

# Tendências futuras

© The King's Fund  
Candace Imison  
Novembro de 2012

Tradução: Portal Proqualis.net  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e  
Tecnológica em Saúde  
Fiocruz  
2013

## Sumário

O *King's Fund* está lançando um novo programa de trabalho para estimular o debate sobre as mudanças necessárias para que os serviços de assistência social possam enfrentar os desafios futuros. Nosso programa *Time to Think Differently* tem por objetivo gerar uma nova forma de pensar sobre as maneiras de enfrentar esses desafios e promover uma transformação nos serviços prestados aos pacientes. Para assegurar que este trabalho se baseie num claro entendimento das questões que provocarão as mudanças, fizemos uma revisão de algumas das mais importantes tendências e fatores que, do nosso ponto de vista, irão afetar os serviços de assistência social nos próximos 20 anos.

Neste trabalho, apresentamos um sumário desses fatores e suas principais implicações. Não exploramos profundamente as consequências das formas de prestar o cuidado de saúde. Objetivamos, em vez disso, que essas ideias sirvam como um estímulo e uma base de evidências para o debate e o pensamento futuros. Você poderá encontrar uma análise abrangente dos fatores que impulsionam mudanças nos serviços de assistência social no nosso sítio na internet ([www.kingsfund.org.uk/think](http://www.kingsfund.org.uk/think)). Esperamos que esta análise sirva como um recurso valioso para apoiar os formuladores de políticas e os líderes dos serviços de assistência social a formularem um pensamento estratégico de longo prazo sobre o que precisa mudar em tais serviços.

## Contexto global

*Nossa análise sugere um ambiente de incertezas que poderia gerar uma série de “choques”, tanto positivos como negativos.*

Em todo o mundo, o conhecimento e a capacidade tecnológica estão em rápido crescimento, gerando uma ampla gama de oportunidades para inovação e melhoria. No entanto, a curto e médio prazo, o ambiente econômico enfrenta dificuldades. A União Europeia está passando por algumas das mais importantes dificuldades econômicas desde a Grande Depressão, e o caminho para a recuperação está coberto de incertezas devido à atual crise na zona do Euro (Sparrow et al., 2012). Enquanto isso, o poder econômico está passando do Reino Unido e de outros países desenvolvidos para as economias emergentes: Brasil, Rússia, Índia, China (BRIC). A revista *The Economist* (2012) estimou que, entre 2007 e 2012, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita do Reino Unido caiu em mais de 5%, enquanto o da China cresceu 50%. Ameaças à segurança, como atos terroristas, ataques contra o ciberespaço britânico ou crises militares internacionais, não dão sinais de diminuição (BBC, 2010).

A médio e longo prazo, há importantes problemas ligados à sustentabilidade devido à escassez de recursos fundamentais, como os combustíveis fósseis e os elementos raros, e ao aumento da temperatura global, cujas consequências econômicas e sociais são difíceis de prever. Uma estimativa sugere que em 2050, em razão da desertificação e do aumento do nível dos oceanos (Stern, 2006), haverá 200 milhões de refugiados permanentemente deslocados. Por fim, a população global está envelhecendo, o que faz com que muitos países tenham que repensar os modelos tradicionais de seguridade social e aposentadoria. Entre 2012 e 2050, a proporção de pessoas em todo o mundo com idade acima de 60 anos irá duplicar, passando de 11% para 22% (United Nations Population Fund and Help Age International, 2012).

## Contexto financeiro

*As atuais projeções de gastos sugerem importantes pressões financeiras sobre os serviços nos próximos 20 anos.*

A súbita diminuição do crescimento das receitas e do investimento em serviços de assistência social domina o horizonte atual. Depois de um período de relativa abundância (de 2000 a 2010), durante o qual o *National Health Service* (NHS) britânico teve taxas de crescimento reais de 7%, espera-se um crescimento próximo de zero nos próximos cinco anos, e os orçamentos dos serviços sociais terão de enfrentar cortes anuais na maior parte das regiões. Muitos prestadores de serviços de assistência social já mostram sinais de dificuldades financeiras, e a constante pressão sobre os orçamentos provavelmente irá piorar a situação. É difícil enxergar além disso; porém, tudo indica que a austeridade irá continuar.

O *Office for Budget Responsibility* (OBR), organismo independente encarregado de fazer previsões econômicas governamentais, calculou que, de 2012 a 2016/17, a proporção do PIB gasta na saúde cairá de 8% para 7% devido às atuais restrições fiscais (Office for Budget Responsibility, 2012). O OBR sugere que o financiamento deverá, então, subir de 7% para 8% do PIB até 2032 para conseguir fazer frente às pressões previstas, resultantes das mudanças demográficas. No entanto, muitos outros fatores poderão aumentar os custos da saúde a uma taxa mais elevada que a inflação geral. Tradicionalmente, o NHS contou com 4% de crescimento real ao ano para lidar com essas pressões. Essa inflação nos custos dos insumos reduz a produtividade líquida. O OBR calculou que, se a produtividade do NHS seguir a recente tendência de queda de 0,2% ao ano, os gastos com saúde terão de crescer para praticamente 11% do PIB até 2032. O OBR sugere que nenhuma dessas previsões é sustentável em termos fiscais (Office for Budget Responsibility, 2012). Nossos cálculos indicam que seriam necessários mais £34 bilhões em ganhos de produtividade entre 2014/15 e 2032 para cobrir as previsões de gastos centrais do OBR (Appleby, 2012). Até mesmo a hipótese básica de um aumento nos gastos para 8% do PIB, segundo o OBR, exigiria (juntamente com suas outras hipóteses básicas) aumentos de impostos ou reduções em outras áreas das despesas públicas para evitar níveis insustentáveis de dívida pública (Appleby, 2012).

Como veremos a seguir, provavelmente haverá muitas pressões sobre as despesas de saúde e sociais, advindas tanto do aumento da demanda como das novas oportunidades de diagnóstico e tratamento. Um dos desafios que enfrentamos ao tentar prever a demanda futura é a incerteza em relação ao impacto real dessas pressões. Ao calcular os custos de longo prazo dos serviços sociais, a *Commission on the Funding of Care and Support* produziu uma série de cenários de demanda futura baseados em diferentes hipóteses sobre as futuras taxas de incapacidade. O cenário pessimista previu um aumento de 14% nos custos, e o cenário otimista previu uma redução de 14%, presumindo-se uma queda de 1% ao ano nas taxas específicas de incapacidade por idade e gênero (Commission on Funding of Care and Support, 2011).

## Demografia

*Envelhecimento populacional com impacto incerto sobre os serviços e a sociedade.*

Uma das mais profundas influências sobre os serviços de assistência social futuros é a mudança demográfica em nossa sociedade. A população da Inglaterra está envelhecendo. Os meninos nascidos em 1901 tinham uma expectativa de vida de 45 anos, e as meninas, de 49 anos. Em 2012, espera-se que os meninos vivam 79 anos, e as meninas, 83 (House of Commons, 1999). Estima-se que a expectativa de vida cresça mais quatro anos para ambos os sexos durante os próximos 20 anos (Office for

National Statistics, 2010). As tendências atuais também sugerem que a expectativa de vida saudável está crescendo na mesma medida que a expectativa de vida. Dessa forma, as pessoas serão mais longevas e viverão mais anos livres de doença (Office for National Statistics, 2012d). Existem, porém, importantes diferenças sócio-demográficas. Além de terem uma expectativa de vida mais baixa, as populações desfavorecidas passam uma maior parte da vida com problemas de saúde.

O aumento na expectativa de vida, associado à queda nas taxas de fertilidade, está provocando mudanças significativas na estrutura etária da população e um rápido crescimento no número de pessoas idosas (Office for National Statistics, 2012b). Essa mudança é amplificada pela geração do “baby boom”, nascida pouco após a Segunda Guerra Mundial, que está entrando agora na terceira idade. Até 2032, espera-se que o número de pessoas com mais de 65 anos cresça em mais de um terço, passando de 9 para 13,5 milhões (39%), e que o número de pessoas com mais de 85 anos duplique, passando de 1,3 para 2,6 milhões (106%) (Office for National Statistics 2012a). Muitas pessoas idosas viverão sozinhas. As previsões atuais sugerem que o número de pessoas com mais de 65 anos vivendo sozinhas crescerá de 3 para 4,8 milhões até 2033 (Communities and Local Government 2010).

Além de envelhecer, a população está se tornando mais diversificada. As populações étnicas representarão 15% da população do Reino Unido e 37% da população de Londres em 2031 (Wohland et al., 2010). A imigração para o Reino Unido tem se mantido estável há vários anos, em quase 600.000 pessoas por ano, e a migração líquida (imigração menos emigração) tem flutuado em torno de 200.000 pessoas por ano desde 2001. No total, a população na Inglaterra irá crescer em quase 8 milhões nos próximos 20 anos: espera-se que a migração líquida contribua com 3,5 milhões e que o crescimento natural (nascimentos menos mortes) contribua com outros 4,5 milhões (Office for National Statistics, 2011).

Uma questão ainda não respondida diz respeito ao impacto que essa mudança demográfica em direção a uma idade mais avançada terá sobre a sociedade. Como discutido acima, alguns modelos econômicos sugerem que o impacto financeiro do envelhecimento, por si só, será relativamente modesto (WRVS, 2011). Entretanto, pessoas com mais de 85 anos são as principais consumidoras dos serviços de assistência social, além de receberem um montante considerável de cuidado informal (Ham et al., 2012). Ao observarmos os determinantes mais amplos da saúde e dos padrões de doença, notamos que o impacto financeiro será maior do que o sugerido por esses modelos. Também existe uma importante incerteza com relação à função desempenhada pelos idosos na sociedade dentro de 20 anos. Grupos de defesa de pessoas idosas argumentam que esse grupo populacional poderá desempenhar funções econômicas e sociais mais ativas (Thane, 2012). Muito dependerá da saúde da população ao chegar à terceira idade.

## Determinantes da saúde e da incapacidade

*O contexto econômico futuro lança uma sombra sobre as melhorias recentes.*

A nossa saúde é determinada por uma interação complexa entre características individuais, estilo de vida e o ambiente físico, social e econômico. O ambiente físico é importante, mas o ambiente social e econômico, a renda e o nível educacional têm, de longe, o impacto mais significativo sobre nossa saúde. Há diferentes estimativas sobre a contribuição relativa dos diferentes fatores, particularmente no que diz respeito ao papel do ambiente e do comportamento individual. Todos concordam que o cuidado de saúde é responsável por menos de 50% do estado de saúde de uma população (Bunker et al., 1995; McGinnis et al., 2002; Kuznetsova et al., 2012).

Melhores índices de escolaridade, de condições de trabalho e de vida e maior acesso a espaços verdes sugerem um impacto positivo sobre a saúde da população. Os recentes aumentos nos índices de escolaridade são particularmente significativos, tendo em vista seu conhecido impacto sobre o estado de saúde. Em meados da década de 1990, os estudantes vindos das famílias de maior renda tinham três vezes mais probabilidade de participar da educação superior do que aqueles vindos de famílias de renda mais baixa. Em 2009/10, essa probabilidade era apenas duas vezes maior (Higher Education Funding Council for England, 2010). Quatro anos adicionais de educação reduzem em 16% as taxas de mortalidade em cinco anos (Cutler et al., 2006).

Entretanto, o contexto econômico atual lança uma sombra sobre essas melhorias. A recessão mais profunda desde a década de 1930 trouxe ameaças consideráveis ao bem-estar individual e familiar, especialmente para aqueles que convivem com a insegurança no emprego, o desemprego ou as reduções de salários e benefícios. Pesquisas recentes sugerem que os cortes na seguridade social provavelmente colocarão 269.000 famílias em graves dificuldades financeiras (St Mungo's et al., 2012). Tendo em vista o piorado contexto econômico, não está claro se a atual trajetória crescente da escolaridade e das condições de habitação será sustentada. Isso tem importantes implicações para as desigualdades atuais em saúde e reduz a probabilidade de que a atual diferença de expectativa de vida entre ricos e pobres seja reduzida.

O sistema de saúde também terá de responder às diferentes necessidades geradas pelas mudanças climáticas, dentre elas as exacerbações de doenças crônicas. A escala dessas mudanças provavelmente será modesta a curto e médio prazo, mas existe um alto grau de incerteza nas previsões de mais longo prazo (Department for Environment, Food and Rural Affairs, 2012). Os efeitos mais amplos das mudanças climáticas, associados a uma crescente escassez de recursos, provavelmente terão um

efeito maior no médio prazo. O impacto deverá ser sentido de forma mais intensa por pessoas idosas de baixa renda, para as quais os aumentos no preço da energia e dos alimentos poderiam ter importantes consequências de saúde.

## Comportamentos saudáveis

*As atuais tendências comportamentais sugerem que as desigualdades em saúde poderão piorar.*

Existem consideráveis oportunidades para melhorar a saúde da população se as pessoas adotarem comportamentos mais saudáveis. A prevalência da obesidade cresceu de 15% em 1993 para 26% em 2010 (NHS Information Centre, 2012). Algumas previsões sugerem que, em 2035, 46% dos homens e 40% das mulheres serão obesos, resultando em mais de 550.000 casos de diabetes e em cerca de 400.000 casos adicionais de doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) (Wang et al., 2011). Um dado mais positivo é que as taxas de tabagismo caíram para cerca de 20%, mas a taxa de declínio é lenta, de apenas 0,4% ao ano, sendo ainda mais lenta nos grupos mais desfavorecidos. Dentre as pessoas que têm ocupações manuais, 28% ainda fumam, em comparação com 13% dentre as ocupações não-manuais (Office for National Statistics, 2012c). O tabagismo é uma das principais razões para as diferenças de expectativa de vida entre ricos e pobres (NHS Information Centre, 2012b).

Os grupos mais desfavorecidos também têm maior probabilidade de adotar uma série de comportamentos não saudáveis – tabagismo, etilismo, baixo consumo de frutas e hortaliças, baixos níveis de atividade física. A proporção de pessoas que adotam três ou quatro comportamentos não saudáveis caiu de aproximadamente 33% em 2003 para 25% em 2008. No entanto, essas reduções ocorreram principalmente entre grupos de maior nível socioeconômico e educacional. Em 2008, pessoas sem qualificações tinham cinco vezes mais probabilidade de participar de todos esses quatro comportamentos do que pessoas com educação superior. Em 2003, a diferença era de apenas três vezes (Buck & Frosini, 2012).

Uma análise das atitudes das pessoas em relação à sua saúde e à adoção de comportamentos saudáveis sugere que apenas 40% da população é altamente motivada a adotar um estilo de vida saudável; os 60% restantes têm uma atitude mais negativa e fatalista em relação à saúde (Department of Health, 2012). As pessoas com atitudes mais negativas tendem a vir de áreas mais desfavorecidas. Se as atuais tendências e atitudes se mantiverem, a população apresentará uma grande carga de doenças evitáveis no futuro, e as desigualdades em saúde provavelmente crescerão.

Temos um quadro mais otimista ao examinarmos o comportamento dos jovens. Nos últimos dez anos, foram observadas quedas significativas nas taxas de etilismo, tabagismo e uso de drogas entre jovens (NHS Information Centre, 2012a). As taxas de obesidade também estão caindo, e a atividade física está aumentando, em grande parte devido à maior prática de atividades na escola. Entretanto, 80% das crianças ainda têm uma dieta ruim e não consomem a quantidade recomendada de frutas e hortaliças (Department for Environment, Food and Rural Affairs, 2011).

## Padrões futuros de doença e incapacidade

*Espera-se um crescimento significativo das doenças e múltiplas comorbidades crônicas.*

No século passado, observou-se uma transição das doenças comunicáveis, como a tuberculose e a febre tifoide, para as não-comunicáveis, como o câncer e as doenças cardíacas. Isso, associado ao contínuo declínio nas taxas de mortalidade e ao crescimento na expectativa de vida, fez com que as doenças passassem a ser, de modo geral, algo com o qual as pessoas vivem, em vez de algo do qual elas morrem. Nos próximos 20 anos, o número de pessoas com certas doenças irá duplicar; por exemplo, o número de pessoas que tiveram câncer e sobreviveram. Até 2030 haverá um aumento de 100% no número de pessoas com artrite, chegando a 17 milhões (Arthritis Care, 2012), e prevê-se que o número de pessoas idosas que precisarão de cuidados crescerá em 61% (Wittenberg et al., 2011).

Para muitas pessoas, isso significará viver com mais de uma doença ou problema de saúde. Até 2018, o número de pessoas com três ou mais doenças de longo prazo deverá crescer de 1,9 milhão (2008) para 2,9 milhões (2018) (Department of Health, 2012). Três fatores principais estão provocando o crescimento antecipado no número de pessoas com doenças crônicas e incapacidade: o maior número de pessoas idosas, fatores de risco como obesidade e inatividade e a nossa crescente capacidade de tratar doenças.

A população continua a conviver com o risco de doenças comunicáveis. O número de pessoas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua a crescer (Health Protection Agency, 2011), e as bactérias resistentes a antibióticos têm o potencial de minar a efetividade dos medicamentos que hoje são efetivos (ECDC/EMA, 2009).

No caso de muitos grupos de doenças, como as doenças cardíacas, também existem gradientes sociais claros em termos de sua prevalência e incidência: as populações desfavorecidas sofrem de mais doenças e mais comorbidades. Por

exemplo, a presença de transtornos de saúde mental acompanhou o aumento no número de alterações orgânicas, e esse aumento foi muito maior entre pessoas mais desfavorecidas. Uma análise feita pelo *King's Fund* sobre os determinantes mais amplos da saúde e dos comportamentos saudáveis sugere que essas desigualdades em saúde provavelmente irão piorar, em vez de melhorar, nos próximos 20 anos.

Os avanços médicos continuarão a oferecer novas opções terapêuticas. No entanto, o maior impacto sobre a saúde da população no futuro e a maior oportunidade de reduzir a carga de doenças crônicas virão de mudanças no estilo de vida da população, apoiadas por uma gestão mais efetiva das doenças crônicas e por medidas de prevenção secundária.

## Avanços médicos

*O ritmo da inovação é impressionante, mas o modelo futuro de financiamento está ameaçado.*

O ritmo da inovação na genética, na biotecnologia, na ciência dos materiais e na bioinformática tem sido impressionante. A inovação já trouxe benefícios a pacientes com patologias como o câncer e as doenças cardíacas, e agora traz novas esperanças a pessoas com doenças neurodegenerativas, como a esclerose múltipla e a doença de Parkinson. Há quem preveja que teremos novas terapias capazes de curar o câncer ou de interromper a progressão da demência, mas a escala de tempo na qual isso poderá ocorrer é muito incerta.

O sequenciamento genético de baixo custo, o mapeamento do genoma, exames com biomarcadores e as terapias-alvo são alguns dos avanços que poderiam permitir aos profissionais oferecer informações de saúde adaptadas a cada paciente e criar tratamentos personalizados para melhorar os resultados do cuidado (Cho et al., 2012). A medicina da precisão irá revolucionar a nossa capacidade de prever, prevenir, monitorar e tratar uma ampla gama de doenças, desde a hemofilia até o câncer, melhorando radicalmente os resultados do cuidado e a saúde geral da população (Couzin-Frankel, 2011; Ioannidis et al., 2011). Seis em cada dez pessoas provavelmente sofrerão de uma doença que é, ao menos em parte, determinada geneticamente (Hayden, 2012). Os avanços na criação de medicamentos e terapias-alvo terão implicações para o desenvolvimento dos produtos farmacêuticos – reduzindo o tempo necessário para que os tratamentos cheguem ao mercado, mas reduzindo também o conjunto de pacientes elegíveis e os lucros em potencial. Essa faca de dois gumes poderá reduzir a velocidade com a qual os novos tratamentos seriam utilizados de forma generalizada.



Existe um ímpeto crescente para prestar o cuidado de saúde à distância, através de videoconferências baseadas na transferência digital de informações clínicas. Isso poderia incluir sistemas remotos de monitoramento na terapia intensiva, alguns dos quais já em uso nos Estados Unidos, permitindo aos hospitais prestar cuidados intensivos utilizando profissionais que observam os pacientes ao longo de múltiplas unidades de terapia intensiva a partir de uma única localidade remota (New England Healthcare Institute, 2007). Prevê-se um crescimento significativo no uso de tecnologias domiciliares que ajudem as pessoas e seus cuidadores a gerir as doenças de longo prazo. Os procedimentos cirúrgicos auxiliados pela robótica também estão crescendo rapidamente: passaram de 80.000 em 2007 para 205.000 em 2010 (Barbash & Glied, 2010).

Avanços nos métodos diagnósticos e nos dispositivos médicos, que levarão a reduções de custo e tamanho, deverão melhorar ainda mais os resultados e permitir que uma maior proporção do cuidado seja prestada fora do ambiente hospitalar. Avanços na administração de medicamentos, inclusive pelo uso de microchips, estão reduzindo os erros de medicação e melhorando a eficácia (Manias, 2011). O desafio para o NHS é apoiar essa inovação e aproveitar seus benefícios, considerando-se as grandes restrições orçamentárias. Nos últimos 20 anos, as despesas totais com medicamentos aumentaram de £2,3 para £12,3 bilhões (NHS Information Centre 2011b). É improvável que esse crescimento possa ser sustentado.

O desafio é assegurar que a inovação ofereça um valor real ao NHS e não signifique apenas fazer mais coisas para mais pessoas. Por exemplo, a experiência na área cirúrgica mostra que a redução do trauma associado à cirurgia, ao mesmo tempo em que melhorou os desfechos clínicos e reduziu o tempo de internação, aumentou a gama de pacientes elegíveis, elevando, assim, a atividade geral. Existe um risco real de que os avanços diagnósticos, especialmente com o advento de mais exames domiciliares, aumentem a demanda, em vez de ajudar a supri-la.

## Tecnologia da informação

*A tecnologia da informação oferece grandes oportunidades para melhorar os serviços de assistência social, mas não está claro se essas oportunidades serão aproveitadas.*

A tecnologia da informação possivelmente representará a maior oportunidade de melhorar a produtividade dos serviços de assistência social e de reduzir a pressão gerada por um orçamento restrito e uma demanda crescente.

A capacidade de processamento e armazenamento de dados dos computadores continua a crescer exponencialmente na era do “Big Data” (Brown et

al., 2011). Ao mesmo tempo, novos instrumentos, sensores e telas permitirão que todos acessem os dados em qualquer lugar e a qualquer momento – é a chamada computação ubíqua (Leading Edge Forum, 2008). Até 2032, todos deverão conseguir acessar a internet em qualquer lugar. Nos serviços de assistência social, haverá novas oportunidades para captar, transmitir e interpretar sinais vitais e outras informações, tanto na atenção domiciliar como em outros ambientes de cuidado.

O impacto da mídia social e da internet sobre os serviços de assistência social deverá crescer, especialmente quando associado a uma maior transparência nas informações sobre serviços e resultados. Os pacientes e médicos já utilizam meios de comunicação sociais, como o Twitter e o Facebook, para apresentar problemas médicos e pedir ajuda na busca de diagnósticos. Pesquisadores reúnem dados de “multidões” [crowds] de pacientes para adquirir novos conhecimentos sobre sua condição. A PatientsLikeMe — uma rede social baseada em dados — realizou, de longe, a maior quantidade de estudos de saúde baseados no *crowdsourcing*<sup>1</sup> até agora; mais de um milhão de usuários com doenças raras está inscrito na rede (Patients Like Me, 2012).

Nos serviços de assistência social, os aplicativos (apps) têm uma série de utilidades. Eles desempenham um papel fundamental no empoderamento dos usuários e no apoio aos profissionais. Em abril de 2012, a *App Store* da Apple oferecia mais de 13.600 aplicativos relacionados à saúde (Miller, 2012). Nos serviços de assistência social, a internet e a comunicação digital oferecem novas formas de comunicação com os pacientes e os usuários; entretanto, alguns dos pacientes mais necessitados ainda não são capazes de aproveitar esses avanços, embora tais desigualdades estejam sendo sanadas com bastante rapidez. As pessoas idosas são o grupo de internautas que mais cresce (Ofcom, 2012).

A tecnologia da informação tem sido, e provavelmente continuará a ser, o motor das mudanças na relação entre profissionais e pacientes. A tecnologia pode colocar mais poder nas mãos dos usuários dos serviços. O desafio será desenvolver serviços que reconheçam as diferentes capacidades e inclinações das pessoas para tomar esse poder nas próprias mãos. As novas tecnologias também questionarão os atuais processos de cuidado e modelos de negócios na saúde. Podemos esperar que a prestação do cuidado de saúde transcenda as fronteiras geográficas locais e nacionais,

---

<sup>1</sup> O termo “*crowdsourcing*” refere-se a um conceito relativamente recente que engloba muitas práticas. Após extensa análise, Estellés e colaboradores cunharam uma definição abrangente do termo, resumida a seguir: *crowdsourcing* é um tipo de atividade participativa online na qual um indivíduo, instituição, organização sem fins lucrativos ou empresa propõe a um grupo de indivíduos variado em seu conhecimento, tamanho e heterogeneidade, a realização de uma atividade voluntária, de complexidade variável, através de uma convocação aberta. Mais detalhes podem ser encontrados em: <http://jis.sagepub.com/content/38/2/189.full>. Fonte: Estellés-Arolas, Enrique; González-Ladrón-de-Guevara, Fernando (2012), “Towards an Integrated Crowdsourcing Definition”, *Journal of Information Science* 38 (2): 189–200.

pois os profissionais de saúde já não precisarão estar na mesma localização geográfica dos pacientes para gerir o cuidado. A tecnologia da informação também influenciará as formas pelas quais os profissionais gerem e utilizam o conhecimento e modificará o treinamento desses profissionais.

## A força de trabalho

*A força de trabalho está preparada para o futuro?*

Para que a tecnologia possa promover uma mudança significativa na produtividade, a força de trabalho dos serviços de assistência social precisará de habilidades e competências adequadas para abraçar a nova tecnologia e dar apoio às novas formas de trabalhar. Um fator crucial será o tipo de envolvimento dos futuros profissionais desses serviços com os usuários que recebem o cuidado. O paciente/usuário é o membro mais importante de qualquer equipe multidisciplinar. A tarefa de equipar a força de trabalho para o futuro não é algo que possa ser deixado para os programas curriculares futuros. A maior parte dos profissionais que trabalharão nos serviços de assistência social dentro de dez anos já trabalha nesses serviços hoje.

Além de uma possível inadequação de competências, existem inadequações numéricas potencialmente significativas na força de trabalho, causadas por restrições educacionais e orçamentárias. As estimativas atuais sugerem:

- um possível excesso de 2.000 médicos especialistas em 2020 (Centre for Workforce Intelligence, 2012);
- uma possível escassez de 40.000 a 100.000 enfermeiros em 2021 (Royal College of Nursing, 2011);
- a força de trabalho para os serviços sociais destinados a adultos terá de crescer em 1 milhão de pessoas até 2025 para que seja possível manter os padrões atuais dos serviços (Skills for Care, 2010).

Essas discrepâncias sugerem que, se não forem tomadas novas medidas, a força de trabalho dos serviços de assistência social não conseguirá atender à demanda crescente de forma efetiva. A maior mobilidade internacional e o aumento da demanda por profissionais de saúde em todo o mundo poderão acelerar o êxodo para países que ofereçam melhor pagamento, condições e oportunidades de progresso, reduzindo nossa capacidade de recrutar profissionais treinados fora do Reino Unido. As previsões para a força de trabalho de enfermagem sugerem que essa é uma área de alto risco (Royal College of Nursing, 2011).

Há menos dados que sugiram a possibilidade de escassez na oferta de profissionais menos qualificados. Nesse caso, a principal limitação provavelmente será o financiamento futuro, especialmente diante do fato de que, para melhorar o nível dos serviços, os salários terão de aumentar. Será que conseguiremos custear a força de trabalho social de que precisamos, sobretudo tendo em vista que as fontes de cuidado informal estão se reduzindo ao mesmo tempo em que a demanda futura das pessoas idosas se expande de forma desproporcional?

## Atitudes e expectativas da população

*Existe uma demanda crescente por serviços. Ao mesmo tempo, há um forte apoio a um NHS “justo”. A situação será sustentável?*

O público está se tornando mais exigente em relação aos profissionais de saúde e busca um maior envolvimento nas decisões relativas ao seu cuidado (Economist Intelligence Unit, 2009). Dignidade, respeito e aspectos relacionais do cuidado são os principais motivadores da satisfação com os serviços de assistência social (King's College London & The King's Fund, 2011). Há bastante espaço para melhoria nesse aspecto do cuidado no âmbito do NHS, e ainda mais nos serviços sociais. Os serviços de assistência social terão de prestar muita atenção aos aspectos relacionais do cuidado, particularmente à dignidade e ao respeito, se desejam atender às expectativas públicas.

O NHS é um elemento muito valorizado na vida da população inglesa e não há indícios de que seu valor enquanto instituição esteja diminuindo na opinião pública, embora a satisfação com o NHS tenha caído recentemente de 70% para 58% (National Centre for Social Research, 2012). A maior parte da população apoia atualmente o modelo de serviços de saúde financiados por impostos, gratuitos para todos, e enxerga a saúde como uma área que deve ser priorizada nas decisões orçamentárias do governo. Em 2011, 68% da população escolheram a saúde como sua primeira ou segunda prioridade para gastos adicionais por parte do governo (National Centre for Social Research, 2012). A justiça na prestação de serviços também é altamente valorizada: 73% das pessoas concordam que os tratamentos só devem ser disponibilizados no NHS se estiverem disponíveis para todos, independentemente do local de residência, e 73% se opõem à ideia de que o NHS “só esteja disponível para a população de renda mais baixa” (National Centre for Social Research, 2012). A curto e médio prazo, a pressão pública para proteger o financiamento do NHS provavelmente continuará. No entanto, as menores taxas de satisfação e o menor apoio ao investimento na seguridade social por parte das populações mais jovens poderão fazer com que os altos níveis de apoio ao NHS observados na atualidade não se sustentem. Por outro lado, talvez exista um maior apoio à prestação de cuidados sociais, à medida

que uma parcela crescente da população tenha experiências diretas e indiretas com os serviços sociais e os valorize.

## O futuro – um alerta de saúde

É muito tentador usarmos uma tendência passada como base para previsões futuras. No entanto, as tendências só representam padrões de mudança até o momento e não dão nenhuma certeza sobre o futuro. Por exemplo, do final dos anos 1980 até o início da década de 2000, o número de nascimentos a cada ano estava caindo, e poderíamos muito bem esperar que continuassem a cair, ou que ao menos se mantivessem estáveis. As mulheres na Inglaterra tinham famílias menores e muitas delas postergavam a formação de uma família enquanto cuidavam da carreira. No entanto, o número de nascimentos cresceu de forma estável a partir de 2003, uma vez que mulheres nascidas fora do Reino Unido e estabelecidas recentemente no país tiveram filhos, formando famílias mais numerosas do que as mulheres nascidas no Reino Unido (Office for National Statistics, 2012b).

Também é fácil interpretar uma tendência de forma incorreta. Já foi sugerido que o crescimento previsto no número de mortes por ano ao longo dos próximos 20 anos criará novas pressões financeiras sobre os hospitais. No entanto, essa interpretação perde de vista o fato de que o número de mortes por ano tem caído de forma estável desde o início da década de 1980. Espera-se que o número de pessoas mortas em 2032 seja mais baixo que em 1984.

Por último, nenhuma tendência existe isoladamente; as tendências interagem, sendo difícil de prever seu real impacto. Por exemplo, o número de pessoas com uma doença ou incapacidade está ligado a uma ampla gama de fatores, que incluem o estilo de vida, as circunstâncias socioeconômicas, o perfil de risco genético de uma população e sua idade, além do cuidado de saúde recebido. O número de pessoas com diabetes do tipo 2 dentro de 20 anos dependerá das tendências de obesidade e atividade física e dos novos tratamentos. Por exemplo, se os tratamentos desenvolvidos através da pesquisa com células-tronco conseguirem enfrentar o problema da deficiência e da resistência à insulina, que são características essenciais do diabetes do tipo 2, o número de pessoas que sofrem da doença poderá cair.

Todo o material apresentado aqui deve ser examinado nesse contexto — especialmente a linha do tempo incluída ao final do artigo. Este trabalho apresenta diversas possibilidades futuras, ou, na verdade, alguns elementos do futuro. Quando o futuro se tornar o presente, é provável que seja muito diferente. Entretanto, acreditamos que um melhor entendimento sobre alguns desses cenários futuros pode

ajudar as organizações de saúde e sociais a se prepararem melhor para o que há por vir e a tomarem melhores decisões a curto prazo.

Os motores de mudança descritos não atuam isoladamente; pelo contrário, são muito interdependentes. A interação entre eles abre a possibilidade para muitos cenários distintos no futuro dos serviços de assistência social.

## Conclusão

Os serviços de assistência social da Inglaterra estão entrando num período de grandes desafios e oportunidades.

Os avanços médicos e tecnológicos podem provocar uma mudança na prestação do cuidado de saúde. As grandes instituições impessoais dariam lugar a outros ambientes terapêuticos, centrados no domicílio do usuário. As mudanças sociais e tecnológicas poderiam ajudar os profissionais a formar parcerias colaborativas com aqueles que recebem o cuidado, com consequentes benefícios para a qualidade da relação terapêutica. Um foco muito mais forte na prevenção e no apoio à melhoria do estilo de vida da população, particularmente entre os mais desfavorecidos, poderia trazer ganhos significativos de saúde e ajudar a desfazer as atuais desigualdades em saúde. As pessoas idosas, em vez de representarem um peso para a sociedade, poderiam fortalecer as comunidades locais e trazer benefícios econômicos líquidos. Tudo isso é possível.

Entretanto, pressões financeiras sem precedentes, que atuarão a curto e médio prazo, podem ameaçar a viabilidade de muitos prestadores de serviços de assistência social nos setores público, privado e voluntário, e as pressões na economia como um todo podem ameaçar o bem-estar de uma boa parte da população. Se as expectativas das pessoas não forem atendidas, poderá haver um declínio considerável nas taxas de apoio ao NHS. Os profissionais poderão se ver cada vez mais sobrecarregados e, se não tiverem as competências necessárias, podem se afastar dos pacientes. O uso de novas tecnologias pode despersonalizar ainda mais o cuidado. O modo como os prestadores e gestores responderão a esses desafios será crucial para o futuro apoio público a um sistema de saúde universal financiado pelos impostos e para qualquer reforma futura dos serviços sociais.

Para além dos próximos cinco anos, o crescimento esperado no número de pessoas com doenças e incapacidade é preocupante. O imperativo de gerar valor a partir de cada libra investida nos serviços de assistência social provavelmente nunca será maior que nos próximos 20 anos. A inovação não pode se restringir a fazer mais coisas para mais pessoas. Será preciso explorar as novas tecnologias de forma plena, de modo a

aumentar a produtividade; caso contrário, o NHS e os serviços sociais poderão ter dificuldades em atender à demanda crescente, sem um crescimento equivalente nos recursos. Nunca houve tanta necessidade de criatividade e inovação na força de trabalho e no planejamento dos serviços.

Chegou a hora de encontrar uma nova forma de pensar a saúde e os serviços sociais. Para conhecer a análise completa na qual se baseia este sumário e para participar do debate, visite [www.kingsfund.org.uk/think](http://www.kingsfund.org.uk/think).

## Tendências futuras: uma possível linha do tempo

ANO	POSSIBILIDADES FUTURAS
2013	Sítios na internet como o PatientsLikeMe e outros continuam a <b>conectar e empoderar os pacientes</b>
2014	<b>Crescentes pressões financeiras</b> ameaçam a viabilidade e a sustentabilidade de muitos prestadores de serviços de assistência social
2015	<b>Nas eleições gerais</b> , os serviços de assistência social serão um importante tópico de debate
2016	Espera-se que a maioria da população tenha acesso à internet através de <b>telefones celulares</b>
2017	Espera-se o uso rotineiro de <b>prontuários eletrônicos na maioria dos ambientes de serviços de assistência social</b>
2018	Prevê-se que <b>2,9 milhões de pessoas sofrerão de três ou mais doenças crônicas</b> (1 milhão a mais que em 2008), com um custo adicional de £5 bilhões
2019	O uso de microchips melhora a administração de medicamentos e a adesão ao tratamento
2020	Possível <b>excesso de 2.000 médicos</b>
2021	Possível <b>escassez de 40.000 a 100.000 enfermeiros</b>
2022	Espera-se o <b>uso rotineiro de teleconsultas e monitoramento remoto</b>
2023	<b>A medicina regenerativa</b> provavelmente terá criado novos tratamentos para doenças cardíacas e ósseas
2024	<b>A análise do perfil genético</b> do paciente para prever o risco de doenças pode ser rotineira
2025	A força de trabalho dos <b>serviços sociais destinados a adultos precisará crescer em 1 milhão</b> para manter os padrões atuais. Espera-se que <b>4 milhões de pessoas tenham diabetes</b> , quase 30% a mais do que na atualidade
2026	Espera-se que <b>1 milhão</b> de pessoas sofra de demência, com custos estimados de quase <b>£35 bilhões</b>
2027	<b>O uso de robôs</b> poderia ser rotineiro no ambiente domiciliar e hospitalar
2028	<b>O aumento da temperatura global</b> pode começar a ter um importante impacto econômico e ambiental
2029	Aproximadamente <b>4 milhões de pessoas</b> precisarão de <b>ajuda com sua vida diária</b>
2030	Espera-se que os <b>casos de artrite</b> aumentem em 100%, atingindo <b>17 milhões de pessoas</b>
2031	<b>As populações étnicas</b> provavelmente representarão <b>15% da população do Reino Unido</b> e 37% da população de Londres



2032	A população da Inglaterra terá <b>crescido em 8 milhões de pessoas</b> em relação a 2012 A expectativa de vida ao nascer deverá ser de <b>87 anos para as mulheres e de 83 para os homens</b>
2033	<b>4,8 milhões de pessoas</b> com mais de 65 anos de idade e <b>1,4 milhões de pessoas</b> com mais de 85 anos <b>viverão sozinhas</b>
2034	<b>A idade da aposentadoria</b> sobe para 67 anos
2035	Até <b>46% dos homens e 40% das mulheres</b> poderão ser obesos

## Referências

- Appleby J (2012). 'Rises in healthcare spending: where will it end?' *British Medical Journal*, vol 345: e7127. Disponível em: [www.bmj.com/content/345/bmj.e7127?ijkey=WvGIF8lkG3h11qi&keytype=ref](http://www.bmj.com/content/345/bmj.e7127?ijkey=WvGIF8lkG3h11qi&keytype=ref) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Arthritis Care (2012). *OA Nation 2012*. Disponível em: <http://oanation.arthritiscare.org.uk/LivingwithArthritis/oanation-2012/registration> (acessado em 7 de novembro de 2012).
- Barbash G, Glied S A (2010). 'New technology and health care costs: the case of robot-assisted surgery'. *New England Journal of Medicine*, vol 363, no 8, pp 701–4.
- BBC (2010). 'Cyber attacks and terrorism head threats facing the UK'. Disponível em: [www.bbc.co.uk/news/uk-11562969](http://www.bbc.co.uk/news/uk-11562969) (acessado em 7 de novembro de 2012).
- Brown B, Chui M, Manyika J (2011). 'Are you ready for the era of "big data"?' *McKinsey Quarterly*. Disponível em: [www.mckinseyquarterly.com/Are\\_you\\_ready\\_for\\_the\\_era\\_of\\_big\\_data\\_2864](http://www.mckinseyquarterly.com/Are_you_ready_for_the_era_of_big_data_2864) (acessado em 7 de novembro de 2012).
- Buck D, Frosini F (2012). *Clustering of Unhealthy Behaviours Over Time: Implications for policy and practice*. Londres: The King's Fund. Disponível em: [www.kingsfund.org.uk/publications/unhealthy\\_behaviours.html](http://www.kingsfund.org.uk/publications/unhealthy_behaviours.html) (acessado em 7 de novembro de 2012).
- Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F (1995). 'The role of medical care in determining health: creating an inventory of benefits' in Amick III BC, Levine S, Tarlov AR, Chapman Walsh D (eds), *Society and Health*, pp 305–41. Nova York: Oxford University Press.
- Centre for Workforce Intelligence (2012). *Shape of the Medical Workforce: Starting the debate on the future consultant workforce*. Londres: Centre for Workforce Intelligence. Disponível em: [www.cfwi.org.uk/publications/leaders-report-shape-of-themedical-workforce/at\\_download/attachment1](http://www.cfwi.org.uk/publications/leaders-report-shape-of-themedical-workforce/at_download/attachment1) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Cho H, Zhao X, Hatori M, Yu RT, Barish GD, Lam MT, Chong L-W, DiTacchio L, Atkins AR, Glass CK, Liddle C, Auwerx J, Downes M, Panda S, Evans RM (2012). 'Regulation of circadian behaviour and metabolism by REV-ERB- $\alpha$  and REV-ERB- $\beta$ '. *Nature*, vol 485, pp 123–7. Disponível em: [www.nature.com/nature/journal/v485/n7396/full/nature11048.html](http://www.nature.com/nature/journal/v485/n7396/full/nature11048.html) (acessado em 12 de novembro 212).
- Commission on Funding of Care and Support (2011). *Fairer Care Funding: The report of the Commission on Funding of Care and Support*. Disponível em: [www.dilnotcommission.dh.gov.uk/our-report/](http://www.dilnotcommission.dh.gov.uk/our-report/) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Communities and Local Government (2010). *Updating the Department for Communities and Local Government's household projections to a 2008 base. Final Report*. Disponível em: [www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/1797497.pdf](http://www.communities.gov.uk/documents/housing/pdf/1797497.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Couzin-Frankel J (2011). 'Novel drug shrinks monkeys' waistlines'. *Science*, 9 de novembro. Disponível em: <http://news.sciencemag.org/sciencenow/2011/11/new-obesity-therapymonkeys.html> (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Cutler DM, Lleras-Muney A (2006). *Education and Health: Evaluating theories and evidence*. Working paper 12352. Cambridge, Massachusetts, EUA: National Bureau of Economic Research. Disponível em: [www.nber.org/papers/w12352.pdf?new\\_window=1](http://www.nber.org/papers/w12352.pdf?new_window=1) (acessado em 12 de novembro de 2012).

- Department for Environment, Food and Rural Affairs (2011). *Food Statistics Pocketbook 2011*. Disponível em: [www.defra.gov.uk/statistics/files/defra-stats-foodfarm-food-pocketbook-2011.pdf](http://www.defra.gov.uk/statistics/files/defra-stats-foodfarm-food-pocketbook-2011.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Department of Health (2012). *Long Term Conditions Compendium of Information*, 3a ed. Disponível em: [www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_134487](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_134487) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Department of Health (2010). 'Healthy Foundations Life-stage Segmentation Model Toolkit. Version 1: April-June 2010'. Disponível em: [http://info.cancerresearchuk.org/prod\\_consump/groups/cr\\_common/@nre/@hea/documents/generalcontent/cr\\_045215.pdf](http://info.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@nre/@hea/documents/generalcontent/cr_045215.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- European Centre for Disease Prevention and Control/European Medicines Agency (2009). *The Bacterial Challenge: Time to react*. Disponível em: [www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909\\_TER\\_The\\_Bacterial\\_Challenge\\_Time\\_to\\_React.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_TER_The_Bacterial_Challenge_Time_to_React.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Economist (2012). 'Winners and Losers'. [online]. *The Economist*, 16 de janeiro. Disponível em: [www.economist.com/node/21541113](http://www.economist.com/node/21541113) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Economist Intelligence Unit (2009). *Fixing Healthcare: The professionals' perspective*. Disponível em: [http://graphics.eiu.com/marketing/pdf/Philips\\_Healthcare\\_WEB.pdf](http://graphics.eiu.com/marketing/pdf/Philips_Healthcare_WEB.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Ham C, Dixon A, Broke B (2012). *Transforming the Delivery of Health and Social Care: The case for fundamental change*. Londres: The King's Fund. Disponível em: [www.kingsfund.org.uk/publications/transforming-delivery-health-and-social-care](http://www.kingsfund.org.uk/publications/transforming-delivery-health-and-social-care) (acessado em 13 de novembro de 2012).
- Hayden EC (2012). 'Sequencing set to alter clinical landscape'. *Nature*, 15 de fevereiro. Disponível em: [www.nature.com/news/sequencing-set-to-alter-clinical-landscape-1.10032](http://www.nature.com/news/sequencing-set-to-alter-clinical-landscape-1.10032) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Health Protection Agency (2011). *HIV in the United Kingdom: 2011 report*. Londres: Health Protection Services. Disponível em: [www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb\\_C/1317131685847](http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1317131685847) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Higher Education Funding Council for England (2010). *Trends in Young Participation in Higher Education: Core results for England*. Disponível em: [www.hefce.ac.uk/media/hefce/content/pubs/2010/201003/10\\_03.pdf](http://www.hefce.ac.uk/media/hefce/content/pubs/2010/201003/10_03.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- House of Commons (1999). *A Century of Change: Trends in UK statistics since 1990*. Research paper 99/111. Disponível em: [www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/rp99/rp99-111.pdf](http://www.parliament.uk/documents/commons/lib/research/rp99/rp99-111.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Ioannidis JP, Panagiotou OA (2011). 'Comparison of effect sizes associated with biomarkers reported in highly cited individual articles and in subsequent meta-analyses'. *Journal of the American Medical Association*, vol 305, no 21, pp 2200–10. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=900417> (acessado em 12 de novembro de 2012).
- King's College London, The King's Fund (2011). *What Matters to Patients?* Project report for the report for the Department of Health and the NHS Institute for Innovation and Improvement. Disponível em: [www.institute.nhs.uk/images/Patient\\_Experience/Final%20Project%20Report%20pdf%20doc%20January%202012.pdf](http://www.institute.nhs.uk/images/Patient_Experience/Final%20Project%20Report%20pdf%20doc%20January%202012.pdf) (acessado em 13 de novembro de 2012).
- Kuznetsova D (2012). *Healthy places: Councils leading on public health*. Londres: New Local Government Network.

- Leading Edge Forum (2008). *Digital Disruptions: Technology innovations powering 21st century business?* Disponível em: [http://assets1.csc.com/lef/downloads/LEF\\_2008DigitalDisruptions.pdf](http://assets1.csc.com/lef/downloads/LEF_2008DigitalDisruptions.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Manias E (2011). 'Use of electronic medication management systems to facilitate appropriate and safe use of medications'. *iHealth Connections*, vol 1, no 2, pp 134–8. Disponível em: [www.touchhealthsciences.com/articles/use-electronicmedication-management-systems-facilitateappropriate-and-safe-use-medication](http://www.touchhealthsciences.com/articles/use-electronicmedication-management-systems-facilitateappropriate-and-safe-use-medication) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR (2002). 'The case for more active policy attention to health promotion'. *Health Affairs*, vol 21, no2, pp 78–93.
- Miller T (2012). 'Apple's app store downloads top 25 billion'. Apple press info, 5 de março. Disponível em: [www.apple.com/pr/library/2012/03/05Apples-App-Store-Downloads-Top-25-Billion.html](http://www.apple.com/pr/library/2012/03/05Apples-App-Store-Downloads-Top-25-Billion.html) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- National Centre for Social Research (2012). *British Social Attitudes 29*. Report. Health chapter. Londres: NCSR. Disponível em: [www.bsa-29.natcen.ac.uk/](http://www.bsa-29.natcen.ac.uk/) (acessado em 4 de novembro de 2012).
- New England Healthcare Institute (2007). *Tele-ICUs: Remote Management in Intensive Care Units*. Disponível em: [www.nehi.net/publications/13/teleicus\\_remote\\_management\\_in\\_intensive\\_care\\_units](http://www.nehi.net/publications/13/teleicus_remote_management_in_intensive_care_units) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- NHS Information Centre (2012a). *Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2011*. Disponível em: [www.ic.nhs.uk/pubs/sdd11fullreport](http://www.ic.nhs.uk/pubs/sdd11fullreport) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- NHS Information Centre (2012b). *Statistics on Smoking: England 2011*. Disponível em: [www.ic.nhs.uk/pubs/smoking11](http://www.ic.nhs.uk/pubs/smoking11) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- NHS Information Centre (2011a). *Health Survey for England - Adult 2010 trend tables*. Disponível em: [www.ic.nhs.uk/pubs/hse10trends](http://www.ic.nhs.uk/pubs/hse10trends) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- NHS Information Centre (2011b). *Hospital Prescribing, England: 2010*. Disponível em: [www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/007\\_Primary\\_Care/Prescribing/Hospital%20Prescribing%202010/Hospital\\_prescribing\\_bulletin\\_England\\_2010.pdf](http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/007_Primary_Care/Prescribing/Hospital%20Prescribing%202010/Hospital_prescribing_bulletin_England_2010.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Ofcom (2012). *Adults Media Use and Attitudes Report 2012*. Disponível em: <http://stakeholders.ofcom.org.uk/binaries/research/media-literacy/media-useattitudes/adults-media-use-2012.pdf> (acessado em 13 de novembro de 2012).
- Office for Budget Responsibility (2012). *Fiscal Sustainability Report*. Disponível online: <http://cdn.budgetresponsibility.independent.gov.uk/FSR2012WEB.pdf> (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Office for National Statistics (2012a). *Age breakdown of England population by national population projections (2012 and 2032)*. Disponível em: [www.ons.gov.uk/ons/rel/census/2011-census/populationand-household-estimates-for-england-and-wales---unrounded-figures-for-the-data-published-16-july-2012/index.html](http://www.ons.gov.uk/ons/rel/census/2011-census/populationand-household-estimates-for-england-and-wales---unrounded-figures-for-the-data-published-16-july-2012/index.html)
- Office for National Statistics (2012b). *Births in England and Wales by Parent's Country of Birth, 2011*. Statistical Bulletin. Disponível em: [www.ons.gov.uk/ons/dcp171778\\_276702.pdf%20](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_276702.pdf%20) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Office for National Statistics (2012c). *General Lifestyle Survey, 2010*. Disponível em: [www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2010/index.html](http://www.ons.gov.uk/ons/rel/ghs/general-lifestyle-survey/2010/index.html) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Office for National Statistics (2012d). *Health Expectancies at Birth and at Age 65 in the United Kingdom, 2008–2010*. Statistical bulletin. Disponível em: [www.ons.gov.uk/ons/dcp171778\\_277684.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_277684.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).

- Office for National Statistics (2012e). *Internal Migration by Local Authority in England and Wales, Year ending June 2011*. Disponível em: [www.ons.gov.uk/ons/dcp171778\\_280054.pdf](http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_280054.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Office for National Statistics (2011) *National Population Projections, 2010-based projections*. Disponível em: [www.ons.gov.uk/ons/rel/npp/nationalpopulation-projections/2010-based-projections/rft-table-a1-4-principal-projection---englandsummary.xls](http://www.ons.gov.uk/ons/rel/npp/nationalpopulation-projections/2010-based-projections/rft-table-a1-4-principal-projection---englandsummary.xls) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Office for National Statistics (2010). *Sub National Population Projections for England: 2008-based projections*. Disponível em: [www.ons.gov.uk/ons/rel/snpp/sub-national-population-projections/2008-based-projections/index.html](http://www.ons.gov.uk/ons/rel/snpp/sub-national-population-projections/2008-based-projections/index.html) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Patientslikeme (2012). [Website]. Disponível em: [www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Royal College of Nursing (2011). *A Decisive Decade: Mapping the future NHS workforce*. Disponível em: [www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/394780/004158.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/394780/004158.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Skills for Care (2010). *The state of the adult social care workforce in England, 2010*. Disponível em: [www.skillsforcare.org.uk/research/research\\_reports/state\\_of\\_the\\_adult\\_social\\_care\\_workforce\\_reports.aspx](http://www.skillsforcare.org.uk/research/research_reports/state_of_the_adult_social_care_workforce_reports.aspx) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Sparrow A, Smith H and Elliot L (2012). 'UK "may never fully recover" if Greece exits Euro'. *The Guardian [online]*, 18 de maio. Disponível em: [www.guardian.co.uk/business/2012/may/18/ukgreece-exits-euro?newsfeed=true](http://www.guardian.co.uk/business/2012/may/18/ukgreece-exits-euro?newsfeed=true) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- St Mungo's, Homeless Link, Crisis, Shelter (2012). *Homelessness-trends and projections*. Disponível em: [www.mungos.org/documents/4651.pdf](http://www.mungos.org/documents/4651.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Stern N (2006). *Stern Review on the Economics of Climate Change*. Disponível em: [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.hm-treasury.gov.uk/independent\\_reviews/stern\\_review\\_economics\\_climate\\_change/sternreview\\_index.cfm](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.hm-treasury.gov.uk/independent_reviews/stern_review_economics_climate_change/sternreview_index.cfm) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Thane P (2012). *Demographic Futures*. Londres: The British Academy for the Humanities and Social Sciences. Disponível em: [www.britac.ac.uk/policy/Demographic-futures.cfm](http://www.britac.ac.uk/policy/Demographic-futures.cfm) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- United Nations Population Fund, Help Age International (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A celebration and a challenge*. Disponível em: [www.unfpa.org/public/op/edit/home/publications/pid/11584](http://www.unfpa.org/public/op/edit/home/publications/pid/11584) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Wang YC, McPerson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M (2011). 'Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK'. *The Lancet*, vol 378, pp 815–25.
- Wittenberg R, Hu B, Hancock R, Morciano M, Comas-Herrera A, Malley J, King D (2011). *Projections of Demand for and Costs of Social Care for Older People in England, 2010 to 2030, under Current and Alternative Funding Systems*. Report of research for the Commission on Funding of Care and Support. LSE Research Online website. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/40720/1/2811-2.pdf> (acessado em 12 de novembro de 2012).
- Wohland P, Rees P, Norman P, Boden P, Jasinska M (2010). *Ethnic population projections for the UK and local areas, 2001-2015*. [online] University of Leeds working paper 10/02 Version 1.03 Disponível em: [www.ethpop.org/Publications/wp\\_eth\\_pop\\_projections.pdf](http://www.ethpop.org/Publications/wp_eth_pop_projections.pdf) (acessado em 12 de novembro de 2012).
- WRVS (2011). *Gold Age Pensioners: Valuing the socio-economic contribution of older people in the UK*. Disponível em: [www.sqw.co.uk/file\\_download/332](http://www.sqw.co.uk/file_download/332) (acessado em 12 de novembro de 2012).

## Agradecimentos

Este é um sumário de uma análise mais extensa das tendências futuras realizada por uma equipe do King's Fund. A equipe é composta por Amy Galea, David Buck, Yang Tian, James Thompson, Lara Sonola, Helen Weir e Chris Naylor. O trabalho encontra-se em: [www.kingsfund.org.uk/think](http://www.kingsfund.org.uk/think).

Também gostaríamos de agradecer àqueles que ofereceram comentários valiosos ao longo do processo de revisão; dentre eles, Dra. Ruth Bell sobre os determinantes mais amplos da saúde e dos comportamentos saudáveis, Dr. Bobbie Jacobson sobre doenças e incapacidade, Prof. Andrew Stevens sobre avanços médicos, Justin Whatling sobre tecnologia da informação, Profa. Moira Livingstone sobre a força de trabalho e Dan Wellings sobre as atitudes e expectativas do público.

The King's Fund  
11–13 Cavendish Square  
London W1G 0AN  
Tel 020 7307 2400

[www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk)

Portal Proqualis  
Av. Brasil, 4365  
Rio de Janeiro – RJ  
CEP 21040-360

[proqualis.net](http://proqualis.net)