

## Similaridades e desigualdades no processo de envelhecimento populacional e cuidados de longa duração para idosos de Havana e Natal

## Semejanzas y diferencias en el proceso de envejecimiento poblacional y cuidados a largo plazo para adultos mayores en La Habana y Natal

Recibido: 14 de julio de 2015

Aceptado: 8 de enero de 2016

Cristiane A. D. de Araújo\*

### Resumo

O envelhecimento populacional produzirá efeitos em todas as sociedades, devido seu impacto nos diversos setores públicos, principalmente, mobilidade urbana, previdência social, assistência social e saúde pública. Todavia, ser a última fase da Transição Demográfica, nem todos os países a alcançam ao mesmo tempo. Dependendo de vários fatores, entre eles os culturais. Neste entendimento, este trabalho pretende realizar comparações de alguns indicadores do envelhecimento populacional de duas cidades, Natal e Havana —a partir de dados censitários de cada país de origem—, visando identificar similaridades e diferenças, nestes contextos culturais tão distintos. Ademais, objetiva visualizar as ações na área de suporte social de longa duração para idosos, em ambas as cidades, intuindo a troca de experiências.

### Palavras-chave

Brasil; Cuba; cuidados de longa duração; envelhecimento populacional; idoso.

### Resumen

El envejecimiento poblacional producirá efectos en todas las sociedades debido a su impacto en los diversos sectores públicos, principalmente, movilidad urbana, asistencia social, seguridad social y salud pública. Inclusive, siendo esta la última fase de la Transición Demográfica, no todos los países la alcanzaron al mismo tiempo. Esto ha dependido de varios factores, entre ellos los culturales. En este sentido, este trabajo pretende comparar algunos indicadores del envejecimiento en dos ciudades: Natal y La Habana —a partir de datos censales de cada uno de los países de origen— enfocando en las semejanzas y diferencias en estos contextos culturales tan distintos. Además se tiene como objetivo visualizar las acciones en el área del respaldo social a largo plazo para adultos mayores en ambas ciudades, para un intercambio de experiencia.

### Palabras clave

Brasil; Cuba; cuidados a largo plazo; envejecimiento poblacional; adulto mayor.

\* Estatística, MSc. em Demografia e Doutoranda no Centro de Planejamento e Desenvolvimento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). [cristianeales@yahoo.com.br](mailto:cristianeales@yahoo.com.br)

Este trabalho é parte integrante das atividades relacionadas ao Doutorado Sanduíche, convênio MÊS-CUBA: "Aprendendo com Cuba: as redes sociais de apoio no processo de mudanças demográficas (envelhecimento populacional, fecundidade e migrações): similaridades, diferenças e complementariedades entre Brasil e Cuba", financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Educação Superior (CAPES).

## Introdução

O envelhecimento populacional, fase final da Transição Demográfica (TD) —resultado da queda dos níveis de fecundidade e mortalidade, ocasionando o aumento da longevidade e da expectativa de vida (Alves, 2011; Antunes, 2010; Brito, 2007; Wong e Carvalho, 2006)—, é tema recorrente em estudos epidemiológicos e demográficos, devido sua importância para os principais setores da sociedade. O aumento proporcional de idosos é um dos principais desafios nessa fase demográfica, tendo em vista seu rápido e intenso crescimento. A Organização das Nações Unidas (ONU) projeta que até 2030, 16,5% da população mundial terá 60 anos e mais de idade, e, uma expectativa de vida aos 60 anos de 21,54 anos.

Assim como vários países, Brasil e Cuba passam por esse processo, no entanto, posicionados em estágios diferentes. Cuba, hoje, é considerado um dos países mais envelhecidos da América Latina e Caribe —situando-seno período pós-transicional da TD (Arantes, Rodríguez, Fazito e Turra, 2013), com 19,4% de sua população na faixa etária dos 60 anos e mais (Arantes et al., 2013), em 2015. O Brasil, apesar de não estar na mesma fase —apenas 11,7% da população se enquadra no grupo etário idoso de 60 anos e mais, em 2015—, o processo é considerado, por diversos autores, relativamente acelerado, pois, seus níveis de fecundidade e mortalidade caem em ritmo constante e intenso. Ou seja, ambos, Brasil e Cuba, se encontram em estágio moderado avançado (Organização das Nações Unidas [ONU], 2015), do envelhecimento populacional.

Projeções indicam que, em 2050, no Brasil o percentual de idosos, com 60 anos e mais, represente 28,8% da população (Ministério da Saúde [MS], 2010). Por outro lado, em Cuba, 38,0% da população pertencerão a este grupo etário, posicionando-o, com isto, entre os onze países mais envelhecidos do mundo (Alfonso e León, 2008).

Aliado a tal condição, vemos uma taxa de fecundidade total (TFT), abaixo do nível de reposição (considerando 2,1 filhos por mulher), respectivamente, 1,9 e 1,7 filhos por mulher. Simbolizando que o fenômeno do envelhecimento populacional, se for reversível, não será a curto ou médio prazo,

mantendo-se os níveis atuais de migração, fecundidade e mortalidade.

A crescente expansão do segmento idoso faz surgir à necessidade de estratégias que prevejam, de forma eficaz, as demandas por serviços específicos nas diversas áreas da gestão pública, que considerem as limitações e vulnerabilidades desse público, em especial, nos setores de assistência social, mobilidade urbana e saúde, tendo em vista a fragilidade, a dependência e a vulnerabilidade do indivíduo nessa fase da vida (Batista et al., 2008).

Diante desse cenário, surge como uma opção de amparo e suporte ao idoso, um estabelecimento para assistência integral ou parcial a esse segmento populacional, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares ou sociais, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (Araújo, C. L. O., et al., 2010).

Têm-se, contudo, muitos preconceitos sobre a institucionalização por contrariar padrões sociais que ditam que os filhos são responsáveis pelo cuidado dos pais idosos, principalmente a filha. Contudo, em uma realidade de baixa fecundidade, novos arranjos familiares, envelhecimento populacional e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, a institucionalização passa a ser uma necessidade e uma opção para um número cada vez maior de indivíduos (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social [IPARDES], 2008; Watanabe e Di Giovanni, 2009).

Dessa forma, caracteriza-se a importância da temática, e a significância de a troca de experiências entre culturas diferentes. Especialmente, no que se referem à ações, planos e projetos, entre outros, focados na terceira idade.

Neste cenário, podemos comparar duas cidades, uma do Brasil e outra de Cuba. Havana (Cuba) e Natal (Rio Grande do Norte, Brasil); pode ser uma comparação passível de interesse. A despeito de suas possíveis dissimilaridades, já mencionadas, podem ser semelhantes em suas perspectivas de dinâmicas demográficas atuais e futuras (Arantes et al., 2013). A escolha das cidades, além dos motivos descritos anteriormente, se deu por conveniência, e disponibilidade de dados primários.

Algumas diferenças entre Natal e Havana são óbvias, digam-se idiomas oficiais, sistemas de

Cristiane A. D. de Araújo

governo, contextos econômicos e culturais, entre outros. Como semelhanças, podemos destacar o nível de desenvolvimento econômico —considerado pelos padrões globais, relativamente, variando de médio a baixo—, onde uma das principais bases da economia é o terceiro setor, especificamente, comércio e serviços voltados para a área do turismo (Economia cubana, s/f; Barbosa, 2014). Ademais, a deficiência nos setores de infraestrutura urbana —em específico, a mobilidade urbana—, e suporte à população idosa —em particular, déficit na quantidade de instituição de longa permanência—, pode ser considerada, também, uma similaridade.

Diante de tais considerações, o presente artigo compara alguns indicadores do envelhecimento populacional de Havana e Natal —Proporção de Idosos (PI), Índice de Envelhecimento (IE), Razão de Dependência Idosa (RDI) e Índice de Longevidade (IL)—, calculados a partir dos dados dos Censos Demográficos mais recentes de cada país. O objetivo é visualizar as igualdades e desigualdades do processo, de forma a auxiliar em possíveis medidas de planejamento público para melhoria de a qualidade de vida de o segmento idoso. Outrossim, busca identificar equipamentos de suporte a população idosa, no tocante às instituições de longa permanência, a partir de dados primários de pesquisas e estudos realizados em cada cidade, visando o compartilhamento de experiências entre as culturas.

Para tanto, este trabalho se divide em seis partes: *Introdução* —mostra uma visão geral sobre o tema a ser abordado—; *Conhecendo as cidades* —nesta parte, os objetos de estudos são, brevemente, caracterizados—; *O envelhecimento populacional* —nela, compara-se alguns indicadores demográficos do envelhecimento populacional das cidades estudadas—; *Cuidados de longa duração* —expõe os programas direcionados para os idosos das duas cidades, comparando-os—; *Considerações* —nesta, são expostas algumas considerações sobre as similaridades e desigualdades do processo de envelhecimento populacional de Natal e Havana, assim como, sobre os cuidados de longa duração para a população idosa—; e por fim, Referências bibliográficas, onde são encontradas as referências e bibliografias utilizadas, e consultadas no estudo.

### Conhecendo as cidades

Natal foi fundada em 25 de dezembro de 1599, situando-se no litoral oriental do Estado do Rio Grande do Norte região nordeste do Brasil. Sua população pode ser definida como multiétnica. Vários são os povos que contribuíram para esta característica. Além dos indígenas nativos potiguaras, têm-se franceses, holandeses, africanos, portugueses e norte-americanos (Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional [IPHAN] e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, s/f).

Política administrativamente, a cidade ou município se divide em 36 bairros, distribuídos em quatro zonas administrativas (Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo [SEMURB], 2012).

O processo de urbanização de Natal, segundo Clementino (1995), foi desordenado por um longo período, e extremamente ligado às atividades mercantis ditadas pelas economias tradicionais —cana-de-açúcar, algodão e pecuária—, tendo permanecido sem avanços até o início do século XX. Com o progresso da aviação civil e militar, sua modernização e internacionalização, Natal passou a ser local chave na Segunda Guerra Mundial, comportando a mais importante base norte-americana (*Parnamirim Field*) fora dos Estados Unidos da América (EUA), em razão de uma localização privilegiada —próximo ao Norte da África, Europa e Estados Unidos (Clementino, 1995). Sá (2011) ressalta que nesse período ocorreu um significativo crescimento populacional natalense, o qual se prolongou até o final da guerra. A presença dos EUA na Segunda Guerra Mundial impulsionou tanto seu desenvolvimento econômico e expansão urbana quanto seu quantitativo populacional —que duplicou (Lima, P. de, 2001).

Na década de 70, a urbanização foi predominantemente afetada pelas políticas públicas de incentivo ao turismo (Clementino, 1995). Na década de 80, Natal se tornou 100% urbana, resultado da intensificação do processo de expansão vivido a partir dos anos 70 (Clementino et al., 2009). Uma das consequências desse processo é a decadência das áreas centrais da cidade (Sá, 2011).

Sua economia, hoje em dia, gira em torno dos setores de serviços, comércio e turismo (SEMURB, 2012).

Apesar deste potencial econômico e das melhorias já realizadas, Natal moderna não conseguiu suprimir os resquícios do passado, sua infraestrutura urbana ainda é deficiente e carece de modernização que gere universalidade, eficácia e eficiência. De forma a atender, especialmente, a população idosa. População que mais cresce e mais necessita deste suporte para manter um bom nível de qualidade de vida.

Em que pese à baixa infraestrutura urbana, algumas melhorias devem ser relatadas. Na área da mobilidade urbana, a maioria dos transportes públicos de massa, é adaptada para idosos e pessoas de mobilidade reduzida, sendo equipados com mecanismo de elevação, e espaço exclusivo para cadeirantes e acompanhantes. Alguns táxis são específicos para cadeirantes e pessoas com dificuldades motoras, tendo portas largas com corrediças, e estação elevatória. A cidade conta ainda com sistema de micrônibus porta-a-porta, que translada o idoso e ou portador de necessidades especiais para consultas médicas ou terapêuticas, entre outros. Observa-se que tal infraestrutura, atualmente, já é insuficiente para atender a população como um todo (SEMURB, 2012), visualize como será em algumas décadas com o dobro de idosos cada vez mais longevos.

Adicionalmente, quanto à acessibilidade aos prédios públicos e comerciais, vemos que, por lei (Lei Complementar 082/2007, Art. 59, § II), são obrigados a contemplar um ponto de acessibilidade para deficientes físicos e pessoas de baixa mobilidade (Câmara Municipal, Natal, 2007). Favorecendo a independência e autonomia dessas pessoas.

É fato que muito tem se avançado quanto a essas questões urbanas, porém, as obras e medidas para melhoria e readequação de infraestrutura, quando realizadas, já se apresentam defasadas, não atendendo a população e suas necessidades.

O Censo Demográfico Brasileiro de 2010 contabilizou 801 164 habitantes em Natal, —destes, 47,0% são homens e 53,0% mulheres—, distribuídos em uma área total de 168,53 km<sup>2</sup> —densidade demográfica de 4 754 hab/km<sup>2</sup>. Sua taxa geométrica de crescimento populacional entre 2000 e 2010 foi de 1,21% ao ano (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

Do mesmo modo, Havana, capital de Cuba, é a província menos extensa do país, com 728,26 km<sup>2</sup>,

porém, é a mais populosa, com, em 2012, 2 154 454 habitantes —46,9% homens e 53,1% mulheres. Correspondendo assim, a uma densidade demográfica de 2 958,4 hab/km<sup>2</sup> (Oficina Nacional de Estadísticas e Información [ONEI], 2012).

Fundada em 1514 com o nome de Villa de San Cristóbal de La Habana, Havana, atualmente, se divide política administrativamente em 15 municípios totalmente urbanos. Nela, se encontra o maior e mais importante polo turístico do país com um “Centro Histórico” declarado Patrimônio da Humanidade. O qual é composto de uma grande quantidade de instalações culturais, educacionais e de saúde, assim como, o aeroporto internacional de maior fluxo do país (Salud, Bienestar y Envejecimiento [SABE/CUBA], 2005).

Não obstante, conserva o nível de crescimento dos últimos 50 anos —em virtude, principalmente, do embargo americano—, considerado deficiente, com pouca acessibilidade em todos os prédios, bem como, nas ruas e avenidas (Arantes et al., 2013).

Sua infraestrutura envelhecida apresenta, em média, de 50 a 100 anos de idade. Onde, da atual Havana, 80% foi construída em um ritmo acelerado entre 1902 e 1958 (Coyula, 2006). Tamayo (2009) menciona que muito do crescimento das cidades cubanas nos últimos 50 anos foi realizado de forma informal e desordenado (Tamayo, 2009).

Os idosos ou adultos maiores cubanos têm que viver em cidades envelhecidas e deterioradas, de grandes áreas de crescimento desordenado, planejadas em função dos carros, sendo, portanto, pouco amistosas para pedestres e ciclistas. Além do que, os serviços são concentrados e insuficientes (Betancourt, s/f).

A cidade apresenta o maior grau de urbanização do país, 100%. Apesar disso, os transportes públicos não estão aptos a contemplar a pessoa idosa ou as pessoas com necessidades especiais de locomoção. Os táxis coletivos e individuais também não. Muitos dos serviços especializados para idosos, presentes em muitos países desenvolvidos, nem sequer são conhecidos pela população cubana, e conseqüentemente, não são demandados. Serviço de transporte porta-a-porta com micrônibus adaptados para pessoas com mobilidade limitada é um exemplo (Betancourt, s/f).

Cristiane A. D. de Araújo

Apesar de a mobilidade urbana ser muito mais que transporte —é a habilidade de mover-se para onde e quando queira, da forma que apetercer (Miller & Ferguson, 2009)—, vemos que o transporte público é o que contempla o maior número de pessoas, por consequência se relaciona intrinsecamente com a qualidade de vida da população. E para os idosos, se faz primordial para sua independência e autonomia.

As desigualdades das duas cidades vão além do início de sua fundação. A extensão territorial Havana, habilita uma maior distribuição dos habitantes. Ou seja, menor quantidade de pessoas por km<sup>2</sup>. E mais, o crescimento geométrico de sua população é bem inferior ao de Natal, chegando a ser negativo. Simbolizando, uma possível estagnação populacional nas próximas décadas, e, conseqüente, declínio. Natal, ao contrário, mantém, ainda, um crescimento positivo, porém, com baixa intensidade.

As similaridades dizem respeito, principalmente, a pouca infraestrutura de mobilidade urbana para atender o *boom* de idosos que se pronuncia. A base econômica igual, focada o turismo, pode proporcionar divisas financeiras para investimentos nesta área. Outro ponto similar é a proporção por sexo, praticamente idêntica, revelando a mesma tendência, o mercado de casamento injusto e perverso para as mulheres. Em particular, para os grupos etários mais avançados – devido a maior longevidade feminina.

Neste âmbito, na próxima seção, visualizaremos o processo de envelhecimento populacional de Natal e Havana, utilizando como alicerce, indicadores demográficos selecionados.

### O envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional traz desafios para os gestores públicos, assim como, para a sociedade em geral. A redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, e um conseqüente aumento da expectativa de vida geram preocupações nas áreas de mobilidade urbana, previdência social, saúde pública, assistência social, entre outros. O segmento idoso é o que mais necessita de uma boa infraestrutura e suporte destas áreas, tendo em vista as debilidades inerentes ao avanço da idade.

As fases da transição demográfica e as fases do crescimento econômico, em teoria, têm correlação direta (Coale & Hoover, 1958; Paiva e Wajman, 2005). Os países desenvolvidos alcançaram a fase de final da TD primeiro do que os países em desenvolvimento e os menos desenvolvidos (Carvalho, J. A. M., 2001). Porém, em maior tempo: séculos.

Contrariando as teorias do desenvolvimento econômico —alto desenvolvimento e estágio avançado da TD—, Brasil e Cuba se encontram em uma fase avançada da TD com baixo desenvolvimento econômico —todavia em estágios diferentes—, conforme já mencionado. Seus níveis de fecundidade estão abaixo do nível de reposição e os de mortalidade se mostram baixos. Associado a este cenário tem-se um aumento na expectativa de vida e na proporção de idosos.

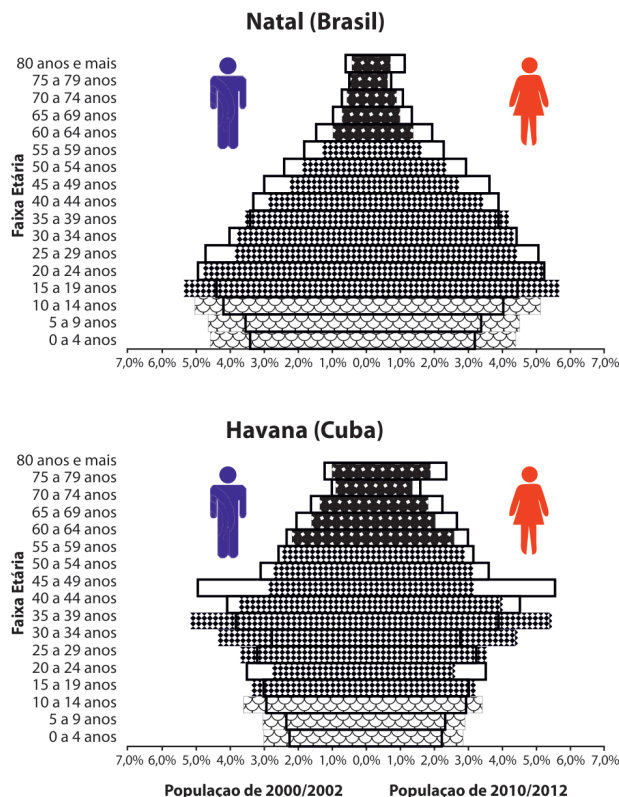
Do mesmo modo, apesar de Natal se encontrar na segunda região menos desenvolvida economicamente do Brasil, a Nordeste (Chein, Lemos e Assunção, 2007), seu envelhecimento populacional se anuncia como significativo, devido à rapidez e intensidade que ocorre.

A figura 1 mostra a evolução demográfica em uma década (2000 a 2010) da população natalense. A base da pirâmide diminuiu significativamente devido a queda expressiva do número de nascimentos. O corpo e o topo apresentam um alargamento, um aumento relevante do contingente a partir dos 25 anos. Observa-se o prenúncio do aumento maciço de idosos nas próximas décadas, principalmente do sexo feminino.

A mesma figura mostra, também, a evolução da estrutura etária de Havana entre seus dois últimos Censos Demográficos, 2002 e 2012. Observa-se um processo mais avançado que o anterior, cujo desenho piramidal é próximo ao dos países desenvolvidos —base estreita, corpo largo e topo em processo de alargamento. Ver-se uma retangularização da pirâmide. Os nascimentos foram bem menores em 2012. Enfatiza-se que, em Cuba, o aborto é legalizado. Ou seja, os filhos são tidos, em teoria racionalmente, podendo ser em grande parte decisão do casal. O decréscimo no número de nascimentos pode ser devido ao momento econômico desfavorável. Um aspecto chama a atenção, o contingente de 35 a 39 anos em 2002 —nascidos entre 1973 e 1977, praticamente não sofreu alteração em 2012. Seguindo rumo às faixas mais avançadas,

o que ocasionará um impacto relevante em diversas áreas da gestão pública nos próximos anos.

**Figura 1. Pirâmides populacionais: Natal (2000 e 2010) e Havana (2002 e 2012)**



Fonte: Dados primários: Natal (Brasil): IBGE – Censos Demográficos Brasileiros 2000 e 2010; Havana (Cuba): ONEI – Censos Demográficos Cubanos 2002 e 2012.

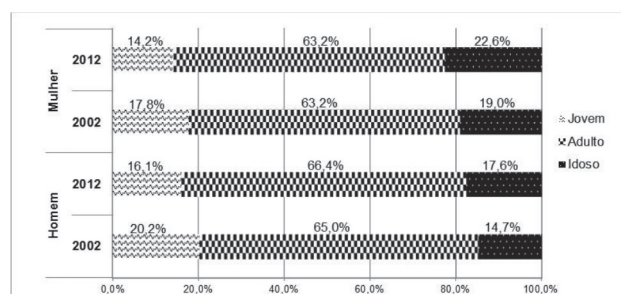
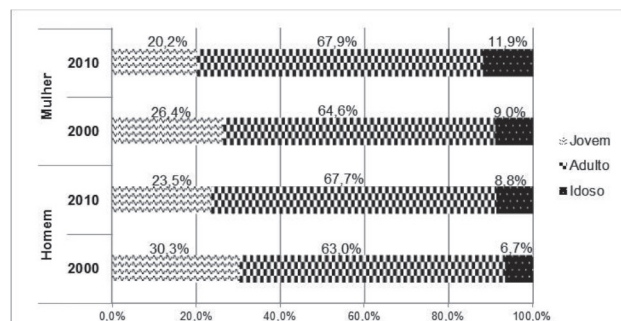
É importante lembrar que o impacto do envelhecimento populacional em uma sociedade, se refere, sobretudo, ao peso proporcional dos idosos frente os demais grupos etários. A evolução de os segmentos populacionais: jovem (0 a 14 anos), adulto (15 a 59 anos) e idoso (60 anos e mais) é visualizado na figura 2.

Em Natal, de 2000 a 2010, a proporção de idosos com 60 anos e mais, aumentou, 2,1% (homens) e 2,9% (mulheres). Ao associarmos este aumento com o decréscimo do segmento jovem de 6,8% (homens) e 6,3% (mulheres), e um consequente aumento do segmento adulto de 4,7% (homens) e 3,3% (mulheres) pode-se idealizar o impacto dessa condição, os diversos setores da economia.

Em 2010, os idosos já representavam 10,4% do total da população natalense, destes, 60,6% eram mulheres, e 16,5% tinham 80 anos e mais de idade.

Em Havana, entre 2002 e 2012, a proporção de idosos aumentou um pouco mais, 2,8% (homens) e 3,5% (mulheres). Aliado a isto, temos, praticamente, uma estagnação dos adultos, com crescimento de 1,3% (homens) e 0,0% (mulheres), e um decréscimo significativo do contingente jovem, 6,8% (homens) e 6,3% (mulheres). Esta condição é mais preocupante do que o caso de Natal, tendo em vista, que a população em idade ativa estagnou (adultos), sem tendência de crescimento futuro (jovens). Assim como Natal, a maior parte do contingente idoso, em 2012, era idosa (59,2%), e 17,2% do total de idosos, tinham 80 anos e mais. Neste ano, o segmento idoso, já representava 20,2% da população total de Havana- o dobro da cidade brasileira.

**Figura 2. Evolução dos segmentos etários, por sexo: Natal (2000 e 2010) e Havana (2002 e 2012)**



Fonte: Dados primários: Natal (Brasil): IBGE – Censos Demográficos Brasileiros 2000 e 2010; Havana (Cuba): ONEI – Censos Demográficos Cubanos 2002 e 2012.

Além da proporção de idosos, outros indicadores também refletem as relações intergeracionais de uma sociedade: o Índice de Envelhecimento (IE) e a Razão de Dependência Idosa (RDI). Ademais, dado o aumento da expectativa de vida da população de ambas as cidades, obteve-se Índice de Longevidade (IL), indicador capaz de comparar o peso dos idosos mais jovens (60 anos e mais) com o peso dos idosos menos jovens (população de 75 anos e mais) –considerado um medidor de envelhecimento demográfico (Nazareth, 2007). Desta forma, verificaremos a tendência do contingente mais vulnerável e suscetível às limitações capacitivas.

Em 2010, a cidade do Natal já ultrapassava o Brasil quanto ao IE e o IL. Respectivamente, para cada 100 jovens com menos de 15 anos de idade, em Natal, existiam 48 idosos com 60 anos e mais; e, para cada 100 idosos de 60 anos e mais existiam, praticamente, 28 idosos com 75 anos e mais (Tabela 1). Em relação à RDI, o valor de Natal é próximo ao brasileiro, para cada 100 pessoas em idade potencialmente ativa (15 a 59 anos), existiam, em torno de 15 idosos, “dependentes”, de 60 anos e mais. Este último indicador se relaciona diretamente com a área da economia e da previdência social das sociedades, pois, mensura o impacto do segmento “dependente” nos setores produtivos, sistema previdenciário, de saúde e assistência social.

Todavia, todos os indicadores de Havana são superiores a seu contexto nacional, brasileiro e natalense (tabela 1). Em 2012, em Havana, já existiam mais idosos de 60 anos e mais do que jovens de até 15 anos de idade – para cada 100 destes jovens, havia 134 idosos. E para cada 100 pessoas em idade produtiva existiam 31 idosos dependentes. Para cada 100 idosos com 60 anos e mais existiam 31 idosos com 75 anos e mais de idade. Estes resultados revelam que o peso da população idosa em Havana ultrapassou ao dos jovens. Ou seja, há cada vez mais idosos, vivendo cada vez mais. Contexto típico de países desenvolvidos. Observa-se que os IL das duas cidades são próximos, ao contrário dos demais indicadores, representando uma composição de longevos similar, frente aos idosos de 60 anos e mais.

**Tabela 1. Indicadores demográficos de relações intergeracionais selecionados: Brasil, Natal (2010) e Cuba e Havana (2012)**

Local	IE*	RDI**	IL***
Brasil	44,8	16,6	26,7
Natal	48,0	15,4	28,0
Cuba	105,9	28,1	30,0
Havana	134,0	31,3	30,8

\* Razão entre a população com 60 anos e mais, e a população menor de 15 anos;

\*\* Razão entre a população com 60 anos e mais, e a população entre 15 e 59 anos;

\*\*\* Razão entre os idosos mais velhos (75 anos e mais) e os idosos mais jovens (60 anos e mais).

Fonte: Dados primários: Natal e Brasil: IBGE – Censo Demográfico Brasileiro 2010; Havana e Cuba: ONEI – Censo Demográfico Cubano 2012.

Cabe salientar que, tendo em conta o estágio avançado do processo de envelhecimento populacional destas cidades, é primordial pensar em políticas públicas direcionadas a atender as especificidades desse segmento. Cita-se que o processo natalense ocorre em ritmo mais acelerado que o de Havana, que levou séculos.

O conjunto de evidências estabelecido aponta que, as próximas décadas, o envelhecimento populacional, nestas cidades irá se intensificar, questão que se assemelha ao âmbito nacional de cada cidade estudada.

O aumento da quantidade de idosos, atrelado ao aumento da expectativa de vida, modificará de forma intensa a sociedade, seja ela brasileira ou cubana.

O fato é que o envelhecimento populacional trará desafios cada vez mais intensos, uma vez que a proporção de idosos só tende a aumentar –tendência essa irreversível, em consonância com as projeções realizadas. Diante desse fato, é responsabilidade da sociedade civil, das famílias e dos governos idealizar em ações que visem à melhoria da qualidade de vida do idoso e a um menor comprometimento de sua independência (Araújo, C. A. D., 2013).

## Cuidados de longa duração

O ganho na longevidade, apesar de ser um avanço para a humanidade, causará mudanças nas condições de saúde da população –principalmente a idosa–, aumentando a incidência de doenças crônicas e ou degenerativas, morbidades, incapacidades funcionais e mortalidade, impactando diretamente às famílias, originando preocupações e atitudes que visem propiciar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e independência ao idoso (Gonçalves et al., 2006; Paulo et al., 2008).

Sendo um processo com tendência crescente, o envelhecimento populacional trará repercussões nas políticas públicas de todos os setores, mas certamente a ênfase maior será nos setores ligados à proteção social, haja vista que os idosos, relativamente, são os que mais se sujeitam a um maior grau de vulnerabilidade social e de saúde (Telles e Borges, 2012).

Gratão (2010) assinala:

“Associado ao processo do envelhecimento, o declínio da capacidade física e cognitiva pode ocorrer, levando o idoso à perda progressiva da autonomia e independência. Assim, a família é quem, geralmente, assume a responsabilidade do cuidado de forma despreparada, contribuindo para quadros depressivos, de ansiedade e de sobrecarga no cuidador”. (Gratão, 2010, p. 7).

O aumento da proporção de idosos, agregado à baixa disponibilidade de cuidadores familiares e ou informais, em virtude da redução da proporção de jovens e da maior presença feminina no mercado de trabalho, enfraquece o padrão familiar de cuidados (Saad, 2004; Pasinato e Kornis, 2009).

Com o aumento da demanda e a redução da oferta, a relação entre dependência idosa e a quantidade de cuidadores informais deverá se intensificar ao longo dos anos (Ferreira e Wong, 2015).

Na primeira década do século XXI, diversos países, entre eles Estados Unidos, Alemanha, Dinamarca e Inglaterra, em um esforço para prestar assistência aos idosos em seus lares, ofertaram algumas alternativas, tais como: centros-dia, centros-noite e serviços profissionais de assistência domiciliar para cuidados pessoais. Nesses países, observa-se ainda a implantação de políticas de suporte, como a inclusão dos cuidadores domiciliares no seguro

assistencial, a adoção de descanso remunerado para os cuidadores informais (Alemanha e Japão) e sua inclusão na previdência Social (Japão) (Bastita et al., 2008; Camarano, 2005; Christophe, 2009; Gibson, Gregorio e Pandya, 2003; Kitchener & Harrington, 2004; Tellechea, 2005).

Não obstante todas as iniciativas e esforços para a manutenção do idoso o maior tempo possível no convívio familiar e em sua rede social, as opções existentes não substituem os serviços e comodidades de as instituições destinadas e planejadas para tal fim (Christophe, 2009).

Alguns países encontraram nas instituições do tipo asilar uma forma de assegurar aos idosos, fora do seio familiar, o abrigo e os cuidados de longa duração. Essas instituições surgiram diante da impossibilidade das famílias e ou da necessidade de ampará-las no cuidado e trato com o idoso, principalmente os mais fragilizados devido a suas limitações funcionais parciais ou totais (Lima, C. R. V., 2011).

Cuidados de longa duração (ou permanência) são definidos como sendo um conjunto de serviços de saúde, sociais e individuais prestados por um período contínuo de tempo a pessoas que tenham certo grau de incapacidade funcional (Kane & Kane, 1987).

Devido à diversidade da população idosa, a respeito de as condições de vida, renda, saúde, arranjos familiares, entre outros aspectos, depreende-se que a necessidade dos serviços oferecidos para o cuidado também deverá ser diferenciada, considerando a desigualdade dos perfis (Christophe, 2009).

Nas sociedades atuais, são três as instituições fundamentais responsáveis pelos cuidados de longa duração: o Estado, o mercado e a família. O nível de responsabilidade de cada um dependerá do modelo adotado pelo país (Monteverde et al., 2007).

Em uma comparação do modelo de cuidados de longa duração dos Estados Unidos, Argentina, México e Porto Rico, com os países europeus e asiáticos (Alemanha, Espanha, países escandinavos e Japão), Monteverde et al. (2007) identificou três tipos de modelos de cuidados de longa duração: *Modelo baseado no Estado*, o Estado como ator principal na provisão de cuidados de longa duração - financiamento e prestação de serviços; *Modelo baseado no mercado*, os cuidados são providos,



Cristiane A. D. de Araújo

principalmente por sistemas de seguros privados; e o *Modelo baseado na família*, a principal provedora de cuidados –o Estado e o mercado são peças secundárias (Carvalho, M. I. L. B., 2009; Monte Verde et al., 2007).

Este último modelo é adotado pela Espanha, Itália, Argentina, México e Brasil (Carvalho, M. I. L. B., 2009; Monte Verde et al., 2007). Em Cuba, o sistema de saúde e amparo social adota o modelo do Estado como o único provedor (Noronha e Andrade, 2005). Todavia, pesquisas indicam que o idoso permanece junto a família o maior tempo possível, sendo as instituições asilares o último recurso (Mazza e Lefèvre, 2004).

Embora a modalidade de cuidados institucionais ao idoso não seja maioria no mundo, nos países onde existem informações disponíveis sobre a institucionalização (França, Noruega, Dinamarca, EUA e Reino Unido), percebe-se que o número de residentes não é desprezível. Observa-se que os percentuais podem variar em virtude da definição de instituição de cada país (Christophe, 2009).

Nos países desenvolvidos não mais de 12% dos idosos são institucionalizados, e ainda, a proporção de idosos em instituição é sempre menor do que a daqueles que dispõem de cuidadores em seu domicílio. A exceção fica com o Reino Unido, onde as proporções são praticamente equivalentes (Gibson, Gregorio e Pandya, 2003).

Com a multiplicação de programas de atendimento ao idoso na comunidade e em seus lares, a possibilidade de permanência em seu próprio lar até uma idade mais avançada aumenta. Nesse caso, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são destinadas aos indivíduos em idade mais longeva – em torno dos 80 anos, idade essa que apresenta consideráveis perdas cognitivas e funcionais (Born e Boechat, 2006; Desesquelles e Brouard, 2003). Atualmente, com o avanço da medicina, das políticas de prevenção e com a melhoria da qualidade de vida, cresce a expectativa de vida sem deficiências, sendo relegada essa condição para idades mais altas (Gibson, Gregorio e Pandya, 2003).

Analogamente aos outros países, no Brasil, os idosos institucionalizados, em sua maioria, são pessoas nas faixas etárias mais avançadas – 80 anos e mais, a considerada quarta idade (Christophe, 2009; Lima, C. R. V., 2011).

A Política Nacional do Idoso (PNI) brasileira é considerada um avanço sobre a temática – sua abrangência é todo território nacional –, pois, estabeleceu normas de funcionamento dos serviços sociais de atendimento ao idoso. Uma das concepções é a mudança dos padrões nas várias categorias de atendimento, estabelecendo coparticipações, estimulando a integração intersetorial e a responsabilidade conjunta do Estado, da sociedade e da família (Camarano e Pasinato, 2009). Todavia, o modelo de cuidados aos idosos brasileiros, ainda, é baseado na família (Monte Verde et al., 2007). A categorização levou em conta as necessidades dos idosos, sejam elas funcionais, financeiras e ou sociais. A classificação gerou três grupos, variando de acordo com o local de atuação: a) ambiente domiciliar; b) ambiente comunitário; e c) ambiente integral institucional (Diogo e Duarte, 2002).

O ambiente domiciliar objetiva incentivar a permanência do idoso com algum nível de dependência em sua família ou em famílias substitutas.<sup>1</sup>

O ambiente comunitário disponibiliza habitações do tipo “residência em casa-lar” – grupos de idosos que se encontram sozinhos ou afastados de sua família e com renda suficiente para sua manutenção. Neste, funcionam os centros-dia<sup>2</sup> e centros de convivência.<sup>3</sup>

No ambiente integral institucional, os atendimentos são prestados por instituições asilares, preferencialmente para idosos sem família, em situação de fragilidade social. O regime é integral. Subdividem-se em: Modalidade I, direcionada aos idosos autônomos em suas Atividades Básicas da Vida Diária (AVDs),<sup>4</sup> mesmo que necessitem de algum equipamento de autoajuda; Modalidade II, destinada aos idosos dependentes e independentes que precisam de ajuda e cuidados específicos, com acompanhamento e controle adequado de

1 Os idosos realizam atividades associativas, produtivas e de incentivo à sociabilidade.

2 O idoso permanece durante o dia e volta para sua residência à noite (os custos são menores do que os das instituições).

3 Os idosos realizam atividades associativas, produtivas e de incentivo à sociabilidade.

4 Tomar banho; Vestir e tirar as roupas; Realizar sua higiene pessoal; Deitar e levantar da cama; Fazer suas necessidades físicas (urinar e ou evacuar); e Realizar todas as refeições.

profissionais da área da saúde; e Modalidade III, dirigida aos idosos dependentes que precisam de assistência total em, pelo menos, uma AVD (Diogo e Duarte, 2002).

Ainda que a legislação brasileira relativa aos cuidados com o idoso seja considerada por especialistas como bastante avançada, na prática ela se mostra insatisfatória. O papel falho do Estado não está apenas na quantidade de vagas que disponibiliza, mas, sobretudo nas péssimas condições em que se encontram as instituições, por falta de supervisão e fiscalização adequadas (Camarano e Pasinato, 2009). Possibilitando, ainda, o funcionamento de instituições clandestinas.

Uma evolução contida no Artigo 5º do Estatuto do Idoso foi à obrigatoriedade de um contrato de prestação de serviços entre as instituições e os idosos. Às instituições foi concedida a possibilidade da cobrança de contribuições por parte dos idosos, limitada a 70% da sua renda. Este fato habilitou entidades filantrópicas manterem algumas instituições abertas. As quais atendem, em sua maioria, os idosos e as famílias mais carentes.

Políticas de cuidados em instituições de longa permanência não são comuns nos países do hemisfério Sul (Camarano et al., 2004). As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) oferecem majoritariamente os cuidados formais de longa duração.

Nos países em desenvolvimento, culturalmente, não existe o hábito de se recorrer às ILPI como opção de cuidados de longa duração para os idosos (ONU, 2002). Camarano (2007) estimou que, no Brasil, 0,8% (103 000) de idosos eram institucionalizados (Camarano, 2007). Apesar deste pequeno percentual de institucionalização há uma tendência de aumento, pois, o número de instituições destinadas ao acolhimento de idosos no Brasil começou a aumentar a partir da última década do século XX (Pinto e Von Simson, 2012).

Bessa et al. (2012) mencionam que:

“As instituições de longa permanência para idosos assumem a responsabilidade de cuidar quando o idoso perde seus vínculos com sua rede social, dando suporte ou assistindo suas necessidades com a finalidade de melhorar sua saúde e a qualidade de vida”. (Bessa et al, 2012, p. 178).

Com o aumento dos longevos e das consequentes limitações capacitivas da velhice, num contexto de novos arranjos familiares e de aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, as instituições de longa permanência se fazem peças fundamentais no cenário do envelhecimento populacional.

No entanto, atualmente, as políticas públicas brasileiras e natalenses de atenção ao idoso não são eficazes na mitigação de alguns problemas relacionados à vulnerabilidade social dessa população (Carolino, Cavalcanti e Soares, 2010).

Segundo o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (2011), a grande maioria das novas instituições de longa permanência para idosos surgidas são privadas com fins lucrativos (IPEA, 2011). Pouquíssimas são custeadas pelo Estado.

Tal fato também se aplica a cidade do Natal –a média de início de funcionamento das ILPI privadas com fins lucrativos é seis anos–, com exceção da inexistência de ILPI públicas (Araújo, C. A. D., 2013).

Conforme dados de uma pesquisa realizada por C. A. D. Araújo (2013), a maioria das novas ILPI tem natureza privada com fins lucrativos. Hoje, representam 54,5% do total das ILPI (IPEA, 2011). Ao passo, que as ILPI privadas sem fins lucrativos são mais antigas, datando dos anos 40. Em 2012, no total, existiam 12 ILPI em toda a cidade. Por sua vez, estas, abrigavam apenas 389 idosos, grande parte mulheres.

As ILPI natalenses têm vários sistemas de funcionamento. Centros-dia,<sup>5</sup> centros-noite, integral e temporário são oferecidos para atender as necessidades de cada idoso. Obviamente, diretamente proporcional a seu poder aquisitivo.

A quantidade de ILPI, em Natal, é extremamente insuficiente para a demanda. Fato potencializado pela omissão do Estado, que se abstém desta responsabilidade, deixando, principalmente, os idosos vulneráveis e carentes –de baixo poder aquisitivo–, a cargo das instituições sem fins lucrativos, as filantrópicas, as quais são administradas por entidades religiosas.

Problemática constatada pelas longas listas de espera para institucionalização de idosos nestas ILPI. Questão agravada, pelo aumento do volume

5 Idosos que passam somente o dia, voltando para casa a noite.

Cristiane A. D. de Araújo

de idosos em idades avançadas e pela falta de cuidadores familiares.

Apesar da necessidade premente, pouco os governos brasileiro e natalense têm feito para atender, este aspecto, do segmento idoso.

Por outro lado, o governo cubano, o qual abrange também todo seu território, traçou um plano de ação para atender os idosos com *status* de vulnerabilidade social. São competência do Estado todos os serviços de saúde e suporte social (SABE/CUBA, 2005). São públicos e gratuitos, e se encaixam as necessidades de cada grupo de idosos. Sendo um ótimo exemplo para outros países, pois, contemplam várias nuances das demandas existentes.

Com a Revolução de 1959 e a mudança do sistema econômico e político, inicia-se em toda a Cuba uma série de transformações. A estratégia geral de desenvolvimento incluía, entre outras, o desenvolvimento de uma política de saúde universal e gratuita, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (SABE/CUBA, 2005).

Um ponto há de se destacar, os indicadores de saúde e acesso aos serviços médicos e hospitalares cubanos são destaques a nível internacional – com exportação de profissionais médicos para 68 países (Ministerio de Salud Pública [MINSAP], 2011) –, seu caráter universal e gratuito, revelam, que tal condição é possível, mesmo em localidades consideradas de baixo desenvolvimento econômico.

Dentre os programas e estratégias priorizadas pelo Sistema de Nacional de Saúde Cubano (SNSC) se encontra a Atenção Integral ao Adulto Maior (Idosos). Os cuidados de saúde para pessoas idosas se organizam sobre os princípios básicos do SNCS: único, universal e acessível. Esta população recebe atenção integral nos aspectos de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação. Os idosos são reunidos em quatro grupos: a) são; b) em risco de doença; c) com doenças crônicas; e, d) incapacitados. Estes grupos são beneficiados pelos programas e serviços de acordo com suas necessidades (SABE/CUBA, 2005).

Os cuidados de longa duração são responsabilidade do médico e enfermeira da família em conjunto com as Equipes Multidisciplinares de Atenção Gerontológica (EMAG). Estes se classificam em cuidados subagudos e cuidados de longa duração –propriamente ditos–, cuja principal unidade é a instituição social. Ambos se aplicam ao nível

comunitário, institucional (lares de idosos) e hospitalar. Existe ainda uma rede de apoio de serviços social, de saúde e econômicos, em conformidade, com o diagnóstico e a necessidade do idoso. Este programa é custeado pelo Estado (SABE/CUBA, 2005).

Os serviços sociais a comunidade integram serviços básicos (saúde e social), complementares e de excelência (SABE/CUBA, 2005).

Nos serviços básicos, especificamente no âmbito da saúde, salientamos as Casas de Vovós/ Vovôs. Estas, são alternativas não-institucionais para idosos que ficam sozinhos durante o dia e não são capazes de realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Os quais podem apresentar riscos de má nutrição, quedas, depressão, suicídio, entre outros (SABE/CUBA, 2005).

Dentro dos serviços complementares, destacamos o Lar de dia –lugares de anciãos com necessidades sociofamiliares, que precisam de cuidados diurnos e que se apresenta com potencial usuário de instituições em tempo integral–, e o Lar de anciãos –um serviço para idosos em estado de necessidade, cuja situação não se resolveu na comunidade (SABE/CUBA, 2005).

Nos serviços de excelência ressaltamos as viviendas protegidas e ou assistidas, centros gerontológicos abertos que vivem, temporariamente ou parcialmente, adultos maiores com algum grau de incapacidade ou dependência e com uma intervenção interdisciplinar (SABE/CUBA, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde Pública (MINSAP) operava 143 lares de anciãos e 201 casas de vovós/ vovôs, em toda Cuba. Existiam 11 790 leitos nos lares de anciãos –inclusive os administrados pelas igrejas (ONE, 2007).

Os indicadores do envelhecimento populacional vistos no artigo, revelam que esta quantidade, para Havana e Natal, é insuficiente para atender a demanda de idosos que está por vim nas próximas décadas. Portanto, será necessária, maior intervenção e investimento do Estado e das sociedades para suprir esta carência.

## Considerações

Este artigo buscou comparar os indicadores do envelhecimento populacional, e estrutura de suporte institucional e atenção ao idoso de duas cidades, uma no Nordeste brasileiro e outra em Cuba, Natal e Havana, respectivamente. A comparação objetivou caracterizar e encontrar similares e dissimilaridades nessas questões entre as cidades estudadas.

O processo de envelhecimento populacional deve impor um redirecionamento dos arranjos das famílias, em razão das demandas específicas do grupo populacional com idades mais avançadas. A maior expectativa de vida do indivíduo traz, entre outras questões, a perda parcial ou total das capacidades físicas e mentais. Portanto, toda e qualquer localidade deve planejar e prever essa carência, tendo em vista que o processo, segundo projeções, *coeteris paribus*, é irreversível.

Os indicadores do envelhecimento populacional mostraram que, apesar das diferenças, as cidades têm perfis semelhantes de tendência demográfica, o contingente de idosos, entre os dois Censos, aumentou vis-à-vis, a diminuição do peso relativo dos contingentes jovem e adulto. Contudo, Havana, por estar em um estágio de TD mais avançado, apresenta maiores percentuais de idosos em sua população –o número de idosos ultrapassa o de jovens até 15 anos de idade, contabilizando, mais que o dobro da quantidade de Natal–, assim como, maior razão de dependência idosa. Em contrapartida, os indicadores de longevidade foram bem próximos, exprimindo que a composição dos longevos, na população de 60 anos e mais, é similar em ambas às cidades. Questão preocupante, dado a maior possibilidade de limitações severas capacidades, com o incremento de anos de vida;

A este respeito, Havana, apresenta uma experiência estruturalmente bem sucedida, possuindo um mix diversificado de suporte e atenção ao idoso, abarcando um perfil variado de idoso e de família. Onde o Estado é o principal provedor. De outro modo, Natal, bem como, a maior parte das cidades brasileiras, é deficiente neste aspecto. Prevalecendo o cuidado, quase que exclusivo, familiar, e num plano quase inalcançável para maior

parte das famílias, o âmbito do mercado –através das instituições privadas com e sem fins lucrativos. O qual representa um volume irrisório da demanda real total. O Estado, praticamente, se abstém de responsabilidade nos cuidados continuados ao idoso.

A baixa fecundidade, os novos arranjos familiares e a maior participação da mulher no mercado de trabalho, faz-nos visualizar a urgência de uma política de suporte ao cidadão muito idoso, pois, o padrão de cuidados familiar atual tende a não ser suficiente para contemplar a demanda crescente. Mesmo com o arranjo familiar estendido. Sendo, portanto, a institucionalização uma opção cada vez mais realista, devido à baixa oferta de cuidadores familiares e a permanência dos cuidadores domiciliares formais sem supervisão na residência –o que pode acarretar risco de violência contra o idoso.

À luz das diferenças e igualdades das duas cidades, é claro e nítido a necessidade de reorganizar e redefinir as prioridades das áreas públicas que serão mais afetadas pelo aumento da proporção de idosos em idades mais avançadas. O suporte social e atenção ao idoso, saúde e infraestrutura urbana carecem, urgentemente, de investimentos. Por enquanto ainda há tempo, pois tão longo as projeções se confirmem, os gastos em fase emergencial serão muito superiores ao que se teria na fase atual.

Os exercícios de comparações demográficas com cidades tão diferentes culturalmente –respeitando a grandeza populacional e territorial–, faz-nos depreender que a solução pode ser encontrada em conjunto, apesar das diferenças descritas, pois os desafios tendem a serem, basicamente, os mesmos. Modelos bem-sucedidos devem ser difundidos, ajustados culturalmente, e aplicados em outras localidades de forma a promover políticas públicas assistencialistas que visem ao bem-estar e a uma melhor qualidade de vida para a população. Em conjunto aos investimentos das gestões públicas, é necessário programas de conscientização de respeito ao idoso, principalmente, contemplando os operadores dos sistemas públicos assistencialistas e de suporte, de forma a preservar o direito a dignidade humana desse segmento.

## Referências bibliográficas

- Alfonso, J. C., y León, E. M. (2008). *Envejecimiento de la población cubana*. La Habana: CEPDE-ONE.
- Alves, J. E. D. (2011). *A transição da fecundidade no Brasil entre 1960 e 2010. Aparte - Inclusão Social*. Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado de <[http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/art\\_100\\_a\\_transicao\\_da\\_fecundidade\\_no\\_brasil\\_1960\\_2010\\_21nov11.pdf](http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/art_100_a_transicao_da_fecundidade_no_brasil_1960_2010_21nov11.pdf)>. Consultado: 18/01/2013.
- Antunes, A. P. F. (2010). *Adequação da oferta de serviços de saúde e de apoio face às necessidades da população idosa do concelho de Constância*. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Arantes, R. C., Rodríguez, L. L., Fazito, D., e Turra, C. (2013). O envelhecimento populacional e desafios demográficos de Cuba e Brasil: similaridades, diferenças e complementariedades. *Novidades em población*, (5).
- Araújo, C. A. D. de. (2013). *Uma análise sociodemográfica dos cuidadores formais de idosos institucionalizados no município de natal/RN, 2012*. Dissertação de mestrado em Demografia, Programa de Pós-graduação em Demografia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Araújo, C.L.O. et al. (2010). Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *HERE (História da Enfermagem)*. Revista eletrônica [online]. 1 (2), 250-262. Recuperado de [http://www.abennacional.org.br/centrode-memoria/here/here\\_pesquisaano.htm](http://www.abennacional.org.br/centrode-memoria/here/here_pesquisaano.htm)>. Consultado: 23/03/2016.
- Barbosa, L. C. B. (2014). Ícones urbanos na cidade de Natal: arquitetura e desenvolvimento urbano na cidade do sol e mar. 2014 (Tese de Doutorado em Arquitetura e Urbanismo). Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Batista, A. S. et al. (2008). *Envelhecimento e Dependência: desafios para a Organização da Proteção Social*. Brasília: Ministério da Previdência Social, Secretaria de Políticas de Previdência Social.
- Betancourt, R. (s/f). Frente a uma población envejecida, ¿qué necesitan conocer los planificadores y emprender los decisores?
- Bessa, M. E. P. et al. (2012). Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. *Acta paul. Enfermagem*, 25 (2), 177-182.
- Born, T. e Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. Em: Freitas, E. V. de (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1131-1141). (2da Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brito, F. (2007). *A transição demográfica no contexto internacional*. Texto para discussão, Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, nº. 317.
- Câmara Municipal, Natal. (2007). *Plano diretor de Natal: Lei Complementar nº 082, de 21 de junho de 2007*. Recuperado de <[http://www.natal.rn.gov.br/\\_anexos/publicacao/legislacao/leiComplementar\\_082.pdf](http://www.natal.rn.gov.br/_anexos/publicacao/legislacao/leiComplementar_082.pdf)>. Consultado: 23/03/2016.
- Camarano, A. A. (2005). Envelhecimento populacional no Japão num contexto de despovoamento e ocidentalização. Artigo escrito como parte das atividades do estágio de pós-doutorado realizado na Nihon University - Tóquio com o apoio da CAPES, Rio de Janeiro.
- Camarano, A. A. (2007). Instituições de longa permanência e outras modalidades de arranjos domiciliares para idosos. En: Neri, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (169-190). São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC SP.
- Camarano, A. A. et al. (2004). Famílias: Espaço de Compartilhamento de Recursos e Vulnerabilidades. En: Camarano, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (Cap. 5). (137-168). Rio de Janeiro: IPEA. Recuperado de [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_contentview=articleid=5476](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_contentview=articleid=5476)>. Consultado: 30/03/2015.
- Camarano, A. A. e Pasinato, M. T. de M. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. En: Camarano, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (Cap. 8). (253-292) Rio de Janeiro: IPEA. Recuperado de <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_contentview=articleid=5476](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_contentview=articleid=5476)>. Consultado: 30/03/2015.
- Carolino, J.A., Cavalcanti, P. B. e Soares, M. de L. (2010). Vulnerabilidade social da população idosa e a necessidade de políticas de proteção como mecanismo de inclusão social. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 9 (1). Recuperado de <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/viewFile/688/367>>. Consultado: 19/05/2015.
- Carvalho, J. A. M. (2001). Para onde iremos: algumas tendências populacionais no século XXI. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 18 (1/2), 7-13.

- Associação Brasileira de Estudos Populacionais. São Paulo: REBEP.
- Carvalho, M. I. L. B. de. (2009). Modelos de política de cuidados na velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Revista Kairós Gerontologia*. Recuperado de <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/4418/2990>>. Consultado: 30/03/2015.
- Chein, F., Lemos, M. B. e Assunção, J. J. (2007). Desenvolvimento desigual: evidências para o Brasil. *Revista brasileira de economia*, 61(3), 301-330.
- Christophe, M. (2009). *Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* Dissertação de Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais, Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE), Rio de Janeiro, Brasil.
- Clementino, M. do L. M. (1995). Economia e urbanização: o Rio Grande do Norte nos anos 70. Natal: UFRN/CCHLA.
- Clementino, M. do L. M. et al. (2009). Como anda Natal. En: Clementino, M. do L. M. M., e Souza, M. A. de A. (Orgs.). *Como andam Natal e Recife* (pp. 1-88). Rio de Janeiro: Letra Capital Observatório das Metrôpoles.
- Coale, A. J. & Hoover, E. M. (1958). *Population growth and economic development in low-income countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Coyula, M. (2006). La Habana toda vieja. *Temas*, (48), 72-76.
- Desesquelles, A. e Brouard, N. (2003). Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population*, 58 (2), 201-227.
- Diogo, M. J. D., e Duarte, Y. A. de O. (2002). Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. Em: Freitas, E. V. de et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 762-767). Economia cubana. (s/f). [Online]. Recuperado de <<http://www.cuba.com.br/economia/economia-cubana>>. Consultado: 22/03/2016.
- Ferreira, A. R. S., e Wong, L. L. R. (2015). *Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas – Brasil – 2000 a 2015*. Recuperado de <[http://seer.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/259](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/259)>. Consultado: 10/04/2015.
- Gibson, M. J., Gregorio, S.R. e Pandya, S. M. (2003). *Long-term care in developed nations: a brief review*. AARP Public Policy Institute Washington. Recuperado de <[http://assets.aarp.org/rgcenter/health/2003\\_13\\_ltc\\_dv.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/health/2003_13_ltc_dv.pdf)>. Consultado: 07/04/2013.
- Gonçalves, L. H. T. et al. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis. *Texto Contexto Enferm.*, 4 (15), 570-577.
- Gratão, A. C. M. (2010). *Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idoso na comunidade*. Tese de doutorado em Ciências. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (1970). *Censo Demográfico 1970*.
- IBGE. (1980). *Censo Demográfico 1980*.
- \_\_\_\_\_. (1991). *Censo Demográfico 1991*.
- \_\_\_\_\_. (2000). *Censo Demográfico 2000*.
- \_\_\_\_\_. (2010). *Censo Demográfico 2010*.
- \_\_\_\_\_. (2012). *Censo Demográfico 2010: Resultados gerais da amostra IBGE*. Informativo econômico. Ministério da Fazenda. Secretaria de Política Econômica.
- Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). (2011). *Infraestrutura Social e Urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil*. Comunicados do IPEA. Série Eixos do desenvolvimento brasileiro, nº. 93.
- Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (s/f). *Natal RN*. [Online]. Recuperado de <<http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/356/>>. Consultado: 23/03/2016.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). (2008). *Instituições de longa permanência para idosos: caracterização e condições de atendimento*. Curitiba: IPARDES.
- Kane, R. A., & Kane, R. L. (1987). *Long-Term Care: Principles, Programs, and Policies*. New York: Springer Publishing Company.
- Kitchener, M. & Harrington, C. (2004). The U.S. Long-term care field: A Dialectic Analysis of Institution Dynamics. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 87-101. American Sociological Association, Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics. Recuperado de <<http://links.jstor.org/sici?sici=0022-1465%282004%2945%3C87%3ATULCFA%3E2.0.CO%3B2-%23>>. Consultado: 30/03/2015.
- Lima, C. R. V. (2011). Políticas públicas para idosos: a realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. Monografia de especialização em Legislativo e Políticas Públicas. Programa de Pós-graduação do Centro de Formação. Treinamento e Aperfeiçoamento – CEFOR. Câmara dos Deputados. Brasília, Brasil.

Cristiane A. D. de Araújo

- Lima, P. de. (2001). *Natal século XX: do urbanismo ao planejamento urbano*. Natal: EDUFRRN.
- Mazza, M. M. P. R. e Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e sociedade*, 13(3), 68-77. [
- Miller, G. & Ferguson, I. (2009). *Adapting to an aging population*. Canada Mortgage and Housing Corporation. Toronto: Canadian Urban Institute.
- Ministério da Saúde (MS). (2010). Sistema de Planejamento do SUS: uma contribuição coletiva: Plano Nacional de Saúde /PNS 2008/2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento.
- Ministerio de Salud Pública (MINSAP). (2011) *Anuario estadístico de Salud 2010*. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana, Cuba.
- Monteverde, M. et al. (2007). *Estimación de costos globales de la dependencia en países de Latinoamérica y el Caribe*. Washington: Inter-American Development Bank.
- Nazareth, J. M. (2007). *Demografia: A ciência da população*. Lisboa: Editorial Presença. 2da. ed.
- Noronha, K. V. M. e Andrade, M. V. (2005). Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 17(5/6), 411. Recuperado de <[https://www.researchgate.net/profile/Monica\\_Andrade4/publication/255640218\\_Desigualdades\\_sociais\\_em\\_sade\\_e\\_na\\_utilizao\\_dos\\_servios\\_de\\_sade\\_entre\\_os\\_idosos\\_na\\_Amrica\\_Latina/links/5475b8d80cf245eb43710977.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Monica_Andrade4/publication/255640218_Desigualdades_sociais_em_sade_e_na_utilizao_dos_servios_de_sade_entre_os_idosos_na_Amrica_Latina/links/5475b8d80cf245eb43710977.pdf)>. Consultado: 23/03/2016.
- Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). (2003). *Anuario Demográfico de Cuba 2002*. La Habana, Cuba: ONE.
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONE). (2007). *Anuario Estadístico de Cuba 2006*. La Habana: ONE.
- Oficina Nacional de Estadísticas e Información (ONEI). (2012). *Anuario Demográfico de Cuba 2012*. La Habana: ONEI.
- Organização das Nações Unidas (ONU). 2015. *Population ageing and development 2015*.
- ONU. (2002). *Second World Assembly on Ageing, 2002*. Recuperado de <<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/secondworld02.html>>. Consultado: 30/03/2015.
- Paiva, P. de T. A. e Wajnman, S. (2005). Das causas às consequências econômicas da transição demográfica no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 22 (2), 303-322.
- Pasinato, M. T. de M., e Kornis, G. E. M. (2009). *Cuidados de Longa Duração para Idosos: um novo risco para os sistemas de seguridade social*. Texto para Discussão. Rio de Janeiro: IPEA, nº. 1371.
- Paulo, M. G. et al. (2008). Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de deficiência auditiva: influência do uso de próteses auditivas. *Arq. Int. Otorrinolaringologia*, 12 (1), 28-36.
- Pinto, S. P. L. de C., e Von Simson, O. R. de M. (2012). Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: Sumário da Legislação. *Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia*, 15 (1), 169-174.
- Sá, R. M. (2011). Projetos Urbanos na cidade de Natal: a operação urbana Ribeira, suas consequências e atores envolvidos. En *Encontro Nacional da Associação Nacional de pós-graduação e pesquisa em planejamento urbano e regional (ANPUR)*, Rio de Janeiro.
- Saad, P. M. (2004). Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. En: Camarano, A. A. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* (Cap. 6). (169-210). Rio de Janeiro: IPEA.
- Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE/ CUBA). (2005). *Características generales de Cuba y de Ciudad de La Habana*. Cap. 2, 91-116.
- Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Urbanismo (SEMURB). (2012). *Anuário 2011/2012*. Natal, Brasil: Prefeitura Municipal do Natal.
- Tamayo, C. (2009). Movilidad urbana en Bayamo. En: *Taller de Movilidad urbana para desarrollo sostenible*. Bayamo: IPF-CUI.
- Tellechea, L. (2005). Cuidados permanentes de las personas mayores. En: *Reunión de Gobiernos e Especialistas sobre Envejecimiento dos Países da América do Sul*. Buenos Aires, Argentina, 14 -16 de noviembre, 2005. Recuperado de [<[http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LTellechea\\_d.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LTellechea_d.pdf)>]. Consultado: 30/03/2015.
- Telles, J. L. e Borges, A. P. (2012). *O SUS e o processo de envelhecimento populacional*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Recuperado de <http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=3271eidSubCategoria=56>>. Consultado: 19/04/2015.
- Wong, L. L. R., e CARVALHO, J. A. M. de. (2006). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para a saúde pública. *Revista Brasileira de Estudo Populacional*, 23 (1), 5-26.
- Watanabe, H. A. W. e Di Giovanni, V. M. (2009). Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)* [online], 47, 69-71. ISSN 1518-1812. Recuperado de <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122009000200018&lng=es&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200018&lng=es&nrm=iso)>. Consultado: 23/ 03/ 2016.