobretudo por condições crônicas que não matam, e a pandemia, por ter agido sobre a mortalidade, não as removeu. Entre os idosos brasileiros, transtornos de humor, dor musculoesquelética e perdas auditivas e visuais estão entre as principais causas de incapacidade, e a lombalgia ocupa o primeiro ou o segundo lugar nos dois sexos (Passos *et al.*, 2020). As principais causas de morte, por sua vez, permaneceram as mesmas de 2000 a 2017: cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes, com a doença de Alzheimer e outras demências passando a figurar entre elas (Passos *et al.*, 2020).

O peso dessa carga sobre a velhice cresceu antes da pandemia. A participação dos idosos no total de anos de vida ajustados por incapacidade do país subiu de 20,9% em 2000 para 31,2% em 2017, e Passos *et al.* (2020) resumem o movimento afirmando que a carga de doença se desloca para os idosos. Na leitura deste artigo, nada no choque de mortalidade da pandemia indica mudança nessa tendência de deslocamento da carga para os idosos: ao eliminar parte dos mais doentes, ele a interrompe por um tempo, sem alterá-la.

As condições não fatais ocupam anos inteiros da vida, e de modo desigual entre os sexos. Aos 60 anos, uma mulher brasileira podia esperar, em 2008, viver 7,0 de seus 22,7 anos restantes com osteoporose, enquanto o homem viveria 1,3 de 19,5 anos (Camargos; Bomfim, 2017). Nas regiões Norte e Nordeste, em 2016, as mulheres de 60 anos viveriam 9,1 anos com a doença (Bomfim; Camargos, 2021). Entre as mulheres de 75 anos ou mais, a parcela dos anos restantes vivida com problema crônico de coluna passou de 30,69% em 2013 para 35,66% em 2019 (Mendonça; Rocha, 2022). Os mesmos autores observam que a dor crônica de coluna costuma ser tratada apenas nas crises, o que transfere para a urgência um problema que pede acompanhamento.

O cuidado que esse perfil exige já está desenhado nas normas. A Lei nº 8.080 define a integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo de ações preventivas e curativas, exigidas para cada caso em todos os níveis de complexidade (Brasil, 1990, art. 7º, inciso II). O Decreto nº 7.508 determina que o acesso às ações e serviços seja ordenado pela atenção primária e assegura ao usuário a continuidade do cuidado em todas as suas modalidades na rede da região (Brasil, 2011, arts. 11 e 12). O Estatuto da Pessoa Idosa incumbe o poder público de fornecer gratuitamente

medicamentos, especialmente os de uso continuado, além de próteses e órteses (Brasil, 2003, art. 15, § 2º).

Os estudos e as normas convergem no diagnóstico. Passos *et al.* (2020) recomendam manter o investimento em atenção primária e o acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes, exatamente o que os dispositivos citados preveem. A consequência para a organização da assistência é que o cuidado às condições crônicas precisa ser planejado pelo tempo que elas ocupam na vida, e não pelo episódio agudo que as leva ao serviço.

7.2 FUNCIONALIDADE E ATENÇÃO À PESSOA IDOSA

A parte do hiato que mais pesa sobre a autonomia do idoso é a perda funcional, e ela responde a intervenção. Hosokawa *et al.* (2023) mostram que, no Japão, sintomas geriátricos se associam a menor EVS aos 65 anos: com três ou mais fatores de risco, a EVS foi 4,46 anos menor entre os homens e 5,68 anos menor entre as mulheres, em comparação com quem não tinha nenhum. As associações mais fortes envolveram fragilidade, declínio da função física e depressão, e os autores descrevem a fragilidade como condição dinâmica e reversível, o que justifica a intervenção precoce.

O quadro brasileiro aponta na mesma direção. No Estudo SABE, 13,7% dos idosos eram frágeis, e aos 70 anos os homens sem escolaridade esperavam viver 9,1 anos sem fragilidade, contra 10,6 anos entre os que tinham seis anos de estudo (Andrade, 2020). A fragilidade, portanto, ocupa parte do hiato de modo socialmente desigual, como a seção 4.3 já indicava para as demais dimensões.

A legislação brasileira dá ao envelhecimento saudável o estatuto de obrigação pública. O Estatuto dispõe: "É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade" (Brasil, 2003, art. 9º). O mesmo texto prevê, como meios de prevenção e manutenção da saúde, o cadastramento da população idosa em base territorial, o atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, o atendimento domiciliar para quem não consegue se locomover e a reabilitação orientada pela geriatria (Brasil, 2003, art. 15, § 1º). A Política Nacional do Idoso, por sua vez, atribui à área da saúde a prevenção por meio de programas e medidas profiláticas e a realização de estudos sobre o caráter epidemiológico das doenças do idoso (Brasil, 1994, art. 10, inciso II, alíneas b e g).

O Estatuto assegura ainda prioridade especial aos maiores de 80 anos (Brasil, 2003, art. 3º, § 2º). A seção 5.1 mostrou que foi essa a faixa mais atingida pela pandemia, e a seção 5.2, que é nela que a vida sem saúde ocupa a maior fração do tempo restante. A prioridade legal coincide, assim, com o ponto em que o hiato se concentra.

A perda funcional também tem consequência fora do setor saúde. Ribeiro (2025) mostra que, entre os homens de 50 anos ou mais, a saúde pesa mais do que a escolaridade na expectativa de vida ativa, e conclui que prolongar a vida laboral no Brasil exige transformações estruturais, e não apenas ajustes legais. A atenção à funcionalidade do idoso, nessa perspectiva, interessa à previdência e ao trabalho tanto quanto à assistência.

7.3 O HIATO COMO INFORMAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO

As normas do SUS exigem acompanhar morbidade e mortalidade, e o hiato é a forma de lê-las juntas. A Lei nº 8.080 inclui entre as atribuições comuns dos entes federativos o acompanhamento, a avaliação e a divulgação do nível de saúde da população (Brasil, 1990, art. 15, inciso III) e atribui à direção estadual do SUS o acompanhamento e a divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada (Brasil, 1990, art. 17, inciso XIV). A mesma lei estabelece o uso da epidemiologia para fixar prioridades, alocar recursos e orientar a programação (Brasil, 1990, art. 7º, inciso VII). Esses dispositivos tratam a morbidade e a mortalidade como indicadores a acompanhar, sem nomear uma medida que combine as duas.

O Decreto nº 7.508 oferece o instrumento em que essa combinação caberia. O Mapa da Saúde orienta a identificação das necessidades de saúde e o estabelecimento de metas, e o Ministério da Saúde define indicadores nacionais de garantia de acesso a partir do Plano Nacional de Saúde (Brasil, 2011, arts. 17 e 35, § 1º). Sharma e Upadhyay (2025) recomendam que os gestores incorporem a EVS e o hiato como indicadores de saúde da população para identificar desigualdades e priorizar intervenções, e Szwarcwald *et al.* (2022) defendem estratégias subnacionais para reduzir as disparidades. Com as desigualdades regionais descritas na seção 4.3, o nível estadual, a que a lei atribui o acompanhamento dos indicadores, é o recorte natural para monitorar o hiato.

A organização do sistema também se associa ao tamanho da vida saudável. Nos países europeus da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, Athanasakis (2022) encontrou correlação positiva entre a EVS aos 65 anos e a participação do gasto público no gasto total em saúde ($r = 0{,}557$) e entre a EVS e o gasto em prevenção ($r = 0{,}490$), e correlação negativa com a participação de especialistas no total de médicos ($r = -0{,}575$). O próprio autor adverte que correlação não é causalidade. Na África Subsaariana, de 2000 a 2021, Köroğlu e Bayar (2026) encontraram efeito positivo do gasto em saúde e do desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação sobre a EVS ao nascer e aos 60 anos. As duas evidências não transferem conclusões para o Brasil, mas indicam que financiamento público, prevenção e atenção primária figuram entre os fatores associados a mais anos saudáveis, o mesmo desenho que a Lei nº 8.080 e o Decreto nº 7.508 atribuem ao SUS.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A resposta à pergunta do artigo tem três partes, e a primeira é que a evidência disponível não permite afirmar que o hiato se ampliou no Brasil depois da pandemia. Antes dela, o hiato crescia pouco em anos, 0,4 ano ao nascer e 0,2 ano aos 60 anos de 2000 a 2017, enquanto a parcela da vida sem saúde recuava levemente (Tabela 1). A projeção feita antes de 2020 indicava estabilidade com pequeno recuo até 2025 (Cao *et al.*, 2020). O país vinha, portanto, numa trajetória de expansão absoluta discreta, e não de deterioração acelerada.

A segunda parte é que o choque de 2020, por si só, empurra o hiato para baixo. A pandemia reduziu a EV em 1,3 ano no país. A perda e o excesso de óbitos foram maiores no Norte, e, sem os óbitos por COVID-19, o Norte e o Centro-Oeste teriam um ganho contrafactual de mais de 2 anos na EV (Tabela 3). Pela construção do indicador, um aumento de mortalidade com prevalências constantes não amplia o hiato. O exercício da seção 5.2 situa o recuo entre zero e 1,3 ano, conforme a fração dos anos perdidos que teria sido vivida sem saúde, e os dados sobre a idade dos mortos aproximam o caso brasileiro dos valores mais altos dessa faixa. A causa desse recuo é acidental: ele mede quem morreu, não como vivem os que ficaram.

A terceira parte é que a direção do hiato no pós-pandemia depende da morbidade dos sobreviventes, e essa dimensão não foi estimada no Brasil com dados posteriores a 2019. As pistas disponíveis apontam para pressão de alta. Condições crônicas não fatais já avançavam antes de 2020 (Mendonça; Rocha, 2022), a carga de doença se deslocava para os idosos (Passos *et al.*, 2020) e, no plano internacional, o hiato cresceu em quase todos os países à medida que a longevidade aumentou (Cao *et al.*, 2020). Na leitura deste artigo, com a recuperação da sobrevivência, o hiato tende a voltar ao padrão anterior à pandemia, de crescimento discreto em anos (Tabela 1), ressalvado que a projeção de Cao *et al.* (2020) indicava estabilidade; se a morbidade entre os sobreviventes também tiver subido, o crescimento será maior. A segunda condição, porém, permanece sem medida.

Duas evidências próximas pesam contra uma narrativa de expansão inevitável e merecem atenção. Szwarcwald *et al.* (2022) registraram, de 2013 a 2019, aumento simultâneo da EV e da EVS aos 60 anos, e Bassoli (2025) encontrou redução da diferença entre os sexos na EVS de 2016 para 2019. Esses resultados mostram que, nos anos imediatamente anteriores à pandemia, o país convertia parte dos ganhos de sobrevivência em ganhos de vida saudável, o que relativiza a leitura de Passos *et al.* (2020) sobre os anos vividos com incapacidade. A divergência se explica em parte pelas réguas: o GBD pondera a gravidade das condições, enquanto a PNS classifica estados de saúde a partir de respostas do entrevistado, e a seção 4.2 mostrou o quanto o critério altera o tamanho do hiato. O

resultado contrário de Alves, Camargos e Machado (2024), com expansão de 1998 a 2008, reforça que a direção do indicador brasileiro variou conforme o período e a medida.

Comparado com os estudos anteriores, o argumento deste artigo acrescenta a distinção entre as duas leituras do hiato e a sua aplicação ao choque pandêmico. Banham, Woollacott e Lynch (2011) mostraram que a compressão absoluta convive com a expansão relativa; os dados brasileiros de 2000 a 2017 mostram o caso inverso, e a pandemia acrescenta um terceiro movimento, o recuo do hiato por mortalidade seletiva. Os estudos da pandemia no Brasil (Silva; Duarte; Terra, 2021; Marques, 2022; Marques *et al.*, 2026) descreveram com precisão o primeiro termo; a contribuição aqui é indicar o que esse termo implica para o indicador composto e onde termina o que se pode afirmar.

Desses resultados decorrem três consequências. A primeira é para a vigilância: um recuo do hiato nos anos de 2020 e 2021, se vier a ser estimado, não deve ser lido como melhora da saúde, e a comparação entre o antes e o depois exige a mesma fonte, o mesmo critério e a mesma idade, o que pede um inquérito domiciliar posterior à pandemia comparável à PNS de 2019 e acompanhamento por Unidade da Federação, como já prevê a atribuição estadual de divulgar indicadores de morbidade e mortalidade. A segunda é para o cuidado às doenças crônicas: qualquer que tenha sido a direção do hiato, o seu conteúdo continua formado por condições não fatais de longa duração, como dor de coluna, osteoporose e transtornos de humor, e a resposta assistencial é a continuidade ordenada pela atenção primária que o Decreto nº 7.508 e a Lei nº 8.080 já estabelecem. A terceira é para a atenção à pessoa idosa: o hiato se concentra nas idades mais avançadas, nas mulheres e nas regiões Norte e Nordeste, que também perderam mais EV na pandemia, e por isso a avaliação funcional, a prevenção da fragilidade e o atendimento domiciliar previstos no Estatuto da Pessoa Idosa encontram ali a sua prioridade mais clara.

9 CONCLUSÃO

O artigo perguntou se o hiato entre a expectativa de vida e a expectativa de vida saudável se ampliou no Brasil depois da pandemia, como esse movimento se compara ao de outros países e que consequências isso traz para a assistência. Na comparação internacional, a seção 6 mostrou que, antes da pandemia, o Brasil seguia a direção mundial de crescimento do hiato, e que a evidência internacional posterior a 2020 não isola a variação entre o antes e o depois da pandemia. A resposta é que a ampliação não está demonstrada. Antes de 2020, o hiato crescia pouco em anos e ficava estável como fração da vida, em linha com o padrão mundial. O choque de mortalidade da pandemia, pela própria construção do indicador, tende a reduzi-lo, e por uma razão acidental: a morte concentrada nas idades em que mais

se vive com doença. O sentido do hiato no pós-pandemia depende da saúde dos sobreviventes, que ainda não foi medida no país com dados posteriores a 2019.

As implicações assistenciais, contudo, não dependem dessa resposta. O tempo vivido com doença é formado por condições crônicas não fatais e por perda funcional, concentra-se nos mais velhos, nas mulheres e nas regiões mais pobres e cresce em anos à medida que a mortalidade prematura cai. As normas brasileiras já preveem a resposta, com integralidade contínua, acesso ordenado pela atenção primária, medicamentos de uso continuado e atenção domiciliar e geriátrica à pessoa idosa. O que falta é medir o hiato de modo regular, com critério estável e por região, para que o planejamento acompanhe a demanda que ele descreve.

O estudo não estima o hiato pós-pandêmico com dados primários e trabalha com estimativas publicadas, que herdam critérios de saúde distintos; por isso, as comparações entre países e entre períodos valem como ordem de grandeza. O exercício contábil da seção 5.2 combina uma base de 2017 com uma queda de 2020 relatada em outra fonte e depende da faixa de parâmetros adotada. Parte dos estudos foi consultada pelo resumo, e a busca não incluiu PubMed nem SciELO. A estimativa da EVS brasileira com um inquérito posterior à pandemia, comparável ao de 2019, é o passo que falta para responder à pergunta de modo direto.

A contribuição do artigo é mostrar que, no Brasil, pela construção do indicador e pelo exercício da seção 5.2, o choque de mortalidade da pandemia tende a reduzir o hiato por mortalidade seletiva, e não por ganho de saúde, sem que esse recuo tenha sido estimado diretamente, e que as consequências assistenciais do hiato decorrem do seu conteúdo crônico e da sua distribuição desigual, que permanecem quaisquer que sejam as oscilações do indicador.

REFERÊNCIAS

ALSAMADANI, Saud; ALOTAIBI, Naif; ALROUGI, Hamoud. Bridging the Life Expectancy and Healthy Life Expectancy Gap in the GCC Countries: A Health Systems and Critical Care Policy Perspective. Saudi Journal of Public Health, v. 1, n. 3, 2026. DOI: 10.64819/art000013. Disponível em: https://doi.org/10.64819/art000013. Acesso em: 16 out. 2026.

ALVES, Luciana Correia; CAMARGOS, Mirela Castro Santos; MACHADO, Carla Jorge. Years of Healthy Life among Older Adults in Brazil: An Analysis Based on the Global Activity Limitation Indicator, 1998 and 2008. Revista Latinoamericana de Población, v. 18, 2024. DOI: 10.31406/relap2024.v18e202329. Disponível em: https://doi.org/10.31406/relap2024.v18e202329. Acesso em: 16 out. 2026.

ANDRADE, Flavia Cristina Drumond. Social inequality and its impact on life expectancy. Revista Kairós-Gerontologia, v. 23, p. 75-81, 2020. DOI: 10.23925/2176-901x.2020v23i0p75-81. Disponível em: https://doi.org/10.23925/2176-901x.2020v23i0p75-81. Acesso em: 16 out. 2026.

ATHANASAKIS. 'Inclusive' health systems increase healthy life expectancy. Rural and Remote Health, v. 22, n. 2, p. 7014, 2022. DOI: 10.22605/rrh7014. Disponível em: https://doi.org/10.22605/rrh7014. Acesso em: 16 out. 2026.

BANHAM, David; WOOLLACOTT, Tony; LYNCH, John William. Healthy life gains in South Australia 1999-2008: analysis of a local Burden of Disease series. Population Health Metrics, v. 9, n. 1, p. 13, 2011. DOI: 10.1186/1478-7954-9-13. Disponível em: https://doi.org/10.1186/1478-7954-9-13. Acesso em: 16 out. 2026.

BASSOLI, Marcos José Freddi. Análise das diferenças por sexo da expectativa de vida saudável no Brasil por grandes regiões a partir de dados da ELSI-Brasil. 2025. Tese ou dissertação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2025. Disponível em: https://hdl.handle.net/1843/82201. Acesso em: 16 out. 2026.

BOMFIM, Wanderson Costa. Diferenciais de gênero na expectativa de vida saudável entre idosos: estimativas para Bahia e região Nordeste. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 46, n. 3, p. 183-198, 2022. DOI: 10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3761. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n3.a3761. Acesso em: 16 out. 2026.

BOMFIM, Wanderson Costa; CAMARGOS, Mirela Castro Santos. Osteoporose nas regiões Norte e Nordeste do Brasil: estimativas do número de anos vividos com essa enfermidade pelos idosos/ Osteoporosis in the North and Northeast regions of Brazil: estimates of the number of years lived with this disease by the elderly. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 1, p. 3894-3909, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-309. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-309. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set. 1990, p. 18055. Disponível em: https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1990-09-19;8080. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 5 jan. 1994, p. 77. Disponível em: https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:1994-01-04;8842. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 out. 2003, p. 1. Disponível em: https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2003-10-01;10741. Acesso em: 16 out. 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29 jun. 2011, p. 1. Disponível em: https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:decreto:2011-06-28;7508. Acesso em: 16 out. 2026.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; BOMFIM, Wanderson Costa. Osteoporose e Expectativa de Vida Saudável: estimativas para o Brasil em 2008. Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 106-112, 2017. DOI: 10.1590/1414-462x201700010150. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010150. Acesso em: 16 out. 2026.

CAO, Xinxi *et al.* A comparative, correlate analysis and projection of global and regional life expectancy, healthy life expectancy, and their GAP: 1995-2025. Journal of Global Health, v. 10, n. 2, p. 020407, 2020. DOI: 10.7189/jogh.10.020407. Disponível em: https://doi.org/10.7189/jogh.10.020407. Acesso em: 16 out. 2026.

DI LORENZO, Emilia *et al.* Multi-country analysis of healthy life expectancy gap. Socio-Economic Planning Sciences, v. 106, p. 102540, 2026. DOI: 10.1016/j.seps.2026.102540. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.seps.2026.102540. Acesso em: 16 out. 2026.

HOSOKAWA, Rikuya *et al.* Geriatric symptoms associated with healthy life expectancy in older people in Japan. Environmental Health and Preventive Medicine, v. 28, n. 0, p. 44, 2023. DOI: 10.1265/ehpm.22-00300. Disponível em: https://doi.org/10.1265/ehpm.22-00300. Acesso em: 16 out. 2026.

JENA, Diptismita *et al.* Statistical modeling and estimating number of healthy life years lost and healthy life expectancy in India, 2000-2019. Aging Medicine, v. 6, n. 4, p. 435-445, 2023. DOI: 10.1002/agm2.12269. Disponível em: https://doi.org/10.1002/agm2.12269. Acesso em: 16 out. 2026.

KÖROĞLU, Muhammet Ali; BAYAR, Yilmaz. ICT, health expenditures, and healthy life expectancy: empirical evidence from the Sub-Saharan African states. Frontiers in Public Health, v. 13, p. 1664819, 2026. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1664819. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1664819. Acesso em: 16 out. 2026.

MARQUES, Marilane Vilela. Pandemia da Covid-19 e população idosa no Brasil: anos de vida perdidos e efeitos na expectativa de vida. 2022. Tese ou dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 2022. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/49997. Acesso em: 16 out. 2026.

MARQUES, Marilane Vilela *et al.* COVID-19 e diferenciais na expectativa de vida da população idosa por regiões do Brasil. Revista Tópicos, v. 4, n. 33, p. 1-24, 2026. DOI: 10.70773/revistatopicos/779163115. Disponível em: https://doi.org/10.70773/revistatopicos/779163115. Acesso em: 16 out. 2026.

MENDONÇA, Marília Melo; ROCHA, Alane Siqueira. Expectativa de vida com e sem doença crônica de coluna no Brasil: Estudo comparativo a partir da pesquisa nacional de saúde, nos anos de 2013 a 2019. Refas - Revista Fatec Zona Sul, v. 9, n. 2, p. 49-62, 2022. DOI: 10.26853/refas_issn-2359-182x_v09n02_08. Disponível em: https://doi.org/10.26853/refas_issn-2359-182x_v09n02_08. Acesso em: 16 out. 2026.

MURRAY, Christopher J L; SALOMON, Joshua A.; MATHERS, Colin Douglas. A critical examination of summary measures of population health. Europe PMC (PubMed Central), v. 78, n. 8, p. 981-994, 2000. Disponível em: http://europepmc.org/articles/PMC2560826. Acesso em: 16 out. 2026.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo *et al.* The burden of disease among Brazilian older adults and the challenge for health policies: results of the Global Burden of Disease Study 2017. Population Health Metrics, v. 18, n. S1, p. 1-15, 2020. DOI: 10.1186/s12963-020-00206-3. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12963-020-00206-3. Acesso em: 16 out. 2026.

RIBEIRO, Alexandre Oliveira. Expectativa de vida laboral saudável em um Brasil desigual e envelhecido: uma perspectiva socioeconômica. 2025. Tese ou dissertação, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2025. Disponível em: https://hdl.handle.net/1843/2839. Acesso em: 16 out. 2026.

ROBINE, Jean-Marie; RITCHIE, Karen A. Healthy life expectancy: evaluation of global indicator of change in population health. BMJ, v. 302, n. 6774, p. 457-460, 1991. DOI: 10.1136/bmj.302.6774.457. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmj.302.6774.457. Acesso em: 16 out. 2026.

SANTOS, Ewerton da Silva. Diferenciais socioeconômicos e demográficos na expectativa de vida saudável dos idosos para o Brasil e grandes regiões em 2013. 2018. Tese ou dissertação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), 2018. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/24887. Acesso em: 16 out. 2026.

SHARMA, Gulshan; UPADHYAY, Era. Quantifying the Burden of PM2.5 on Longevity and Healthy Aging: Life Expectancy and HALE in Gurugram. World Journal of Environmental Biosciences, v. 14, n. 1, p. 53-58, 2025. DOI: 10.51847/yfbtrk6hja. Disponível em: https://doi.org/10.51847/yfbtrk6hja. Acesso em: 16 out. 2026.

SILVA, Raiane de Lima; DUARTE, Alice Silva; TERRA, Luísa Pimenta. COVID-19: impactos na mortalidade e expectativa de vida no Brasil em 2020 e 2021. Sigmae, v. 10, n. 2, p. 22-35, 2021. DOI: 10.29327/2520355.10.2-2. Disponível em: https://doi.org/10.29327/2520355.10.2-2. Acesso em: 16 out. 2026.

SOLÉ-AURÓ, Aïda *et al.* Gender Gap in Unhealthy Life Expectancy: The Role of Education Among Adults Aged 45+. International Journal of Public Health, v. 67, p. 1604946, 2022. DOI: 10.3389/ijph.2022.1604946. Disponível em: https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604946. Acesso em: 16 out. 2026.

SULLIVAN, Daniel F. A Single Index of Mortality and Morbidity. HSMHA Health Reports, v. 86, n. 4, p. 347, 1971. DOI: 10.2307/4594169. Disponível em: https://doi.org/10.2307/4594169. Acesso em: 16 out. 2026.

SZWARCWALD, Célia Landmann *et al.* Inequalities in healthy life expectancy by Federated States. Revista de Saúde Pública, v. 51, 2017. DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051000105. Disponível em: https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000105. Acesso em: 16 out. 2026.

SZWARCWALD, Celia Landmann *et al.* Socio-spatial inequalities in healthy life expectancy in the elderly, Brazil, 2013 and 2019. Reports in Public Health, v. 38, n. 13, 2022. Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8115. Acesso em: 16 out. 2026.