

# DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

## RELATÓRIO DE LINHA DE BASE

**OPAS**

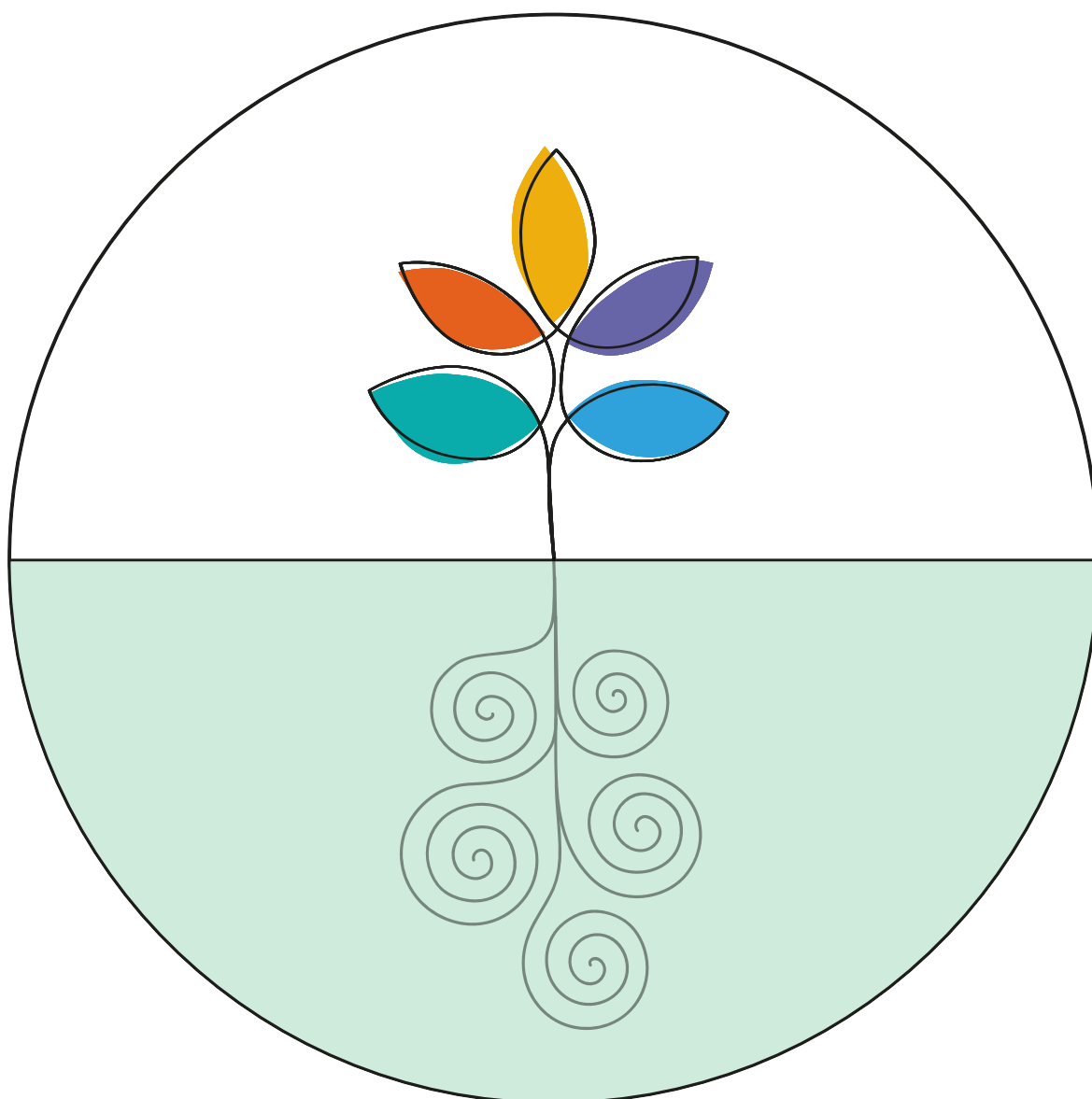


Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas





**DÉCADA DO  
ENVELHECIMENTO  
SAUDÁVEL  
RELATÓRIO DE LINHA DE BASE**

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas

Versão oficial em português da obra original em Inglês

*Decade of healthy ageing: baseline report*

© Organização Mundial da Saúde, 2020

ISBN: 978-92-4-001790-0 (versão eletrônica)

*Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*

ISBN: 978-92-75-72658-7 (PDF)

ISBN: 978-92-75-22658-2 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2022**

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

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

**Adaptações:** em caso de adaptação da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: "Esta publicação é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As opiniões expressas nesta adaptação são de responsabilidade exclusiva dos autores e não representam necessariamente a posição da OPAS".

**Traduções:** em caso de tradução da obra, deve-se acrescentar, juntamente com a forma de citação sugerida, o seguinte aviso legal: "Esta publicação não é uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo nem pela exatidão da tradução".

**Citação sugerida:** Organização Pan-Americana da Saúde. *Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base*. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726587>.

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

Vendas, direitos e licenças: para adquirir publicações da OPAS, entrar em contato com [sales@paho.org](mailto:sales@paho.org). Para solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenças, ver [www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias](http://www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias).

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

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

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

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



# SUMÁRIO

<b>Prefácio</b>	vi
<b>Agradecimentos</b>	viii
<b>Abreviações</b>	xi
<b>Resumo Executivo</b>	xii

## 1

### **PREPARAÇÃO PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030** **1**

Cada pessoa idosa pode motivar mudanças	1
O mandato deste relatório	6
Envelhecimento saudável	8
Agilizar a implementação e otimizar a habilidade funcional	18

## 2

### **ONDE ESTAMOS AGORA? SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL** **29**

Medindo o envelhecimento saudável	29
Habilidade funcional	32
Capacidade intrínseca	42
Ambientes	58
Uso de dados para aumentar o impacto nos países	68

## 3

### **QUE MELHORIAS PODEMOS ESPERAR ATÉ 2030? 72**

Compreender e medir sucesso juntos	72
Avanços em âmbito nacional	75
Resultado e impacto na vida das pessoas	94

## 4

### **COMO PODEMOS MELHORAR ATÉ 2030? 103**

Aprender e trabalhar juntos para acelerar o impacto	103
Reunir evidências	106
Aprendizagem com práticas nos países	114
• Capacidade de ter as necessidades básicas atendidas	116
• Capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões	122
• Capacidade de ter mobilidade	128
• Capacidade de construir e manter relacionamentos	134
• Capacidade de contribuir	140
Aprender por meio das doenças – perspectivas baseadas doenças	147
• Abordar as DNTs por meio de uma abordagem integrada, centrada na pessoa	148

## 5

### **UMA NOVA DÉCADA DE AÇÃO 156**

2023 é o próximo marco para a década	159
Próximas etapas	166

### **ANEXOS 168**

Referências	188
-------------	-----

# Prefácio

Os seres humanos atualmente vivem por mais tempo do que em qualquer outro momento da história. A expectativa de vida mundial dobrou desde 1900 e continua aumentando, embora exista uma grande disparidade entre os países com a expectativa de vida mais curta e mais longa.

Mas ganhar mais anos de vida pode ter prós e contras, se não for acompanhado por somar mais vida aos anos. Com as taxas de natalidade diminuindo e pessoas tendo uma vida mais longa, são necessárias liderança e inovação, em todos os níveis e todos os setores, para compreender os dividendos da longevidade, e assegurar que esses benefícios sejam experimentados equitativamente dentro dos países e entre eles.

Em 2016, a Assembleia Mundial da Saúde adotou a estratégia global e plano de ação para envelhecimento e saúde, com o objetivo de usar abordagens baseadas em evidências para maximizar as capacidades das pessoas idosas, fundamentada no conceito de envelhecimento saudável, uma resposta baseada em direitos para o envelhecimento da população.

Outra meta do primeiro plano de ação foi preparar para uma “Década do Envelhecimento Saudável”; uma proposta endossada pela Assembleia Mundial da Saúde, em agosto de 2020, e pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em dezembro de 2020, como a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 da ONU. Esta é uma oportunidade extraordinária para alinhar as políticas globais, nacionais e locais, com as pessoas idosas, para as pessoas idosas.

O começo desta década também coincide com a pandemia de COVID-19, que afetou de modo desproporcional as pessoas idosas, em especial aquelas com doenças não transmissíveis, ou vivendo em instituições de longa permanência. Mesmo assim, também vimos a capacidade das pessoas idosas de contribuir para a sociedade, como os profissionais de saúde que saíram da aposentadoria para trazer seus conhecimentos para os colegas das linhas de frente, ou como voluntários na comunidade, para apoiar os que estão lutando.

A Década do Envelhecimento Saudável irá centrar em quatro ações principais: mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; garantir que comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária em saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas; e propiciar acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem. Todas as ações são fundamentais para reconstruir melhor, e para promover o envelhecimento saudável.

Contudo, para alcançar nosso destino, precisamos conhecer o ponto de partida. Por isso este Relatório de Linha de Base para a Década do Envelhecimento Saudável é tão importante. Suas principais mensagens são ancoradas em evidências – abrangentes e com visão de futuro, e ainda assim extremamente práticas. As experiências de diferentes países e múltiplos setores são usadas em todo o



Relatório para ilustrar como podemos otimizar as capacidades das pessoas idosas, através de soluções inovadoras, atraindo esta população e as comunidades.

O Relatório de Linha de Base estima que mais que 142 milhões de pessoas idosas, ou 14% de todas as pessoas com 60 anos ou mais, no mundo todo, atualmente não têm todas suas necessidades básicas diárias atendidas. Além disso, as pessoas idosas são geralmente invisíveis nas estatísticas, pois temos muito pouca informação sobre eles. Enquanto sabemos que algumas pessoas perdem as capacidades físicas e mentais à medida que envelhecem, conhecemos muito pouco sobre suas necessidades, e se seus ambientes podem compensar e permitir que vivam com dignidade, continuem a serem ativos e capazes de prosperar.

Na minha opinião, o *Relatório de Linha de Base para a Década do Envelhecimento Saudável* tem o potencial de transformar o modo dos formuladores de políticas e diversos provedores de serviços se relacionarem com as pessoas idosas. Temos que trabalhar juntos, para promover as capacidades e o bem-estar de nossas gerações mais velhas, que continuam nos dando muito. Devemos a eles o nosso melhor.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus  
Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde



A handwritten signature in blue ink, which reads "Tedros Adhanom Ghebreyesus". The signature is written in a cursive style and is positioned to the right of the portrait photograph.

# AGRADECIMENTOS

Este relatório foi produzido com supervisão técnica geral de Ritu Sadana, Coordenadora da Unidade de Envelhecimento e Saúde, com a direção de Anshu Banerjee, Diretor do Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e do Adolescente, e Envelhecimento, dentro da Divisão de Cobertura Universal de Saúde e Curso de Vida, e com orientação de Zsuzsanna Jakab, Diretora Geral Adjunta e Diretora Executiva Interina, Divisão de Cobertura Universal de Saúde e Curso de Vida, na Organização Mundial da Saúde (OMS), sede em Genebra.

A coordenação geral da pesquisa e da elaboração do relatório ficou sob responsabilidade de Ritu Sadana e Anshu Banerjee; a gestão de projetos ficou a cargo de Ana Posarac, Consultora, Unidade de Envelhecimento e Saúde. O grupo dirigente para o projeto técnico e revisão é composto por Assessores Regionais da OMS para Envelhecimento e suas equipes: Francoise Bigirimana, Nancy Kidula, Triphonie Nkurunziza, Inocente Bright Nuwagira, Saliyou Sanni (África); Enrique Vega, Carolina Hommes, Patricia Morsch (Américas); Ramez Mahaini, Samar Elfeky (Mediterrâneo Oriental); Manfred Huber (Europa); Neena Raina, Prasun Chatterjee (Sudeste Asiático); Hiromasa Okayasu (Pacífico Ocidental), com contribuições significativas do Fórum sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, com mais de 80 funcionários da OMS, que colaboraram com o tema envelhecimento e envelhecimento saudável, em todos os departamentos técnicos da OMS, na sede; e Sarah Barber, Paul Ong e Megumi Rosenberg, no Centro para Desenvolvimento da Saúde, da OMS, em Kobe, Japão.

Agradecimentos especiais pelos comentários pertinentes de: membros da Unidade de Envelhecimento e Saúde, Islene Araujo de Carvalho, Zee A Han, Liying Huang, Yuka Sumi e Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan; Naoko Yamamoto, Subdiretor Geral, Cobertura Universal de Saúde e Populações Mais Saudáveis; Etienne Krug, Diretor, Departamento de Determinantes Sociais da Saúde, e Unidade de Mudanças Demográficas e Envelhecimento Saudável, Alana Officer, Mary Manandhar, Christopher Mikton e Vânia de la Fuente Núñez.

Em conjunto, reconhecemos com muito pesar, o falecimento de três colegas em 2020, Islene Araujo de Carvalho, Ramez Mahaini e Peter Salama.

A equipe principal de redação contou com Ritu Sadana e Ana Posarac, Anshu Banerjee, David Bramley, Melissa Co, Elyse Couch, Hsin-yi Lee, Erica Lefstad, Dario Moreno-Agostino, Robert Moulder, Matthew Prina, Rana Sagha Zadeh e Yu-Tzu Wu. O relatório beneficiou de estudos de casos nacionais sobre as formas de uso de dados e informação, empregadas para orientar as decisões e melhorar a vidas das pessoas idosas. Foi conduzido por Ministérios da Saúde com Escritórios Regionais da OMS e Representações nos Países, em oito países de todas as regiões. As equipes de estudo de casos nacionais foram formadas por Bernardita Canals Cavagnaro, Maria Jose Galvez, Felipe Herrera Muñoz, Pablo Pizarro, Francisco Adiazola Santibañez (Chile); Lui Ming, Feng Xinglin (China); Anja Noro, Taru Koivisto, Satu Karppanen, Seija Viljamaa, Riitta Aemjelaeus, Teija Hammar, Anna Haverinen, Raija Hynynen, Anni Lausvaara, Minna-Liisa Luoma, Mikko Martikainen, Seija Meripaasi, Hennemari Mikkola, Mari Patronen, Laura Pikkarainen, Markus Rapo, Hannele Ridanpää, Tarja Saarelainen, Anna Tamminen, Merja Tepponen, Eija Tolonen, Päivi Topo (Finlândia); Collins Badu Agyemang, Jeremiah Sixtus Dery (Gana); A.B. Dey, Nilambuj Sharan (Índia); Hanadi Khamis Al Hamad, Shirmila Syamala (Catar); Tawanchai Jirapramukpitak, Jongjit Rittirong, Kanchana Thienlai, Jirawan Phuaphae, Phongsak Sakultaksin, Chirawut Punnawit (Tailândia); Rahul Malhotra, Angeliq Chan, Ruth Lewis, Jason CH Yap, Teo Yik Ying (Cingapura); e facilitação por Representação da OMS nos países e outros funcionários de Ministérios da Saúde, incluindo Rayana Bou Haka, Puangpen Chanprasert, Mario Cruz-Penate, Roseline Doe, Atreyi Ganguli, Derrick Heng, Kittii Larpsombutsiri, Ekachai Piensriwatchara, Jianrong Qiao, Rattanaporn Tangthanseth, Taketo Tanaka, Junxiong Teo e Tuohong Zang.

O relatório oferece um panorama geral, e foi elaborado simultaneamente com: 1) uma análise minuciosa de dados representativos nacionais de 42 países, que contribuiram para a Seção 2 do relatório, realizada por Ritu Sadana, Robert Moulder, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Ana Posarac, Steven Boker, Theresa Diaz e Anshu Banerjee, e contribuições de Somnath Chatterji, Alarcos Cieza, Hudson Fernandes Golino, Isabelle Fortier, Susan Kirkland, Parminder Raina, Rita Wissa e Christina Wolfson; 2) um estudo de viabilidade dos dados geoespaciais no domínio público, que contribuiram para a Seção 2 do relatório, conduzido por Steve Boker, Elena Martynova, Robert Moulder e Ritu Sadana; 3) uma atualização dos indicadores de progresso nacionais, que contribuiram para a Seção 3 do relatório, coordenada por todos os Assessores Regionais da OMS para Envelhecimento, Liying Huang e Ana Posarac; e 4) o desenvolvimento de uma estrutura de evidências para impacto, e abordagem de casos selecionados e evidências de todo o mundo, para as Seções 1 e 4 do relatório, conduzido por Anshu Banerjee, Monserrat Conde, Tracey Howe, Ramez Mahaini, Ana Posarac, Matthew Prina, Ritu Sadana, Rana Sagha Zadeh e Vivian Welch, com contribuições de Taghreed Adam, Rajiv Bahl, Valentina Baltag, Bernadette Daelmans, Theresa Diaz, Tanja Kuchenmüller, Allisyn Moran, John Reeder, Roubar Terry e Pavel Ursu; e informando a narrativa sobre aprendizado com as doenças não transmissíveis, Alarcos Cieza, Nicolette De Lissandri, Dan Hunt, Bente Mikkelsen, Leanne Riley, Menno Van Hilten, Cherian Varghese e Temo Waqanivalu; e se beneficiaram com todos os Assessores Regionais da OMS para Envelhecimento, que coletaram casos e evidências em todas as regiões.

Os membros do Consórcio sobre Métricas e Evidências para o Envelhecimento Saudável, da OMS, incluindo formuladores de políticas, representantes da sociedade civil, pesquisadores e profissionais, contribuiram com documentos-base e análises, ou revisões por pares das três correntes de trabalho, que abordaram estudos de casos nacionais, métricas e análises de dados, e sínteses de evidências. Além da equipe principal de redação, contribuiram com ideias: Rachel Albone, Halimah Binti Awang, Sarah Barber, Jane Barratt, Steven Boker, Somnath Chatterji, Alarcos Cieza, Patricia Conboy, Jon Cylus, Joseph Dieleman, John Fogarty, HelpAge International Tanzania, Hunter Green, Hudson Fernandes Golino, Zee-A Han, Tracey Howe, Chandni Jacob, Jinkook Lee, Matilde Leonardi, Minxia Luo, Ignacio Madero-Cabib, Mary Manandhar, Norma Mansor, Mike Martin, Hiroyuki Matsumoto, Vânia de la Fuente Núñez, Monique Verschuren, Alana Officer, Arokiasamy Perianayagam, Ninez Ponce, Drystan Phillips, Fakhriya Ab Rashid, Liset Rietman, Christina Röcke, Tomas Roubal, Teri Reynolds, Karin Stenberg, Yuka Sumi, Aidan Timlin, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Vivian Welch e Ho Qiao Ying.

Também gostaríamos de agradecer: Peter Allebeck, Maysoun Al-Amoud, Lucas Bazan, Bochen Cao, Maya Abi Chahine, Tarun Dua, Tessa Edejer, Gabriela Flores Pentzke Saint-Germain, Atreyi Ganguli, Erika Guastafierro, Luis Miguel Gutierrez Robledo, Vijeth Iyengar, Rania Kawar, Chapal Khasnabis, Terry Lum, David Meddings, Shanthi Mendis, Fernando Morales Martinez, Alessandra Olivi, Carmen García Peña, Juan Pablo Peña-Rosas, Pablo Reyes, Katrin Seeher, Abla Mehio Sibai, Jon Simon, Julie Steffler, Claudia Toppo, Bich Thuy Tran, e Prakash Tyagi, por oferecerem mais aportes para as Seções 3 e 4.

A equipe agradece pelos comentários pertinentes e as recomendações recebidas dos revisores, incluindo Hanadi Khamis Al Hamad, Joanne Allen, Jane Barratt, Françoise Bigirimana, Steven Boker, Prasun Chatterjee, Patricia Conboy, Monserrat Conde, A.B. Dey, Tarun Dua, Samar Elfeky, Diana Estevez, Julia Ferre, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Tracey Howe, Manfred Huber, Chandni Jacob, Tawanchai Jirapramukpitak, Rania Kwar, Chapal Khasnabis, Ji Hee Kim, Terry Lum, Sue Marcus, Mike Martin, Shanthi Mendis, Jean-Pierre Michel, Patricia Morsch, Innocent Bright Nuwagira, Hiromasa Okayasu, Paul Ong, Nancy Pachana, Rich Pereira, Silvia Perel-Levin, Amal Abou Rafeh, Parminder Raina, Neena Raina, Liset Rietman, Saliyou Sanni, Katrin Seeher, Prakash Tyagi, Enrique Vega, Monique Verschuren e Vivian Welch.

Um agradecimento especial à equipe do Estudo Longitudinal sobre Envelhecimento, do Canadá, pelo apoio para análise de dados, em nome de Laura Anderson, Yukiko Asada, Larry Chambers, Theodore Cosco, Benoît Cossette, Andrew Costa, Patrick Davidson, Zhiwei Gao, Lauren Griffith, Scott Hofer, David Hogan, Teresa Liu-Ambrose, Jinhui Ma, Jacqueline McMillan, Verena Menec, Gerry Mugford, Theone Paterson, Parminder Raina, Phil St. John, Vanessa Taler e Andrew Wister.

Agradecemos também pela revisão por pares e sugestões dos pontos focais nacionais nomeados, que participaram da consulta formal aos países sobre as estimativas para o envelhecimento saudável.

*Nenhum dos especialistas envolvidos na elaboração deste relatório declarou qualquer conflito de interesses.*

Além disso, várias oficinas e webinars ofereceram oportunidades para apresentar e revisar diferentes partes do relatório. Isto incluiu discussões nos Ministérios da Saúde e oficinas com as partes interessadas nacionais, em 2019 e 2020, no Catar, Chile, China, Finlândia, Gana, Índia e Tailândia. Em 2020, esses webinars foram realizados pelo Centro de Pesquisa de Políticas de Saúde, da UCLA, em fevereiro; Federação Internacional do Envelhecimento, em abril, abordando as Seções 2 e 3; diversas discussões realizadas durante o Fórum sobre Envelhecimento e Saúde, da OMS, na elaboração da Seção 4; várias sessões durante o Café Científico (Science Café) do Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e do Adolescente, e Envelhecimento; o seminário do Escritório Regional da OMS para Sudeste Asiático sobre envelhecimento saudável, em agosto; durante a Semana Europeia sobre Envelhecimento Saudável e Ativo, em novembro; e durante o Consórcio sobre Métricas e Evidências para o Envelhecimento Saudável, da OMS, em dezembro.

Agradecimentos especiais a David Bramley, Editor Técnico, Alison Brunier, Mídia e Comunicação e Liying Huang, Apoio administrativo.

A Organização Mundial da Saúde agradece o apoio financeiro dado por Velux Stiftung para a OMS, incluindo apoio para realizar pesquisas, progredir com as métricas e evidências sobre envelhecimento saudável, e elaborar este relatório de linha de base.

# ABREVIACÕES

<b>AAL</b>	<i>Active Assisted Living</i> (Moradia assistida com participação ativa)	<b>NHC</b>	Comissão Nacional de Saúde (China)
<b>AOT</b>	<i>Array of Things</i>	<b>NHIA</b>	Autoridade Nacional de Seguro Saúde (Gana)
<b>APL</b>	Lista nacional de produtos de suporte prioritários (Tajiquistão)	<b>NHSA</b>	Administração Nacional de Segurança em Saúde (China)
<b>ATHLOS</b>	Trajetórias de Envelhecimento e Saúde: Oportunidades Longitudinais e Sinergias	<b>NIA</b>	Instituto Nacional do Envelhecimento (Estados Unidos)
<b>AUB</b>	Universidade Americana de Beirute	<b>ODS</b>	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
<b>CADTC</b>	Centro de Dispositivos e Tecnologia Assistiva da China	<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>CASEN</b>	Pesquisa Nacional sobre Caracterização Socioeconômica	<b>ONG</b>	Organização não governamental
<b>CNS</b>	<i>Community Networks for Seniors</i> (Cingapura)	<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>COPE</b>	Cuidado de pessoas com demência em seus ambientes	<b>SAGE</b>	Estudo sobre Envelhecimento e Saúde de Adultos no Mundo
<b>DAH</b>	Ajuda ao desenvolvimento para a saúde	<b>TAPAS</b>	Tempo e Lugares e Espaço no Envelhecimento
<b>DALY</b>	Anos de vida ajustados por incapacidade	<b>TI</b>	Tecnologia da informação
<b>DCS</b>	<i>Doetinchem Cohort Study</i>	<b>U3A</b>	Universidade da Terceira Idade
<b>DNT</b>	Doença não transmissível	<b>Ufs</b>	Universidade para Pessoas Idosas
<b>DPOC</b>	Doença pulmonar obstrutiva crônica	<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS
<b>EEPNA</b>	Associação Nacional de Pessoas Idosas e Aposentados da Etiópia	<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>ENDPM</b>	Estudo Nacional sobre Dependência em Pessoas Idosas (Chile)	<b>WHS</b>	Pesquisa Mundial sobre Saúde
<b>EV</b>	Expectativa de vida	<b>WHS+</b>	Pesquisa Mundial sobre Saúde <i>plus</i>
<b>EVS</b>	Expectativa de vida saudável		
<b>GRAVIS</b>	<i>Gramin Vikas Vigyan Samiti</i> (Índia)		
<b>GRC</b>	Comitê de Revisão de Diretrizes		
<b>HRS</b>	Estudos sobre Saúde e Aposentadoria		
<b>ICOPE</b>	Atenção Integrada para a Pessoa Idosa da OMS		
<b>IFA</b>	Federação Internacional do Envelhecimento		
<b>IMC</b>	Índice de massa corporal		
<b>ISHC</b>	Clubes de Autoajuda Intergeracionais (Vietnã)		
<b>IST</b>	Infecções sexualmente transmissíveis		
<b>LTA</b>	Autoridade de Transporte Terrestre (Cingapura)		
<b>MARS</b>	Pesquisa sobre Envelhecimento e Aposentadoria na Malásia		
<b>MCSS</b>	Estudo de Pesquisa Multipaíses		
<b>MDS</b>	Pesquisa Modelo sobre Incapacidade		
<b>NASQ</b>	Pesquisa Nacional Planejada sobre Envelhecimento no Catar		
<b>NBS</b>	Escritório Nacional de Estatísticas (China)		

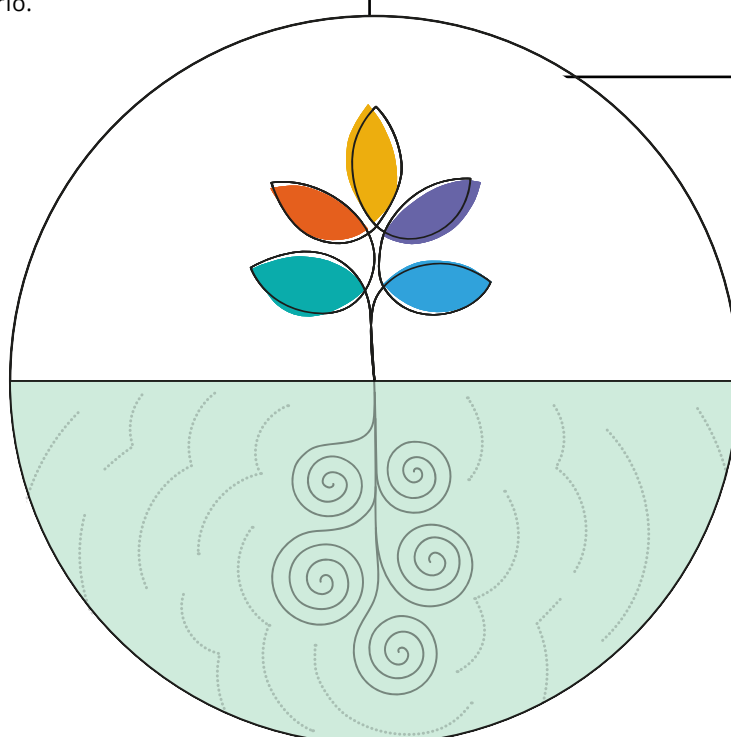
# RESUMO EXECUTIVO

O Relatório de Linha de Base para a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 aborda cinco questões:

1. **Apresenta Envelhecimento Saudável, as ações e facilitadores da Década, e um caminho para aumentar o impacto até 2030.**
2. **Onde estamos em 2020?** O relatório oferece, pela primeira vez, uma linha de base para o envelhecimento saudável no mundo todo
3. **Que melhorias podemos esperar até 2030?** Documenta os avanços e cenários para aprimoramento.
4. **Como podemos aumentar o impacto na vida das pessoas idosas?** Indica como as pessoas idosas e partes interessadas podem juntos otimizar a habilidade funcional.
5. Os próximos passos, inclusive **as oportunidades para impulsionar a colaboração e impacto até 2023**, o próximo período de relatório.

## O RELATÓRIO ENFATIZA QUE

- Pelo menos 142 milhões de pessoas idosas em todo o mundo não conseguem ter suas necessidades básicas atendidas.
- A otimização da habilidade funcional é essencial para o envelhecimento saudável.
- Os governos e outros partes interessadas devem investir nos dados para monitorar o envelhecimento saudável no curso de vida.
- Deve-se incrementar as ações para ter um impacto mensurável nas pessoas idosas até 2030; as pessoas desta faixa etária devem estar envolvidas em todas as etapas.
- As evidências e casos globais destacam o que pode ser feito e o que podemos aprender.



## 1

## PREPARAÇÃO PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030

Envelhecimento saudável é “o processo de desenvolver e manter a habilidade funcional, que permite o bem-estar na idade mais avançada”. A meta da Década é otimizar a habilidade funcional das pessoas idosas.

A habilidade funcional inclui: 1) capacidade de atender as necessidades básicas; 2) capacidade de aprender, desenvolver, e tomar decisões; 3) ter mobilidade; 4) capacidade de construir e manter relacionamentos; e 5) capacidade de contribuir. A habilidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente onde a pessoa vive, e como as pessoas interagem com seu ambiente.

A Década oferece oportunidades para trabalhar em conjunto e melhorar a habilidade funcional até 2030, com as pessoas idosas envolvidas desde o começo. O relatório apresenta um caminho de seis pontos para otimizar a habilidade funcional, com quatro áreas de ação:

- mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento;
- garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas;
- entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas; e
- propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem.

Essas iniciativas são apoiadas por quatro “facilitadores” – engajamento significativo com as pessoas idosas, famílias, cuidadores e outros; treinamento para ação integrada em todos os setores; conexão entre as partes interessadas para compartilhar experiências e aprender uns com os outros; e fortalecimento de dados, pesquisa e inovação para agilizar a implementação.

O caminho reúne esses facilitadores para agilizar a implementação e otimizar habilidade funcional.

## 2

## ONDE ESTAMOS AGORA? SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Para a avaliação de linha de base, a OMS teve acesso a dados comparáveis de apenas 42 países. Cerca de 14% das pessoas idosas na análise mostraram-se incapazes de atender suas necessidades básicas – ou seja, dentro de seu ambiente, não conseguem vestir-se, pegar e tomar sua própria medicação, ou administrar seu próprio dinheiro, contas ou recursos financeiros. São necessários ambientes facilitadores no domicílio e na comunidade para apoiar as necessidades e fortalecer todas as capacidades para promover o bem-estar das pessoas idosas.

Em cada idade, há muita diversidade na capacidade intrínseca – todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode utilizar – das pessoas idosas. Os declínios não são inevitáveis, apesar de ocorrerem, com o envelhecimento, para muitas pessoas idosas: algumas pessoas com idades mais avançadas (90+ anos) têm a mesma capacidade que outras mais novas (60-64 anos).

A falta de dados sobre o envelhecimento saudável ou faixas etárias mais velhas aumenta a invisibilidade das pessoas idosas. Os governos e outras partes interessadas precisam investir em dados para monitorar o envelhecimento saudável no curso de vida. O que é necessário:

- informações abrangentes sobre todas as capacidades, captando o que as pessoas idosas valorizam ser e fazer;
- mais padronização dos dados para medir o envelhecimento saudável, e monitoramento de políticas e programas;
- mais inovação na coleta, análise e uso dos dados;
- mais interoperabilidade de compartilhamento de dados;
- mais participação de pessoas idosas na formulação de políticas e tomada de decisão em todos os setores.

# 3

## QUE MELHORIAS PODEMOS ESPERAR ATÉ 2030?

O compromisso dos países com o Envelhecimento Saudável melhorou discretamente entre 2018 e 2020, mas ainda há muitas lacunas. Uma grande meta é fortalecer a notificação dos países. A OMS irá divulgar os avanços em 2023, 2026, 2029 e 2030.

Uma projeção com base no progresso atual sugere que quatro indicadores seriam alcançados por todos os países apenas depois de 2030, e somente um, até 2023. Portanto, é preciso acelerar a ação. Mais dados comparáveis, mais avaliação de programas, e novas tecnologias podem nos ajudar a responder às necessidades e expectativas das pessoas idosas.

Expectativa de vida saudável (EVS) – o indicador geral para medir o impacto das metas dos Três Bilhões da OMS - é endossada no plano de ação de Década. EVS – especialmente depois dos 60 anos – reflete o quanto os anos de vida são vividos com boa saúde.

Os Estados-Membros já têm compromissos com muitos elementos do envelhecimento saudável nas metas de outras estratégias e planos de ação, como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Cenários para a Década – descrições de um futuro possível – irão esclarecer a direção para onde queremos trabalhar.

A maioria dos determinantes fundamentais do envelhecimento saudável podem ser estabelecidos por políticas, e requerem colaboração multissetorial.

# 4

## COMO PODEMOS MELHORAR ATÉ 2030?

A otimização da habilidade funcional de todas as pessoas idosas até 2030 requer que todas as ações realizadas sejam baseadas em evidências. Para isso, são necessários novos estudos com pesquisas em países e disciplinas que envolvam as pessoas idosas. O conhecimento de diversas partes interessadas, incluindo a sociedade civil, irá preencher lacunas e dar novas contribuições para acelerar a ação. À medida que construímos a base de evidências, podemos aprender com os programas e as atividades do mundo todo.

Esta seção descreve a aprendizagem a partir das práticas aplicadas no mundo todo, para agilizar as ações que melhoram a habilidade funcional das pessoas idosas – atender às necessidades básicas; aprender, desenvolver e tomar decisões; ter mobilidade; construir e manter relacionamentos; e contribuir para a sociedade. Muitas atividades permitem que as pessoas idosas usem suas habilidades e talentos.

A seção propõe aprendizagem a partir dos programas de doenças – principalmente os que abordam as doenças não transmissíveis entre as pessoas idosas. O envelhecimento saudável demanda otimização da habilidade funcional nos indivíduos com doenças; também requer cuidados integrados centrados na pessoa, focando nas capacidades individuais, e no tratamento das doenças que reflete as metas pessoais.

O que deve ser feito, e em qual ordem, irá depender da pessoa e da situação.



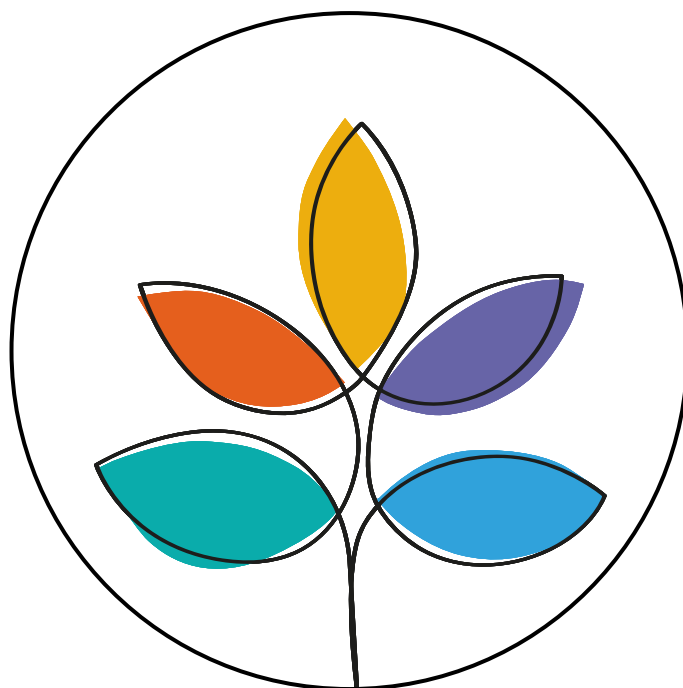
# 5

## UMA NOVA DÉCADA DE AÇÃO

A otimização da habilidade funcional e o aumento dos impactos mensuráveis na vida da população idosa - os objetivos principais da Década - também estão associados às metas dos Três Bilhões da OMS: um bilhão a mais de pessoas beneficiadas pela cobertura universal de saúde; 2) um bilhão a mais de pessoas mais protegidas das emergências de saúde; e 3) um bilhão a mais de pessoas gozando de mais saúde e bem-estar.

Para a primeira meta, incrementar impacto significa expandir as intervenções que alcançam todas as pessoas idosas, que se beneficiariam da cobertura universal de saúde. Para a segunda meta, incrementar impactos deve abordar como responder a emergências naturais, criadas pelo homem, e outras ambientais. Isto inclui potencializar o aprendizado com a pandemia de COVID-19. E para a terceira meta, as evidências do relatório mostram a importância de coordenar ação multissetorial nas cidades e comunidades, e abordá-las com a perspectiva das pessoas idosas. Como o número de pessoas idosas em todo o mundo irá aumentar durante a Década, o relatório nos incita a trabalharmos juntos, para assegurar que suas necessidades sejam atendidas, e promover os elementos que contribuem para seu bem-estar.

Os próximos passos aumentarão a visibilidade das pessoas idosas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e apoiarão os países para monitorar o Envelhecimento Saudável. Estes contribuirão para o relatório de progresso da Década de 2023.



---

**Envelhecimento saudável é  
“o processo de desenvolver e  
manter a habilidade funcional,  
que permite o bem-estar na  
idade mais avançada”.**

---

# 1

## PREPARAÇÃO PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030

Cada pessoa idosa pode motivar mudanças



Em 2020, a população mundial com 60 anos ou mais (pessoas idosas) é pouco mais de 1 bilhão, cerca de 13,5% da população global, de 7,8 bilhões. Este número é 2,5 vezes maior que em 1980 (382 milhões), e estima-se chegar a quase 2,1 bilhões até 2050.


### PRINCIPAIS FATOS<sup>1</sup>:

- No mundo todo, em 2020, dois terços das pessoas idosas vivem em países de média renda.
- Até 2030, 1 em 6 pessoas terá 60 anos ou mais.
- Até 2050, esta proporção terá aumentado para 1 em 5 pessoas.

#### Cada número se relaciona a uma vida humana.

Esses números representam as pessoas idosas que contribuem para as famílias, comunidades e o bem-estar social, político e econômico das sociedades. Os números representam as pessoas idosas cujo amor, talento, sabedoria e cuidado caracterizam cada pessoa, formam quem somos, e representam quem podemos aspirar nos tornar. São essas pessoas que as sociedades devem valorizar, e assegurar que possam disfrutar seus direitos humanos, viver com dignidade, e ter uma vida longa e saudável.

As pessoas idosas estão no centro de um novo plano de ação sobre envelhecimento e saúde - chamado **Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, da Organização das Nações Unidas (ONU)**<sup>2</sup> - que foi endossado por 194 Estados-Membros da OMS, em 3 de agosto de 2020, e pela Assembleia Geral da ONU<sup>3</sup>, em 14 de dezembro de 2020. A Década do Envelhecimento Saudável ("a Década") sela um compromisso de 10 anos de colaboração e ação entre a OMS e a ONU. Reúne governos, sociedade civil, organismos internacionais, profissionais, comunidade acadêmica, mídia e o setor privado, para colaborar e melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e suas comunidades.

Desde o início, a preparação para a Década foi uma busca por participação significativa e empoderamento das pessoas idosas. Colocar a experiência de mulheres e homens idosos no centro é a única maneira para acelerar a ação. A mudança transformadora não pode acontecer sem conhecimentos especializados e experiência das centenas de milhões de pessoas idosas em cada região do mundo  1.1.

*Este relatório de linha de base para a Década é dedicado a todas as pessoas idosas do mundo todo.*



## **Década** do **envelhecimento** **saudável**

A Década concentra no que pode ser feito para as pessoas na segunda metade de sua vida. Aborda quatro áreas para ação, em diversos níveis e setores, para promover saúde, prevenir doenças, manter capacidade intrínseca e permitir habilidade funcional. As áreas de ação são:

- 1** mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento;
- 2** garantir que comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas;
- 3** entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa;
- 4** propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem.

Em conjunto, essas ações devem promover o envelhecimento saudável e melhorar o bem-estar das pessoas idosas.



1.1

# Pessoas idosas como motivadoras de mudanças

Duas organizações globais da sociedade civil – HelpAge International e Federação Internacional do Envelhecimento – têm relações oficiais com a OMS. Ambas apoiam a OMS para defender a voz das pessoas idosas. São apresentados quatro ativistas mais velhos em suas redes, cujas campanhas decididas e apaixonadas conquistaram mudanças reais para mulheres e homens idosos em todo o mundo, ajudando a formar o mundo que desejam ver.



**Tilahun Abebe**, embaixador de Age Demands Action [Idade Exige Ação], Associação Nacional de Pessoas Idosas e Aposentados da Etiópia (EEPNA). Fundador e principal ator do Movimento Nacional para o Benefício Social e Econômico das Pessoas Idosas Etíopes, na Etiópia. Tilahun faleceu no dia 1º de novembro de 2020.



**Shashi Tyagi**, cofundadora de *Gramin Vikas Vigyan Samiti* (GRAVIS), ativista e membro do conselho de muitas organizações para desenvolvimento, defendendo o desenvolvimento sustentável inclusivo de pessoas idosas, na Índia. Shashi faleceu no dia 15 de novembro de 2020.

**Nguyen Thi Diem**, presidente do Clube de Autoajuda Intergeracional de Thuy Ung, e da Associação de Pessoas Idosas de Phung. Participante ativa em atividades sociais e de voluntariado nas comunidades, no Vietnã.



“Devemos escutar o que dizem as pessoas idosas sobre o que lhes importa em seu cotidiano.”

– Olive Bryanton

**Olive Bryanton**, ativista e líder no Comitê Consultivo de Pessoas Idosas e Cuidadores – AGE-WELL, e em muitas outras organizações. Aos 82, concluiu sua tese de doutorado sobre Pioneiros no *Envelhecimento: Vozes de Mulheres com 85 anos ou mais, Envelhecer Em Comunidades Rurais*, no Canadá.

# O MANDATO DESTE RELATÓRIO

A Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde e seu primeiro plano de ação 2016-2020<sup>4,5</sup> demandaram que a OMS produzisse um relatório de linha de base, em 2020, para a Década do Envelhecimento Saudável. Um relatório preliminar<sup>6</sup> foi apresentado na Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2020. O novo plano de ação da estratégia, a Década, também requer que a OMS e parceiros da ONU produzam relatórios de linha de base da situação, e confirma a tarefa da OMS para monitorar o progresso durante 2021-2030. Este relatório é a linha de base na perspectiva da OMS.

Esta tarefa reconhece que o que é medido leva à ação. A ação deve ser baseada em evidências e alinhada com as expectativas das pessoas idosas, e as prioridades que

são negociadas com as partes interessadas e concedidas pelos tomadores de decisão. Para elaborar este relatório, a OMS lançou um Consórcio Internacional sobre Métricas e Evidências para o Envelhecimento Saudável (o Consórcio), em 2017, com 50 especialistas de todas as regiões da OMS, incluindo formuladores de políticas, organizadores da sociedade civil e pesquisadores,<sup>7,8</sup> escritórios nacionais, regionais e globais da OMS. O Fórum sobre Envelhecimento e Saúde da OMS também contribuiu sobremaneira com o relatório, assim como ministérios da saúde e partes interessadas de diversos setores. A OMS encomendou<sup>9</sup> ou liderou os trabalhos nas seguintes áreas para embasar este relatório:

**1 caminho transformador**  
na direção de otimizar a habilidade funcional, desenvolvendo estratégias da OMS e estruturas de pesquisa, tradução de conhecimento, expansão, e entrega para apoiar a aceleração da implementação.

**8**

## estudos de casos nacionais

sobre o uso de dados existentes, informações e evidências para melhorar a vida das pessoas idosas em 2019-2020, conduzidos pelos ministérios da saúde de Catar, Cingapura, Chile, China, Gana, Finlândia, Índia e Tailândia.

**10**

## indicadores de progresso

que refletem os compromissos nacionais relacionados à Estratégia Global em 2020, e já informados em 2018 (esses indicadores também são endossados na Década).



---

Uma década de ação cria urgência para atender às necessidades e os direitos das pessoas idosas e para gerar mudanças transformadoras.

---

**10 pesquisas** sobre maneira de operacionalizar, desenvolver métricas, e medir o envelhecimento saudável, comparando dentro dos países e entre eles.

**12**

**sínteses de evidência das intervenções**

que buscam melhorar o envelhecimento saudável, métodos para síntese de evidência, revisões das diretrizes existentes, ou identificação de lacunas de evidências.

**350**

**casos**

de como governos, sociedade civil, setor privado e as próprias pessoas idosas estão criando novas evidências, desenvolvendo e implementando ações que promovem o envelhecimento saudável, com mais de 40 casos retidos (muitos abordam as quatro áreas para ação da Década, enquanto todos focam na otimização da habilidade funcional das pessoas idosas).

**55**

**estudos existentes, nacionalmente representativos**

com dados sobre as pessoas idosas, revisados para potencial inclusão, harmonização e análise (estudos de 42 países atendem aos critérios e oferecem resultados comparativos).

A OMS e especialistas externos fizeram a revisão por pares do relatório, com estimativas do envelhecimento saudável se beneficiar de uma consulta formal com os países. Diversos documentos de referência, e acesso aos métodos de análise e código estatístico, estão disponíveis e alinhados com as políticas da OMS.<sup>10</sup>

# ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

## **Envelhecimento saudável é relevante para todos.**

Envelhecimento saudável é o processo de desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada. A habilidade funcional reflete as capacidades físicas e mentais de um indivíduo, os ambientes que habita, e as maneiras como cada pessoa interage com seu ambiente.

**Promover o envelhecimento saudável requer liderança e compromisso** para assegurar que plataformas políticas e operacionais existam para ação multissetorial efetiva. É necessária a colaboração entre governo e atores não governamentais, incluindo projetistas de serviços, provedores de serviço, acadêmicos e as próprias pessoas idosas.

À medida que as pessoas envelhecem, suas necessidades de saúde tendem a ficar mais crônicas e complexas. **É preciso uma transformação na forma de projetar os sistemas de saúde, inclusive os serviços de saúde primários, para garantir acesso conveniente a serviços integrados que foquem nas necessidades e direitos das pessoas idosas.** As necessidades não se associam apenas com a necessidade de cuidados ou a capacidade de ter as necessidades básicas atendidas. Elas também estão relacionadas com o desejo dos indivíduos de contribuir para a sociedade e alcançarem suas metas pessoais de bem-estar. Na maioria dos contextos, isto irá exigir mudanças fundamentais no foco clínico da assistência, e na maneira como o cuidado é organizado, financiado e prestado.

**A criação de ambientes e comunidades amigos das pessoas idosas requer colaboração e coordenação entre diversos setores e com diferentes partes interessadas, inclusive as pessoas idosas.** Os ambientes amigos das pessoas idosas promovem saúde e apoio às pessoas com perda de capacidade. Esses ambientes garantem que as pessoas idosas envelheçam com segurança, continuem a se desenvolver individualmente, e contribuam com suas comunidades, ao mesmo tempo que mantêm autonomia e saúde.

Em todo o mundo, o número de pessoas idosas que exigem cuidados e apoio tem aumentado. **Cada país precisa de um processo contínuo integrado de serviços de cuidados de longo prazo,** que propicie – as pessoas idosas que os requerem - a capacidade de manter o nível melhor possível de funções, e ofereça flexibilidade para atender às necessidades novas e diversas que as pessoas idosas possam ter em casa, em suas comunidades e, quando imprescindível, em outros locais.

## Envelhecimento saudável:

- é uma resposta baseada em direitos para o envelhecimento da população;
- abrange o desenvolvimento humano;<sup>11</sup>
- inclui todas as pessoas, mesmo aquelas que apresentam doenças ou incapacidade;
- permite que as pessoas idosas desempenhem um papel central, incluindo a tomada de decisão sobre sua própria vida;
- diminui as iniquidades acumuladas durante o curso de vida;
- otimiza a habilidade funcional com um enfoque na sociedade como um todo; e
- aborda questões governamentais para enfoques sustentáveis e custo-efetivos.

---

## Envelhecimento saudável é relevante para todos – não só para aqueles que não apresentam doenças.

---

Apesar das muitas contribuições das pessoas idosas para a sociedade e sua ampla diversidade, as atitudes **negativas** sobre as pessoas idosas são comuns nas sociedades, e raras vezes são questionadas. **Estereótipo** (como pensamos), **preconceito** (como sentimos), e **discriminação** (como agimos) em relação às pessoas, com base em sua idade – denominado **idadismo** – afeta as pessoas de todas as idades, mas tem efeitos particularmente deletérios para a saúde e bem-estar das pessoas idosas.<sup>2</sup> **Todos os países precisam de programas para reduzir e eliminar o idadismo** em vários setores – incluindo saúde, emprego, e educação – e campanhas para aumentar o conhecimento público e promover diversidade. Além disso, quando o idadismo cruza com outras formas de discriminação, pode

ser particularmente desvantajoso para mulheres idosas, pessoas idosas com incapacidades, e pessoas idosas que são, de algum modo, marginalizados em termos sociais ou econômicos.

Como este relatório de linha de base documenta, dados comparáveis de todo o mundo são limitados, e muitos países ainda não têm dados suficientes sobre pessoas idosas. Faltam dados qualitativos, e os dados que refletem os processos participativos.<sup>12</sup> Isso impede um entendimento completo das questões de saúde, necessidades e preferências das pessoas idosas em seus contextos específicos, e da utilidade das intervenções para abordá-las. **Pesquisa com foco, maior coleta de dados, e mensuração aprimorada são essenciais para entender melhor e atuar no envelhecimento saudável.**

Envelhecimento saudável é sobre criar as oportunidades que permitem as pessoas serem e fazerem o que valorizam ao longo de sua vida. Não ter doenças ou deficiências não é um requisito para o envelhecimento saudável; muitas pessoas idosas apresentam um ou mais problemas de saúde, e quando bem conduzidos, em um contexto facilitador, influenciam pouco em seu bem-estar. Pelo contrário, **otimizar a habilidade funcional é fundamental para o envelhecimento saudável.**

### OMS DEFINE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL COMO

“o processo de desenvolver e manter a habilidade funcional que permite bem-estar na idade mais avançada”.

# Os três componentes do envelhecimento saudável

Em 2016, todos os Estados-Membros da OMS endossaram a meta do envelhecimento saudável. A OMS esclareceu ainda mais os conceitos<sup>13</sup> e definições do envelhecimento saudável, para ajudar a medi-lo de uma maneira comparativa em diferentes países e momentos. Os três componentes do envelhecimento saudável são a habilidade funcional, a capacidade intrínseca, e os ambientes.<sup>4</sup>

como as pessoas interagem com seu ambiente

## OS AMBIENTES

são onde as pessoas vivem e conduzem sua vida. Os ambientes configuram o que as pessoas idosas, com um certo nível de capacidade intrínseca, podem ser e fazer. Os ambientes incluem residência, comunidade e sociedade mais ampla, e todos os fatores relacionados a eles.

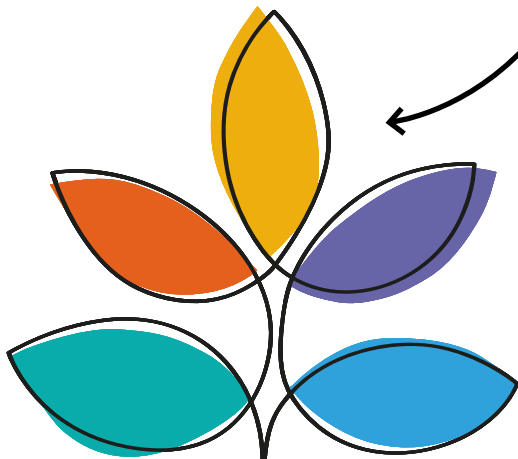
## HABILIDADE FUNCIONAL

A habilidade funcional combina a **capacidade intrínseca** do indivíduo, o **ambiente** em que a pessoa vive, e **como as pessoas interagem com seu ambiente**.

- **Capacidade de suprir as necessidades básicas** para garantir um padrão de vida adequado (como poder comprar alimentos e roupas adequadas, ter moradia apropriada, e serviços de saúde e cuidados de longo prazo, inclusive medicamentos);
- **Capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões** (para fortalecer autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência do indivíduo);
- **Capacidade de ter mobilidade** (para realizar tarefas diárias e participar de atividades);
- **Capacidade de construir e manter relacionamentos** (com crianças e família, parceiros íntimos, vizinhos e outros); e
- **Capacidade de contribuir para a sociedade** (como ao ajudar amigos, orientar jovens, cuidar de familiares, fazer trabalho voluntário, buscar atividades culturais e trabalho).

## CAPACIDADE INTRÍNSECA

abrange todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode utilizar. Os domínios importantes incluem: capacidade locomotora (movimento físico); capacidade sensorial (como visão e audição); vitalidade (energia e equilíbrio); cognição; e capacidade psicológica de um indivíduo.



A OMS esclareceu ainda mais os conceitos e as definições de envelhecimento saudável, para ajudar a medi-lo de uma maneira comparativa, em diferentes países e momentos.

---

## HABILIDADE FUNCIONAL

A **habilidade funcional** combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente onde vive a pessoa, e como as pessoas interagem com seu ambiente. A otimização da habilidade funcional requer contribuições de diversos setores, e uma resposta de governo como um todo para o envelhecimento da população, com importantes papéis e responsabilidades de saúde em todas as políticas, cada uma das funções de sistema de saúde – por exemplo, gestão, financiamento, geração de recursos (capital humano e físico) e prestação de serviços – e a integração de saúde e assistência social.

A **habilidade funcional permite às pessoas serem e fazerem o que valorizam**. Os domínios<sup>13</sup> importantes se referem às capacidades das pessoas de:

1. **ter suas necessidades básicas atendidas para garantir um padrão de vida adequado** (como poder comprar alimentos adequados, roupas, ter moradia apropriada, e serviços de saúde e cuidados de longo prazo, inclusive medicamentos);
2. **aprender, desenvolver e tomar decisões** (para fortalecer autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência da pessoa);
3. **ter mobilidade** (para realizar as tarefas diárias e participar de atividades);
4. **construir e manter relacionamentos** (com crianças e família, parceiros íntimos, vizinhos e outros); e
5. **contribuir para a sociedade** (como ajudar amigos, orientar jovens, cuidar de familiares, fazer trabalho voluntário, buscar atividades culturais, e trabalhar).

---

## CAPACIDADE INTRÍNSECA

A **capacidade intrínseca** abrange todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode usar.

Os domínios importantes<sup>14</sup> incluem:

1. **capacidade locomotora (movimento físico);**
2. **capacidade sensorial (como visão e audição);**
3. **vitalidade (energia e equilíbrio);**
4. **cognição; e**
5. **capacidade psicológica.**

Desenvolver e manter a capacidade intrínseca de uma pessoa no curso da vida, com uma conotação positiva que acumula reserva, são fatores adicionais para envelhecimento saudável. Esta estrutura positiva, porém, reconhece que o nível da capacidade intrínseca é influenciado por vários fatores, inclusive a presença de doenças ou lesões, e mudanças psicológicas e relacionadas à idade. Os domínios da capacidade intrínseca estão interrelacionados. As pessoas idosas que apresentam declínios exigem uma abordagem integrada, centrada na pessoa, para avaliação e administração. Por exemplo, a audição ajuda as pessoas se comunicar, manter autonomia e manter saúde mental e cognição. Diminuições significativas estão estreitamente relacionadas com a dependência de cuidados na idade mais avançada.

---

## AMBIENTES

**Os ambientes** são onde as pessoas vivem e conduzem sua vida. Os ambientes configuram o que as pessoas idosas, com um certo nível de capacidade intrínseca, podem ser e fazer. Os ambientes incluem residência, comunidade e sociedade mais ampla, e todos os fatores dentro deles. Os principais domínios<sup>15</sup> estão relacionados a:

1. **produtos, equipamentos e tecnologia que facilitam movimento, visão, memória e funções diárias;**
2. **as áreas naturais ou edificadas;**
3. **apoio emocional, assistência e relacionamentos propiciados por outras pessoas e animais;**
4. **atitudes (pois influenciam comportamento, tanto negativa como positivamente); e de modo mais amplo**
5. **serviços, sistemas e políticas que podem ou não contribuir para melhor funcionalidade em idade mais avançada.**

Os ambientes fornecem uma variedade de recursos ou barreiras que, em último caso, decidirão se as pessoas idosas podem se engajar ou participar em atividades que lhes interessam. O desenvolvimento de ambientes facilitadores, amigáveis às pessoas idosas, que otimizam a habilidade funcional, é outro aspecto essencial para o envelhecimento saudável.

Para os três componentes do envelhecimento saudável, cada um dos cinco domínios identificados é descrito com mais detalhes no **Anexo 1**.

Esses componentes também descrevem a pessoa em sua integridade, e não com foco em doenças específicas → 1.2.



1.2

## Perspectiva integral e centrada na pessoa

O envelhecimento saudável olha a pessoa em sua integridade, em seu ambiente único.<sup>13,15,16</sup> Descrever e melhorar a habilidade funcional, capacidade intrínseca, e ambientes – os três componentes do envelhecimento saudável – representam uma mudança de paradigma na forma de pensar sobre as pessoas idosas e o envelhecimento. Informações sobre os diversos domínios de cada componente podem ajudar a priorizar e adaptar intervenções para atender às necessidades, preferências e metas de uma pessoa idosa, em seu contexto único. Isto mostra a importância de otimizar o que é significativo para as pessoas idosas.

Esta perspectiva contrasta com enfoque apenas no diagnóstico e tratamento de doenças. Por exemplo, a foto A se concentra na manifestação da artrite. Informações sobre pessoas idosas se resumem a descrever a doença e, se há outras condições ou doenças, podem não ser consideradas junto, e o contexto permanece desconhecido.

Compreender o envelhecimento saudável requer uma descrição da gama completa de habilidades e capacidades do indivíduo, no contexto de seu ambiente e suas metas. Este é o caso, se uma pessoa não tem nenhuma doença ou várias comorbidades.


A foto B amplia a foto A para mostrar uma pessoa abotoando o casaco de uma criança, e representa um passo em direção a uma imagem mais significativa e completa do funcionamento da pessoa, ou por extensão, de populações.

Com o passar do tempo, as medidas de capacidade intrínseca<sup>17</sup> (como força de preensão manual, densidade óssea, função cardiovascular e pulmonar) e habilidade funcional (como capacidade de se vestir, caminhar distâncias curtas, comunicar por Skype, Facebook ou outras mídias sociais, cuidar de adultos ou crianças doentes ou deficientes) podem ser melhores para prever declínios futuros que uma pessoa idosa pode experimentar<sup>18,19</sup> – assim como a mortalidade<sup>20,21</sup> – em comparação a mensurar doenças ou contar morbidades. Estas evidências ressaltam a importância de integrar avaliações centradas na pessoa de capacidade intrínseca e habilidade funcional de pessoas idosas, na atenção primária, clínica geral e atenção geriátrica, como promovido no manual da OMS Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária.<sup>22</sup>







Diferentes fatores formam a capacidade intrínseca das pessoas e os ambientes em que vivem. Com o tempo, esses fatores resultam em trajetórias de capacidade intrínseca e habilidade funcional para cada indivíduo, ou um grupo de pessoas. Quase todos os fatores determinantes de envelhecimento saudável podem ser influenciados por políticas .

As trajetórias são também influenciadas por eventos locais e globais, como demonstrado no começo desta década pela pandemia de COVID-19, e podem ser configuradas por outros fatores, como mudança climática.



## Processo dinâmico ao longo do curso de vida

Diversos fatores e caminhos potenciais formam as trajetórias do envelhecimento saudável. Três perspectivas são essenciais para compreender por que o envelhecimento saudável é um processo dinâmico, relevante para todas as pessoas.

**Primeiro, uma perspectiva de curso de vida sugere que a capacidade intrínseca durante o desenvolvimento inicial,<sup>23</sup> e durante as etapas críticas ou períodos de vida, pode ser influenciada por uma variedade de fatores** (biológicos, socioeconômicos e ambientais).<sup>24</sup> Isto, por sua vez, influencia na idade de obtenção da função máxima, início potencial e velocidade de declínios.<sup>25</sup> As intervenções voltadas para gravidez, primeiro ano de vida, infância e adolescência, com objetivo de melhorar a capacidade intrínseca na primeira metade da vida, pode ajudar os indivíduos a alcançarem seu pleno potencial de saúde. Ademais, estilos de vida saudáveis e ambientes facilitadores durante a vida adulta ajudam a manter as capacidades intrínsecas após chegar à capacidade máxima (**Figura 1.1**). Elas minimizam o risco de declínios precoces (por exemplo, ao reduzir a incidência de doenças não transmissíveis – DNTs – como doença cardiovascular e pulmonar crônica, diabetes, e alguns tipos de câncer, que são associadas a reduções acentuadas nas capacidades das pessoas idosas).

**Em segundo lugar, uma abordagem dos determinantes sociais da saúde traz mais informações sobre o impacto acumulado na saúde, das desvantagens ou privilégios sociais e econômicos, que classificam as pessoas em diferentes trajetórias de curso de vida.**<sup>26</sup> Essas trajetórias formam oportunidades e vulnerabilidades, à medida que as pessoas envelhecem, e contribuem para sua habilidade funcional.<sup>27</sup> Transmissão intergeracional das iniquidades em saúde pode alterar as trajetórias do envelhecimento saudável a partir do nascimento.<sup>28</sup> Os dados indicam que essas duas perspectivas nos auxiliam a identificar e compreender o que contribui para o envelhecimento saudável.

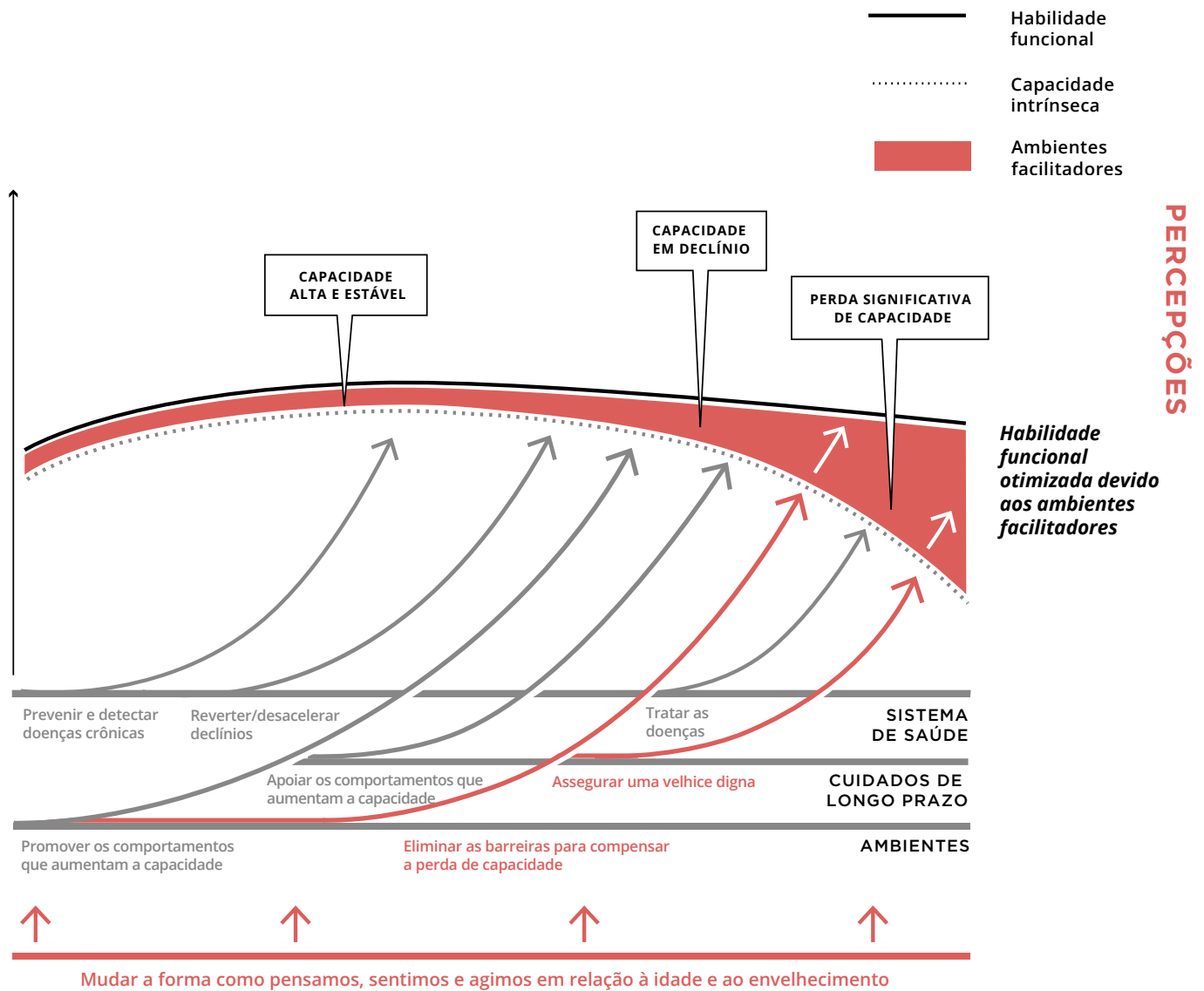
**Em terceiro lugar, quase todos esses determinantes subjacentes são passíveis de mudança nas políticas.** Uma revisão sistemática de 2018 apresenta evidências na relação entre cinco tipos de determinantes (demográfico, biológico, comportamental, psicológico e social) e seu impacto no envelhecimento saudável ao longo do tempo.<sup>29</sup> De modo semelhante, os resultados de uma análise de estudos de coortes longitudinais (que acompanham as mesmas pessoas ao longo do tempo) também mostram os impactos positivos de níveis mais altos de educação, riqueza e atividade física,<sup>30,31</sup> nas trajetórias que levam a melhor saúde na idade mais avançada. As políticas nos diferentes níveis (domicílio, comunidades, regional, nacional ou mundial), podem melhorar esses determinantes e sua contribuição para otimizar o envelhecimento saudável.

**As ações que eliminam discriminação e melhoram as condições socioeconômicas, provavelmente irão aprimorar a trajetória de envelhecimento saudável para todos.**

**FIGURA 1.1**

## Trajetoórias de envelhecimento saudável

### Otimizando a habilidade funcional



# AGILIZAR A IMPLEMENTAÇÃO E OTIMIZAR A HABILIDADE FUNCIONAL

A Década se compromete com colaboração e ação nos próximos 10 anos, ou seja, 2021-2030. Nosso desafio é ver melhorias significativas e mensuráveis na vida das pessoas idosas, suas famílias e suas comunidades até 2030. É necessário estabelecer parcerias com as pessoas idosas e a sociedade civil, que representam expectativas das pessoas idosas, e com os tomadores de decisão nos governos, inclusive com ministérios da saúde e aqueles que projetam e implementam programas comunitários. Em cada país, muitos outros setores precisam ser envolvidos para melhorar o envelhecimento saudável – incluindo educação, finanças, cuidado de longo prazo, proteção social, trabalho, moradia, transporte, informação e comunicação.

**Encontrar uma maneira de implementar e manter o compromisso com objetivos de maior prioridade é essencial para um processo transformador que traga impacto.**

É necessário um enfoque objetivo e sistemático para apoiar as prioridades e motivar ação. O enfoque deve:

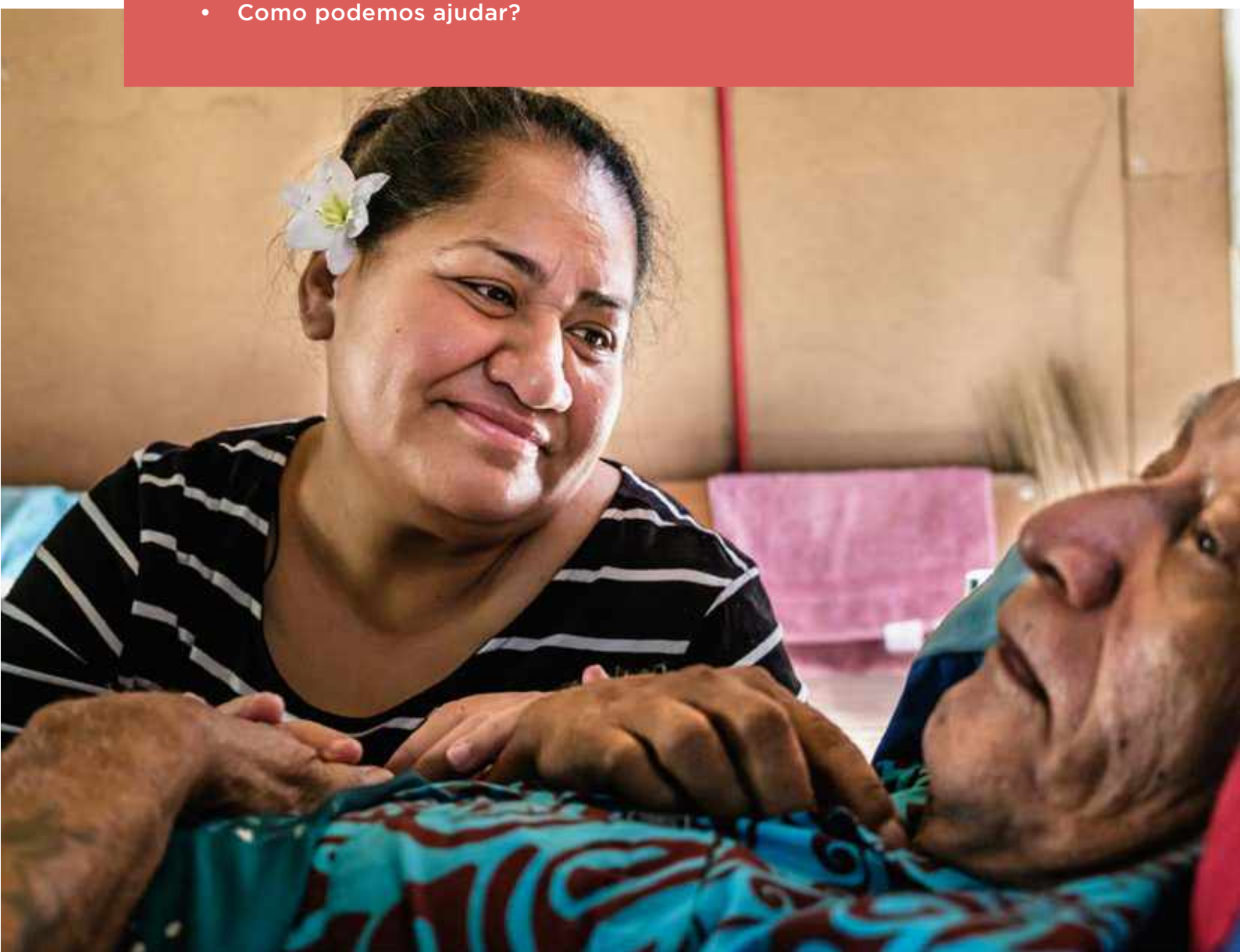
- atender as necessidades e expectativas das pessoas idosas e suas famílias, e dos formuladores de políticas;
- apresentar evidências de que seja aplicável diretamente às pessoas idosas ;
- projetar programas que desenvolvam e mantenham a habilidade funcional as pessoas idosas dentro de suas comunidades; e
- desenvolver a capacidade do sistema e motivação com ambição, foco, clareza, urgência e irreversibilidade.

Acelerar a expansão de programas efetivos com impacto na habilidade funcional que abrange todas as pessoas idosas requer:

- participação significativa e empoderamento das pessoas idosas;
- monitoramento contínuo e avaliação do processo e impacto na vida das pessoas; e
- compartilhamento de rotina das experiências avaliadas e aprendizagem nas comunidades e países.

A mudança transformadora requer sistemas que permitem a um líder no governo, e em outros setores, incluindo a sociedade civil, perguntar e responder essas perguntas básicas,<sup>32</sup> de forma coerente e rigorosa:

- O que estão tentando fazer?
- Como estão planejando fazer?
- Como, em qualquer momento, saberão se estão no caminho certo?
- Se não estiverem no caminho certo, o que pretendem fazer?
- Como podemos ajudar?





## **Década** do **envelhecimento** **saudável**

A colaboração forte para mudança transformadora irá se beneficiar dos seguintes quatro facilitadores descritos na Década:

- 1** escutar diversas opiniões e permitir engajamento participativo das pessoas idosas, familiares, cuidadores, jovens e comunidades;
- 2** criar liderança e treinamento para ação integrada em todos os setores;
- 3** conectar diversas partes interessadas em todo o mundo, para compartilhar e aprender com a experiência dos outros; e
- 4** fortalecer dados, pesquisa e inovação para agilizar a implementação.

**Um caminho<sup>33</sup> reúne esses facilitadores para agilizar a implementação e otimizar a habilidade funcional**

(Figura 1.2). O objetivo é superar barreiras na produção e tradução da pesquisa,<sup>34</sup> e na sua captação em um contexto específico.<sup>35</sup> Isto inclui:

- as evidências limitadas ou subutilizadas sobre o que pode ser feito, na prática, em uma perspectiva centrada na pessoa;<sup>36</sup>
- programas existentes limitados para avaliar (já que pessoas idosas são frequentemente excluídas);
- a demanda limitada por evidências pelos tomadores de decisão;
- mecanismos limitados para permitir diálogo e tradução, que respondem às prioridades dos formuladores de políticas e de outras partes interessadas; e
- mecanismos limitados para assegurar que as prioridades ambiciosas, endossadas no plano de ação da Década, serão mantidas em uma determinada comunidade, país ou em âmbito global.

Com base nas estratégias existentes da OMS, o caminho adota uma abordagem gradual para identificar prioridades, pesquisa,<sup>37</sup> tradução de conhecimento para envelhecimento e saúde,<sup>38,39</sup> e expansão<sup>40,41,42,43</sup> para acelerar a implementação de intervenções que otimizem a habilidade funcional. A motivação da OMS para entregar impacto na vida dos indivíduos está relacionada com as metas ambiciosas dos Três Bilhões,<sup>44</sup> e oferece as melhores ferramentas de gestão de desempenho. Juntos, irão fornecer os ingredientes para uma diretriz transformadora:

**ESCLARECER:** Entender o que será otimizado dentro de cada domínio de habilidade funcional, e priorizar o que é importante para as pessoas idosas e tomadores de decisões, com o objetivo de iniciarem a transformação.

**IDENTIFICAR:** Coletar evidências nas intervenções (abordando capacidade intrínseca, ambientes e habilidade funcional), combinar pesquisas que mostrem o tamanho do efeito em pessoas idosas, e sejam avaliadas para uso local ou nacional, e compreender as capacidades para colocar em prática as intervenções.

**PROJETAR E ANALISAR:** Elaborar programas de saúde e sociais, ou outros multissetoriais, para fazer intervenções, analisar com as pessoas idosas e suas famílias se são factíveis e aceitáveis (por exemplo, através de estudos-piloto), e documentar se funcionam em condições de estudo (por exemplo, estudos em diversos países ou centros).

**AVALIAR:** Aprender como são implementados na prática, e documentar efetividade, incluindo o que funciona ou não, na prática; empregar as ferramentas de solução de problemas para compreender como a implementação é facilitada, desbloquear os gargalos de execução, documentar rotineiramente, e compartilhar aprendizados a partir de diferentes meios.

**ALCANÇAR:** Aumentar a escala e sustentabilidade dos programas sistematicamente, e alcançar as pessoas idosas que, de outro modo, poderiam ser marginalizadas, discriminadas ou abandonadas, criando intervenções que têm mais impacto.

**AGILIZAR O IMPACTO:** Alcançar os objetivos em um prazo, ao comunicar resultados, engajar novas partes interessadas e recursos, promover transferência de aprendizado (incluindo abordagens e tecnologias), e estimular inovação contínua para construir uma cultura para impacto.

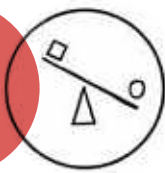
FIGURA 1.2

# O caminho para otimizar a habilidade funcional





4



## AVALIAR

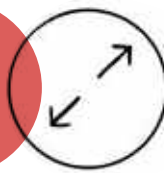
Avaliar o que realmente funciona ou não, na prática, em cada contexto

*Não causar dano e não aumentar desigualdade*

### Como pode ser feito?

- Pode ser feito?
- Quem participa?
- Quem fornece?
- Como é entregue?
- O que é único neste contexto?
- Que necessidades, direitos e/ou valores são abordados?
- Como abordar as barreiras e gargalos?

5

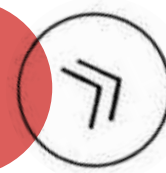


## ALCANÇAR

Abordar escalabilidade, não deixar ninguém para trás

- Ampliar no sentido vertical
- Ampliar no sentido horizontal
- Não deixar ninguém para trás
- Garantir eficácia e sustentabilidade
- Monitorar efetividade e impacto

6



## INCREMENTAR O IMPACTO

Manter e aumentar efetividade e eficiência

- Comunicar o impacto
- Engajar mais partes interessadas
- Mobilizar novos recursos
- Promover transferência de tecnologia
- Estimular pesquisas e ciclo de inovação
- Construir uma cultura para impacto

# ESTE RELATÓRIO DE LINHA DE BASE CRIA AS CONDIÇÕES PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021 – 2030

## 1

### PRINCIPAIS MENSAGENS:

● **Envelhecimento saudável é um processo dinâmico**, que inclui todas as pessoas idosas e demanda uma abordagem de todo o conjunto da sociedade. É formado por três componentes – habilidade funcional, capacidade intrínseca, e ambientes.

● **Os governos e outras partes interessadas se comprometeram a alcançar melhorias significativas e mensuráveis até 2030** na vida das pessoas idosas, suas famílias e suas comunidades. Colocar isso em prática exige usar da contribuição de todos os facilitadores da Década, incluindo o fortalecimento de dados, pesquisa e inovação para agilizar a implementação.

● **A colaboração forte para mudanças transformadoras requer a construção de sistemas que permita a líderes, cientistas e sociedade civil, incluindo pessoas de todas as idades** –em uma ampla gama de setores, comunidades e disciplinas – que façam e respondam perguntas básicas. Essas questões incluem: Onde estamos em 2020, preparando para esta Década? Que melhorias podemos esperar e trabalhar nesta direção, até 2030? Estamos no caminho certo? Como podemos aumentar o impacto na vida das pessoas idosas, suas famílias e suas comunidades? Como podemos ajudar? Quais são os próximos passos?

● **Um caminho transformador mostra como isso pode ser feito.** As evidências, casos e programas coletados e revisados, do mundo todo, mostram cada componente do caminho através de uma série de narrativas descritas na Seção 4. Embora os programas ou outras intervenções centradas na habilidade funcional sejam relativamente novos, os casos selecionados refletem uma variedade estimulante de compromissos, atividades e impactos.

**A Década enfatiza o papel central das pessoas idosas, identifica quatro áreas prioritárias para ação, e reconhece que aquilo que é mensurável leva à ação.**



As outras seções deste relatório de linha de base abordam as seguintes perguntas:

---

# 2

## A SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Onde estamos agora?

A Seção 2 descreve como medimos o envelhecimento saudável, mostra quais componentes da habilidade funcional e capacidade intrínseca têm dados comparáveis, e fornece um resumo dos níveis atuais em 42 países, por idade, sexo e escolaridade. A Seção 2 também demonstra a viabilidade de avaliar os ambientes a partir de mapas digitais georreferenciados. Os casos ilustram análise adicional e mostram como os dados existentes são usados e aplicados para melhorar programas que apoiam as pessoas idosas.

---

# 3

## PROGRESSO ATUAL E MELHORIAS ESPERADAS ATÉ 2030

Em quais melhorias podemos trabalhar até 2030?

A Seção 3 acompanha os indicadores nacionais de progresso da Década, mostrando as melhorias entre 2018 e 2020, para cada Região da OMS. A seção compara o ritmo de aumento na expectativa de vida com o da expectativa de vida saudável, com essa refletindo os anos de vida usufruídos com boa saúde. A seção considera diferentes cenários sobre se podemos melhorar as estimativas da linha de base de capacidade para “atender a algumas necessidades básicas” até 2030 – o único domínio de habilidade funcional parcialmente representado com dados na Seção 2.

---

# 4

## OTIMIZAÇÃO DA HABILIDADE FUNCIONAL DAS PESSOAS IDOSAS ATÉ 2030

Como podemos incrementar a melhoria na habilidade funcional até 2030?

A Seção 4 usa o caminho apresentado na Seção 1 e, para cada domínio da habilidade funcional, apresenta os casos do mundo todo, mostrando o que está sendo feito atualmente com as pessoas idosas. Isso inclui as quatro áreas prioritárias de ação e quatro facilitadores identificados na Década. A seção demanda avaliação posterior das intervenções e dos aprendizados compartilhados, para incrementar o impacto. Destaca como as intervenções centradas nas DNTs podem ser integradas nas abordagens centradas na pessoa, que promovem o envelhecimento saudável.

---

# 5

## UMA NOVA DÉCADA DE AÇÃO

Quais são os próximos passos?

A otimização de habilidade funcional e incremento do impacto mensurável na vida das pessoas idosas são os principais objetivos da Década. A Seção 5 associa esses objetivos às metas dos Três Bilhões da OMS, que abordam maior cobertura universal de saúde, melhor proteção para as emergências em saúde, e desfrutar de mais saúde e bem-estar. O relatório termina descrevendo as próximas etapas no monitoramento dos avanços, para aumentar a visibilidade das pessoas idosas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Ambos são marcos importantes rumo a 2030.



# 2

## ONDE ESTAMOS AGORA? SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Medindo o envelhecimento saudável

## CONCEITOS, DEFINIÇÕES, MENSURAÇÃO

A OMS adotou uma abordagem sistemática para medir o envelhecimento saudável. Conceitos, definições e áreas importantes que precisam ser compreendidos e medidos – que refletem este reenquadramento abrangente do envelhecimento saudável em pessoas idosas – foram apresentados na Seção 1.

Para esta linha de base global de 2020, o foco é nas pessoas idosas com 60 anos ou mais, e na análise de dados de estudos existentes que representam os países. Vários passos foram empregados para coletar os estudos, desenvolver e testar métricas, e harmonizar e analisar dados → 2.1.

Os dados do maior número de países - que atenderam os critérios e o enfoque da análise - foram compilados para medir cada componente do envelhecimento saudável, inclusive todos os domínios, e para produzir resultados comparáveis. Com base nas etapas realizadas, 42 países têm estimativas para um domínio da habilidade funcional (37 países) ou para dois itens que contribuem para a capacidade intrínseca (36 países). E 31 países têm estimativas para ambos.

Os resultados de 42 países incluem dados sobre 151.718 pessoas idosas (60 anos ou mais), com 68.456 homens (45%) e 83.262 mulheres (55%). Com base nas estimativas populacionais da ONU para 2020, esses 42 países têm uma população de 678,5 milhões de pessoas idosas, que representam 16% da população total desses países, e 65% de todas as pessoas idosas do mundo todo (**Anexo 2**).

---

Resultados de **42 países**  
incluem dados sobre **151 718 pessoas idosas**  
(60 anos ou mais),  
com **68 456 homens (45%)** e  
**83 262 mulheres (55%)**

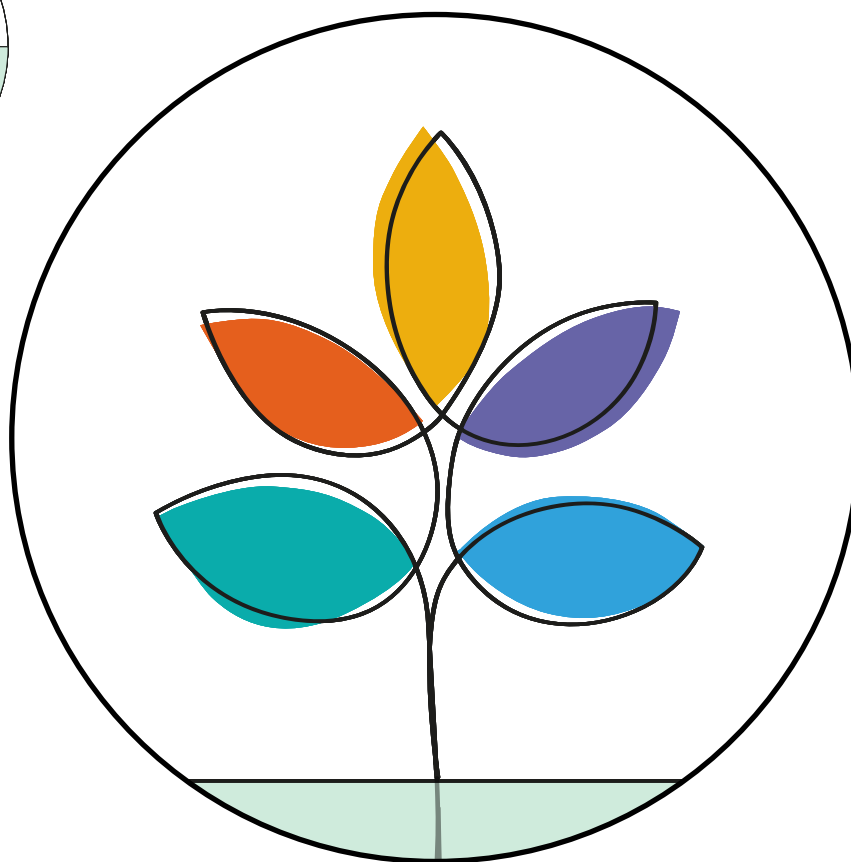
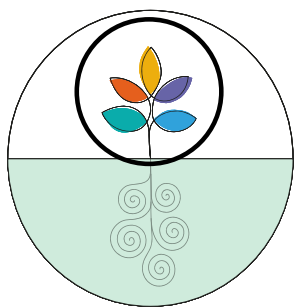
---





## Etapas para medir habilidade funcional e capacidade intrínseca<sup>45</sup>

- Estudos nacionalmente representativos, com um rico conjunto de itens (perguntas, testes de desempenho, marcadores biológicos), foram conduzidos com grandes amostras de pessoas idosas, e usados para explorar dados para todos os componentes do envelhecimento saudável. A análise dos estudos realizados no Canadá, Índia e EUA,<sup>46,47</sup> confirmou que o envelhecimento saudável reflete um conceito multidimensional, mostrando que os componentes e domínios do envelhecimento saudável estão relacionados. Isto também provou que o envelhecimento saudável pode ser medido através de estudos existentes, em diferentes países, se forem incluídos itens comparáveis, em quantidade suficiente, nesses estudos.
- Os itens geralmente utilizados nos estudos existentes correspondem a cada um dos cinco domínios de capacidade intrínseca e habilidade funcional, e foram revisados por especialistas técnicos da OMS para assegurar coerência com os padrões de medição existentes. Os ambientes foram excluídos por causa dos itens limitados e padrões de medição insuficientes. Isto resultou em 27 itens para quatro dos cinco domínios da habilidade funcional (falta: aprender e tomar decisões), e 25 itens para capacidade intrínseca em cada um dos cinco domínios (**Anexo 3**).
- Estudos nacionalmente representativos sobre pessoas idosas, com dados coletados entre 2013 e 2019, foram identificados com base no último ano disponível. Refletem principalmente as pesquisas domiciliares com entrevistas das pessoas idosas que vivem nas suas casas (e não incluem pessoas que vivem em instituições, como as de longa permanência para pessoas idosas). A OMS obteve acesso aos dados de estudos em 55 países, e 52 liberaram para análise da OMS até junho de 2020.
- Para os 52 estudos na análise, os itens comparáveis (seguindo um exercício de harmonização) com dados de qualidade (menos de 40% de falta em qualquer item) correspondem à capacidade intrínseca ou habilidade funcional. Maximizar o número de países com dados comparáveis na análise de linha de base teve prioridade em relação a incluir um grande conjunto de itens: 42 estudos de países satisfizeram os critérios de medir certos aspectos da habilidade funcional ou capacidade intrínseca. Contudo, é necessário um mínimo de três itens comparáveis nos países para estimar uma pontuação para cada componente ou domínio.
- Uma abordagem estimativa (modelo combinado de fator múltiplo-ordinal contínuo) foi aplicada aos dados de 42 países para calcular uma pontuação para todos os países na mesma escala. Isto permitiu itens com categorias ordenadas (por exemplo, sim, não), e com escalas de resposta contínuas (por exemplo, numeradas) serem incluídos, e representa a relação entre habilidade funcional e capacidade intrínseca. Para a análise de linha de base, isto resultou em um fator preenchendo todos os critérios, que mede parcialmente um domínio de habilidade funcional – ou seja, capacidade para atender algumas necessidades básicas, refletindo três itens. Esta escala vai de 0 (mais baixo) a 100 (mais alto) para a possibilidade de interpretação. Para a capacidade intrínseca, somente dois itens comparáveis satisfizeram os critérios, correspondendo à cognição e à vitalidade. Esses são transformados em pontuações padronizadas, que refletem dados agrupados e harmonizados dos países, e são notificados separadamente como marcadores para capacidade intrínseca.
- Para cada país, pontuações estimadas médias estão disponíveis por cada idade ou pelas faixas etárias quinquenais (de 60-64 a 90 anos ou mais), por homens e mulheres, e escolaridade. Todas as pontuações estimadas são padronizadas por idade, aplicando a População Padrão Mundial da OMS.
- Estimativas populacionais representativas de pessoas idosas não institucionalizadas, para cada país, refletem os pesos das amostras específicas da pesquisa e de pessoas. As estimativas populacionais agrupadas são ponderadas para a população de cada país, e aplicam a proporção de pessoas em cada faixa de pontuação de 20 pontos para as estimativas de população da ONU para 2020.



## HABILIDADE FUNCIONAL

*O que é mensurado na linha de base?*

**Três itens abordam a capacidade de atender a algumas necessidades básicas**

Estudos de 37 países têm dados comparáveis sobre a capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas (**Anexo 2**). Esses 37 países têm 514 milhões de pessoas idosas, que representam 20% de sua população total, e 49% de todas as pessoas idosas do mundo, em 2020. Os resultados são divulgados por dados agrupados nos países, e visualizados por uma cor diferente para cada país.

A habilidade funcional (limitada a atender algumas necessidades básicas) reflete a interação de uma pessoa com seu ambiente. Três elementos constituem esta pontuação:

- capacidade de se vestir;
- capacidade de tomar medicamentos; e
- capacidade de administrar dinheiro.



## 2.2

## Somente três itens comparáveis para medir a capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas

As perguntas sobre a capacidade de realizar as atividades diárias para atender às necessidades básicas estão entre as perguntas mais comuns, que podem ser usadas para avaliar a habilidade funcional das pessoas idosas.<sup>48</sup> Perguntas relacionadas a acesso aos serviços e padrão de vida adequado envolvem diferentes fenômenos individuais.<sup>49</sup> Todos refletem a capacidade da pessoa de ter suas necessidades básicas diárias atendidas, como administrar dinheiro, contas e finanças.

Os três itens incluídos na análise – **a capacidade de se vestir, tomar medicamentos e administrar dinheiro** – foram incluídos diversas vezes em pesquisas nacionais, e foram os itens mais comuns em 37 dos 52 estudos que participaram da análise, e correspondem ao domínio de atender às necessidades básicas (**Anexo 3**). O tanto que as pessoas idosas são capazes de essas e outras atividades no dia a dia, é altamente dependente de seus níveis de capacidade intrínseca (física e mental) e de seu ambiente.

As características ambientais têm um papel fundamental de permitir que as pessoas idosas se adaptem ou compensem as perdas da capacidade intrínseca. Às vezes, o ambiente pode apresentar barreiras evitáveis para atender a algumas necessidades básicas. Por exemplo, etiquetas de medicamentos pouco legíveis e compreensíveis podem impedir o manuseio e ingestão corretos.<sup>50</sup> Como essas atividades estão na intersecção entre as capacidades física e mental do indivíduo, e as características ambientais que as dificultam ou facilitam, refletem, de forma adequada, alguns aspectos da capacidade da pessoa de atender às necessidades básicas.<sup>13</sup> Porém, as perguntas comparáveis sobre outros aspectos da capacidade de ter as necessidades básicas atendidas, como moradia ou dieta adequada, não estão incluídas nas pesquisas existentes, que têm itens sobre a capacidade intrínseca.

Os três itens foram suficientes para criar uma pontuação “atender às necessidades básicas”. O ajuste do modelo foi excelente, com todos os itens contribuindo para a pontuação estimada, de forma significativa.

## FIGURA 2.1

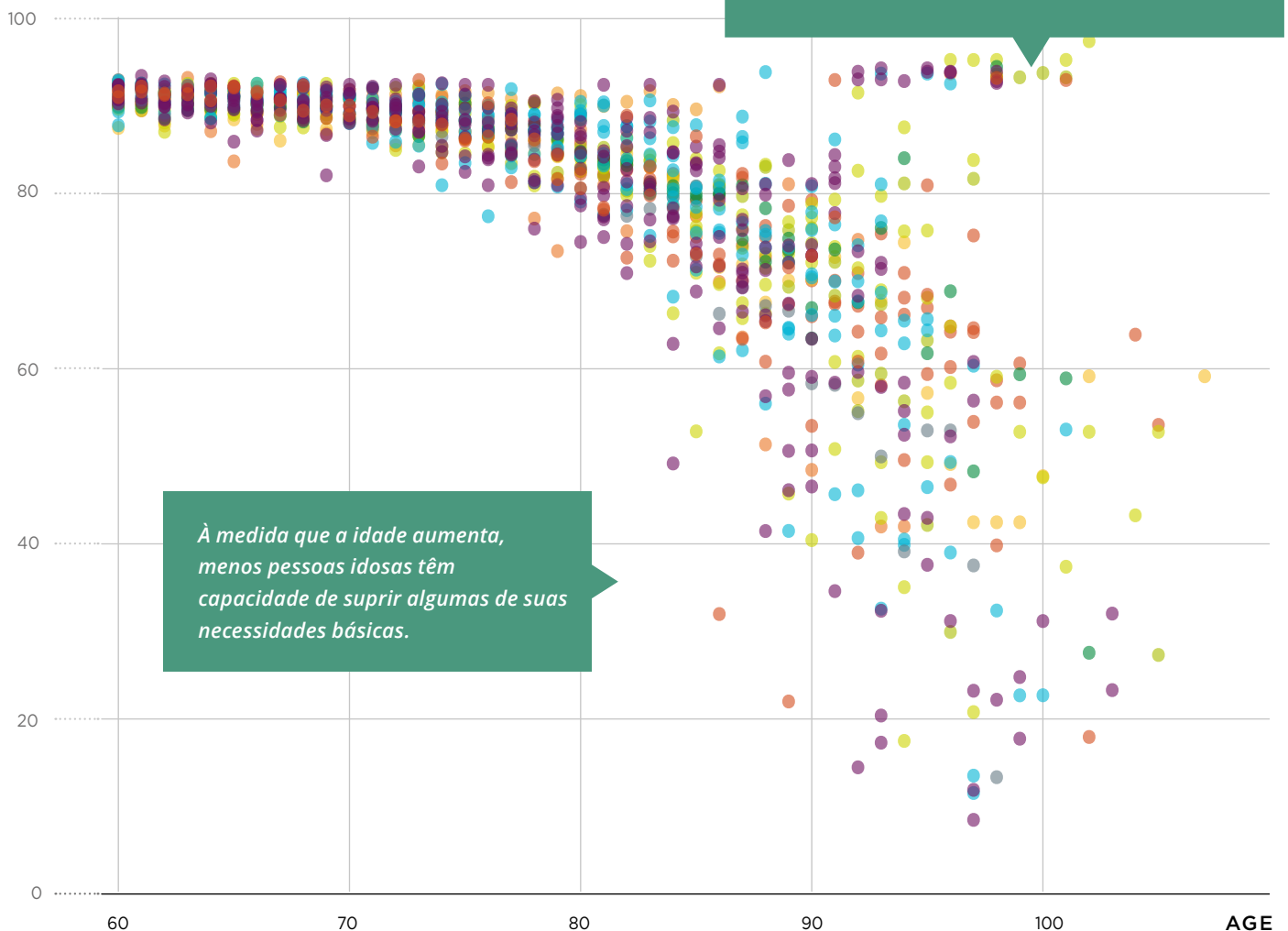
# Capacidade para atender a algumas necessidades básicas por idade, em 37 países\*

Esta pontuação é baseada em mais de 127.000 pessoas idosas, em 37 países\*. Cada cor representa um país diferente. Em cada idade, há 37 pontos, representando a pontuação média em cada idade para cada país.

*Em geral, os indivíduos de alguns países têm pontuações relativamente altas, em idade mais avançadas.*

*Isso demonstra que, em cada idade, as pessoas poderiam ser apoiadas para ter suas necessidades básicas atendidas, ao combinar a manutenção das capacidades intrínsecas, propiciar ambientes facilitadores, e garantir apoio direcionado às que necessitam.*

BASIC NEEDS SCORE



\* Alemanha, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, Chile, China, Chipre, Costa Rica, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Inglaterra, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polônia, Portugal, República Tcheca, Romênia, Sri Lanka, Suécia e Suíça.

## RESULTADOS NOS PAÍSES

**Figura 2.1** ilustra uma visão transversal das pessoas idosas incluídos nos estudos de 37 países.

O gráfico de dispersão ilustra a associação entre a idade e a pontuação estimada para a capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas, que é a capacidade mais básica de ser alcançada. Cada país é representado por uma cor diferente, e a idade no eixo horizontal, a partir de 60 anos. A pontuação estimada está no eixo vertical – 0 é a pior pontuação, e 100, a melhor.

A faixa de pontuação mais alta, 80-100, deve ser alcançável por todos os idosos. Para a média em cada idade, este é o caso para todos os países até cerca de 75 anos. À medida que a idade aumenta, a pontuação diminui, particularmente depois de 80 anos, o que corrobora os dados transversais. Essas médias mascaram uma variação considerável dentro de cada idade.

**Figura 2.2** mostra, nos 37 países incluídos, a pontuação estimada para a capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas, separada para homens e mulheres (homens em azul, mulheres em vermelho).

Em geral, com base nos dados transversais, os homens e mulheres têm capacidades semelhantes de ter algumas necessidades básicas atendidas, entre 60 e 80 anos. Este gráfico de dispersão também mostra as linhas para os percentis de pontuação – 10, 50 e 90 – separados para homens (azul) e mulheres (vermelho). Após 80 anos, mais mulheres são menos capazes de ter algumas de suas necessidades básicas atendidas que os homens, e a diferença aumenta com o avançar da idade. Nas idades mais avançadas, mais mulheres tendem a viver sozinhas, e na pobreza, em comparação com homens.

Outra análise desagregada foi limitada em relação ao que era comparável entre países - ou seja, escolaridade das pessoas. Nos países, as pessoas idosas com os níveis mais altos de escolaridade (ensino médio e superior) – como um marcador de condição socioeconômica – são mais capazes de ter algumas de suas necessidades básicas atendidas, em comparação àqueles com apenas educação fundamental ou nenhuma educação formal. Em muitos países, as diferenças por escolaridade são mais importantes que diferenças entre os homens e mulheres. Dados comparáveis sobre pobreza e riqueza (incluindo bens da família), residência rural-urbana, ou outros marcadores de desigualdade devem estar incluídos no próximo período de relatório.

**Com base na pontuação estimada, a maioria das pessoas idosas (86%) estão na faixa de pontuação mais alta, 80-100. Porém, deve-se dar atenção aos outros 14% de pessoas idosas, que não têm algumas necessidades básicas atendidas, que são necessárias para uma vida com sentido e dignidade.** Esta porcentagem representa cerca de 71 milhões de pessoas idosas nos 37 países. Isso inclui 4% de pessoas idosas – mais de 20 milhões de pessoas idosas nesses 37 países, que têm uma pontuação de baixa de capacidade – ou seja, menos de 40 pontos (no total de 100), que correspondente às duas faixas mais baixas de pontuação.

Essas porcentagens e números refletem as estratégias de amostragem nacionais de cada estudo, mas não incluem as pessoas idosas que vivem nas instituições de longa permanência ou outras organizações. Não havia também itens comparáveis sobre outros aspectos das necessidades básicas, como moradia ou dieta adequada; isso significa que, em cada país, pode haver mais pessoas idosas sem suas necessidades básicas atendidas.

---

*Em cada idade, as pessoas poderiam ser apoiadas para ter suas necessidades básicas atendidas, ao combinar a manutenção das capacidades intrínsecas, propiciar ambientes facilitadores, e garantir apoio direcionado às que necessitam.*

---

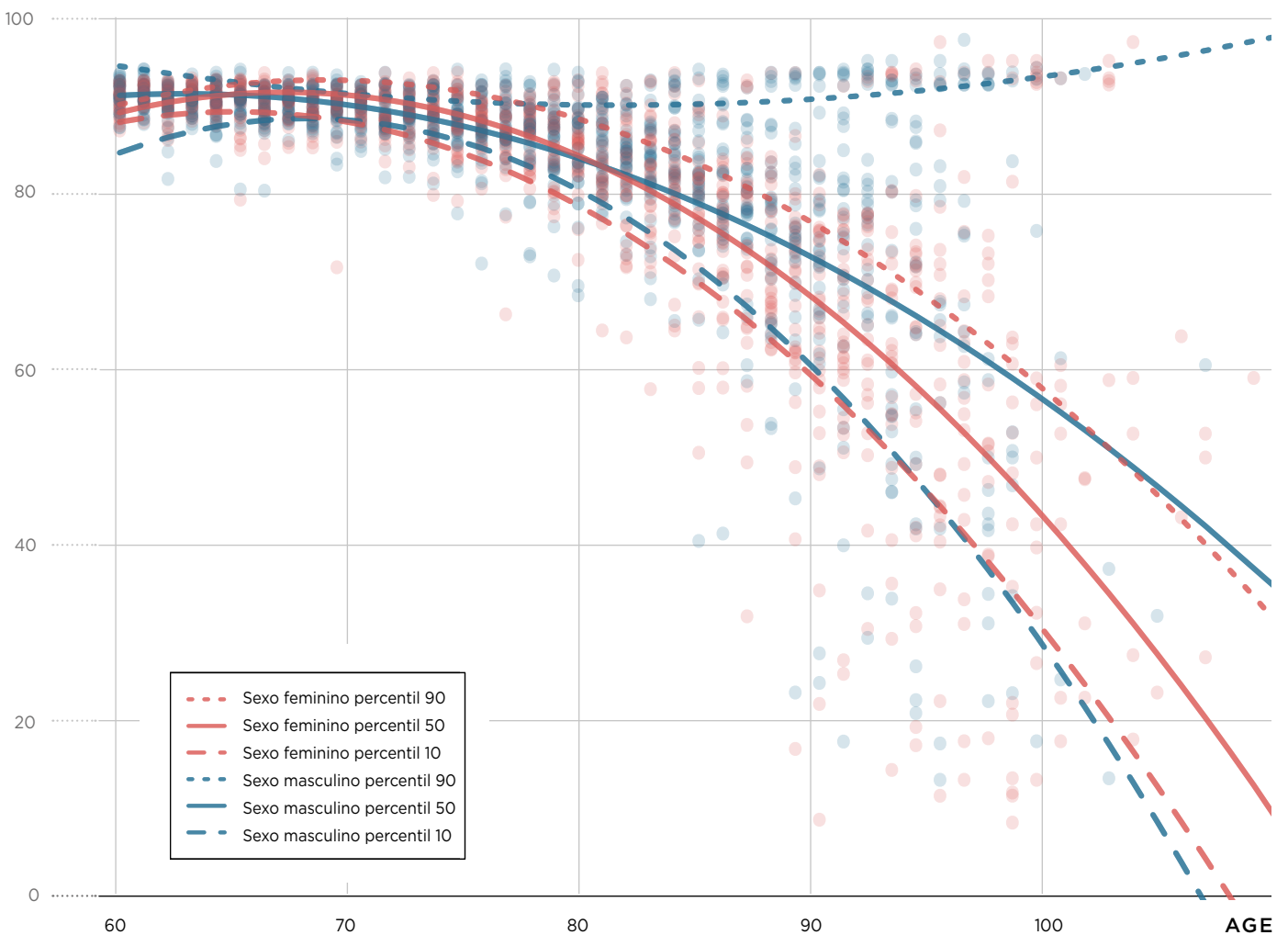
**FIGURA 2.2**

**Capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas, por idade, homens e mulheres, 37 países\***

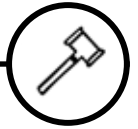
Cada ponto representa a pontuação média em cada idade, separada para homens (azul) e mulheres (vermelho), para cada país. Isto representa cerca de 57.000 homens e 70.000 mulheres, nos 37 países.

*Após 80 anos, mais mulheres são menos capazes de ter algumas de suas necessidades básicas atendidas que os homens, e a diferença aumenta com o avançar da idade.*

PONTUAÇÃO DE NECESSIDADES BÁSICAS



\* Alemanha, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, Chile, China, Chipre, Costa Rica, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Irlanda, Inglaterra, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polônia, Portugal, República Tcheca, Romênia, Sri Lanka, Suécia e Suíça.



## IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS

- Considerando a variedade de países incluídos na análise de linha de base (em especial os de média e alta renda), é provável que esta porcentagem seja maior, no mundo todo. Aplicar essa estimativa baixa a todas as pessoas idosas do mundo (mais de um bilhão de pessoas com 60 anos ou mais) significa que, pelo menos, 142 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, no mundo todo, não conseguem ter todas suas necessidades básicas atendidas.
- Ao reconhecer que as pessoas idosas não formam um grupo homogêneo, são necessárias abordagens universais e direcionadas para suprir as necessidades básicas dessa população, adaptadas ao contexto específico de cada país, e à pessoa idosa. Isto reflete a experiência e as necessidades diversas desse grupo populacional. As respostas de políticas devem incluir apoio à capacidade intrínseca e promoção de ambientes facilitadores e amigáveis às pessoas idosas. A maioria das pessoas idosas deseja “envelhecer em casa” (aging in place) – ou seja, permanecer em casa, na comunidade que lhes é familiar, e manter os relacionamentos que são importantes para eles → 2.3 .
- Somente a capacidade de ter as necessidades básicas atendidas, um dos cinco domínios da habilidade funcional, tem alguns dados comparativos. São necessários mais itens, e melhores, para demonstrar de forma mais completa este domínio da habilidade funcional. Isso enfatiza a necessidade de desenvolver mais itens abrangentes e comparativos, para estimar as pontuações nos países, de modo a medir e monitorar os avanços em todos os cinco domínios de habilidade funcional (capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões; ter mobilidade; construir e manter relacionamentos; contribuir com a sociedade; e suprir as necessidades básicas). Isto também demanda uso de dados para informar sobre as intervenções na comunidade → 2.4 e continuar a desenvolver novas maneiras de coletar os dados em tempo real, que podem ajudar as pessoas idosas, seus cuidadores e profissionais da saúde → 2.5 .
- Só após ter dados abrangentes em cada domínio, podemos monitorar completamente o progresso para otimizar a habilidade funcional durante a Década do Envelhecimento Saudável.

**As necessidades básicas das pessoas idosas de qualquer idade devem ser atendidas, e as abordagens devem reduzir as desigualdades nas oportunidades.**



2.3

## O PAPEL DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE NA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM CASA

### MALÁSIA

*Centro de Pesquisa sobre Bem-estar Social, Universidade de Malaia*

Os dados nacionalmente representativos podem fornecer contribuições atualizadas. A Pesquisa sobre Envelhecimento e Aposentadoria na Malásia (MARS)<sup>51</sup> sugere que as relações e conectividade entre famílias e membros da comunidade permaneçam fortes e intactas, inclusive as relações com os filhos, através de coabitação, contato, atenção e apoio.

Cerca de 91% dos entrevistados informaram sobre ter uma família carinhosa, 94% vivem com seu cônjuge e/ou outros familiares, 84% encontram os filhos pelo menos quatro vezes ao ano, enquanto 79% conversam com os filhos por telefone, WhatsApp ou e-mail, várias vezes por mês. Os dados indicam que a conectividade familiar permanece forte e promove o “envelhecer em casa”.

Em média, 75% dos entrevistados com 60 anos ou mais não estão preparados para viver em uma residência assistida, como casa de repouso, sugerindo que desejam continuar a viver em seu próprio lar. Os fatores significativos que influenciam as pessoas idosas a ficar em casa incluem ter uma família amorosa, residência rural, e receber apoio financeiro e de outro tipo dos filhos. As pessoas

idosas que estão preparadas para viver sozinhas, junto com aquelas que participam com frequência de atividades sociais, tendem a querer viver em uma residência assistida. As pesquisas sobre as que vivem nas instituições de longa permanência devem complementar essas análises, no futuro.

*Em termos gerais, os resultados confirmam que o contexto é importante para compreender os ambientes e preferências das pessoas idosas.*

Esses resultados são diferentes da percepção de que o cuidado tradicional, baseado na família, está diminuindo em muitos países, inclusive nos países asiáticos. **As políticas devem ser informadas pelos dados nacionalmente representativos, com incentivos para os familiares que são cuidadores.** Para muitos países esta solução seria mais custo-efetiva e sustentável que a construção e a manutenção de residências para pessoas idosas e instituições semelhantes. Assistência domiciliar e melhor design também estão alinhados com a maioria das preferências das pessoas idosas.





## USO DE INFORMAÇÕES SOBRE A HABILIDADE FUNCIONAL PARA APOIAR AS PESSOAS IDOSAS

REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

*HelpAge*

### Por que está sendo realizado?

HelpAge defendeu uma estratégia nacional na prestação de serviços de saúde de qualidade para pessoas idosas.<sup>52</sup> Esta estratégia, adotada em 2019, inclui uma ênfase forte na habilidade funcional, na diminuição da dependência, no apoio do autocuidado, e melhora do bem-estar geral – todas áreas monitoradas pela HelpAge nas comunidades. A coleta de dados longitudinais na comunidade pode ser útil para avaliar e monitorar a habilidade funcional das pessoas idosas, de modo que as mudanças programáticas possam resultar em melhorias no processo e impacto.

### Qual é o impacto?

As observações dos cuidadores nos domicílios, apoiadas por dados, documentaram que melhorias graduais na habilidade funcional foram seguidas por melhorias em participação no autocuidado. As mudanças do programa resultaram em um aumento da habilidade funcional de 9-45%, e maior participação no autocuidado de 6-39% em diferentes comunidades.

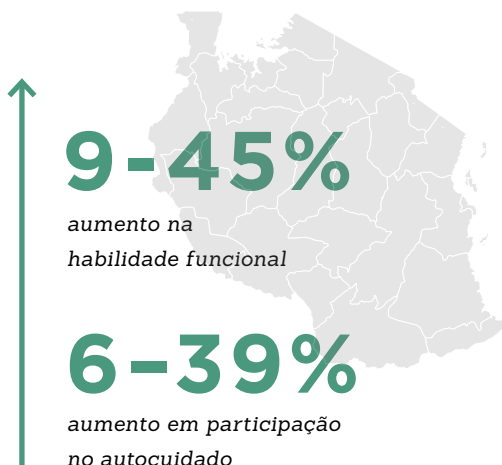
### Quais dados são coletados?

HelpAge International usa uma ferramenta de coleta de dados comunitários para medir e monitorar a habilidade funcional e vários outros indicadores,

inclusive participação no autocuidado e acesso percebido a serviços de saúde de qualidade, em comunidades rurais, periurbanas e urbanas, em oito distritos da Tanzânia. As amostras são pequenas, mas são representativas das comunidades. Desde 2013, houve oito rodadas de coleta de dados sobre pessoas idosas de 60 anos ou mais.

### Como os dados são usados?

As rodadas iniciais dos dados sobre a habilidade funcional salientaram a necessidade de a HelpAge revisar sua abordagem em relação aos serviços de saúde na Tanzânia. Desenvolveu-se um enfoque mais holístico centrado na habilidade funcional, bem-estar e independência. Isso incluiu desenvolver uma abordagem comunitária de cuidados domiciliares, a ser implementada junto com o trabalho em curso do sistema de saúde. Cuidadores domiciliares foram treinados para apoiar pessoas idosas e familiares, com foco em dieta, exercícios, massagem reabilitadora, fortalecimento e ganho de confiança. As pessoas idosas acamadas foram gradualmente apoiadas para sentar-se na cama e comer sem auxílio. Sua habilidade funcional começou a melhorar, à medida que foram ajudados a levantar, ir ao banheiro, e se lavar.





# COLETA EM TEMPO REAL DE DADOS SOBRE HABILIDADE FUNCIONAL

## SUIÇA

*Divisão de Gerontologia e Dinâmica do Centro de Envelhecimento Saudável, Universidade de Zurique*

A maioria dos estudos existentes mede a habilidade funcional em um único momento, perguntando sobre as diferentes capacidades durante o último mês ou semana (por exemplo, durante uma entrevista de pesquisa ou avaliação clínica). Esses estudos não captam a habilidade funcional de uma pessoa em tempo real, levando em consideração sua capacidade intrínseca e a interação com seu ambiente, de uma maneira dinâmica e específica para o contexto de cada indivíduo. Algumas pessoas idosas, em particular aquelas com deficiências cognitivas mais graves, não são capazes de responder às perguntas. **Para lidar com essas questões, pode-se utilizar equipamentos prontos, vestíveis, com tecnologia de sensor, para medir a habilidade funcional; os avanços nesta área devem agilizar o monitoramento do envelhecimento saudável durante a Década.** Esta tecnologia demonstra avanços na arquitetura de dados e acúmulo rápido das capacidades analíticas, e pode avaliar o que uma pessoa valoriza fazer em seu ambiente específico.

### Qual é o impacto?

As avaliações de habilidade funcional que fornecem dados objetivos são sensíveis a melhorias em tempo real.<sup>53,54</sup> Com informações objetivas em cada contexto, pode-se justificar as intervenções “em seu devido tempo”, que são até 90% mais efetivas, já que podem ser aplicadas quando mais se precisa de ajuda (por exemplo, suporte para orientação em situações em que a pessoa apresenta desorientação).<sup>55,56</sup>

### Quais dados são coletados?

Usando um dispositivo que inclui três unidades de sensor para avaliar mobilidade (Sistema Global de Navegação por Satélite), intensidade, e tipo de atividade (Unidade de Medida de Inércia, composta por um acelerômetro e um magnetômetro), e atividades sociais e cognitivas (microfone com sistemas micro

eletromecânicos), a Universidade de Zurique realizou um estudo piloto na Suíça, que produz medidas objetivas de perfis contextualizados de atividade em pessoas de 65 a 90 anos ou mais. Um projeto-piloto com mais de 150 pessoas idosas demonstrou viabilidade e grande aceitabilidade do dispositivo.

Os perfis distinguem de forma significativa mais de 25 propriedades de atividades de mobilidade, sociais e intelectuais, por mais de quatro semanas.<sup>57,58</sup> Os perfis incluem interação específica ao contexto entre as pessoas e seu ambiente – incluindo acesso a diferentes modalidades de transporte, atividades em espaços públicos, participação em atividades educacionais e físicas, e maneiras de contribuir para a sociedade. Estudos-piloto semelhantes em Hong Kong, China, e na Cidade do México, no México,<sup>59,60</sup> demonstraram viabilidade equivalente em uma ampla variedade de contextos de idade, educação, renda, idioma e comunidade.

### Como os dados são usados?

Os padrões de variedade, regularidade, variabilidade e complexidade das atividades fornecem importantes ideias, que dão apoio a decisões de todas as partes interessadas, inclusive as próprias pessoas idosas. Elas recebem gráficos de sua própria atividade e perfis de mobilidade, que podem analisar e usar para administrar suas questões de saúde. As avaliações de habilidade funcional em tempo real reduzem a necessidade de profissionais de saúde e outros cuidadores de coletar novamente os dados específicos de indivíduos e contextos.



*Com informações objetivas em cada contexto, pode-se justificar as intervenções “em seu devido tempo”, que são até 90% mais efetivas, já que podem ser aplicadas quando mais se precisa de ajuda.*



## O USO DE UM APLICATIVO DE CELULAR PARA MONITORAR A ESTRATÉGIA “ME-BYO”

### JAPÃO

*Prefeitura de Kanagawa, incluindo 33 municípios*

#### Quais dados são coletados?

A prefeitura de Kanagawa propôs a estratégia “ME-BYO” para elaborar sua política inovadora sobre autocuidado e otimização de saúde para uma era futura, quando as pessoas viverão até 100 anos. ME-BYO é um conceito que considera as condições físicas e mentais das pessoas, em um processo contínuo dinâmico, em vez de uma linha nítida entre saúde e doença. Com base nesse conceito, a prefeitura lançou o “Índice ME-BYO”, em março de 2020, que quantifica o estado atual de “ME-BYO” em quatro áreas: escolhas de estilo de vida, capacidades cognitivas, funções de vida diária, e saúde mental, incluindo estresse.

O monitoramento e gestão individuais de “ME-BYO” são realizados por um aplicativo de celular gratuito chamado “Meu Registro ME-BYO”, que inclui reconhecimento de voz. O aplicativo permite que as pessoas calculem seu próprio Índice ME-BYO, e monitorem suas pontuações em 15 itens, como sexo, idade, altura, peso, pressão arterial, mini avaliação cognitiva, a lista de verificação Locomo Five, velocidade de marcha, e estado mental (este, baseado em uma análise da voz da pessoa). A abordagem está alinhada com os cinco domínios de capacidade intrínseca.

#### Como os dados são usados?

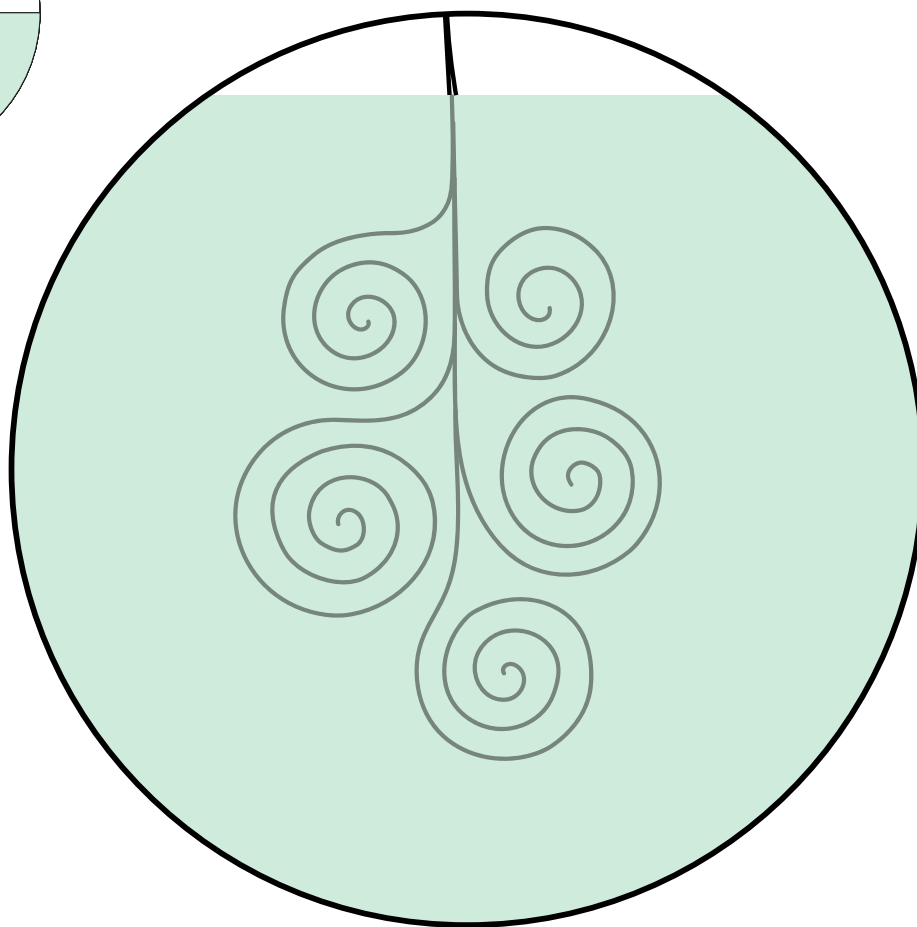
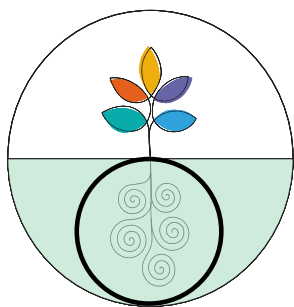
O objetivo do índice é fornecer informações oportunas e relevantes diretamente aos adultos, para iniciar mudanças e capacitá-los a administrar melhor e promover o ME-BYO, incluindo a detecção precoce e autogestão de declínios na capacidade intrínseca. A avaliação pode ser feita por indivíduos sem assistência adicional, pois o aplicativo dá orientações baseadas nos resultados do índice ME-BYO, através de um algoritmo que é alinhado com as ferramentas da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE), da OMS.



ME-BYO é um conceito que considera as condições físicas e mentais das pessoas, em um processo contínuo e dinâmico, em vez de uma linha nítida entre saúde e doença.

#### O que é planejado?

Kanagawa também irá utilizar o Índice ME-BYO para desenvolver produtos ou serviços comerciais afins, para otimizar a saúde física e mental, e o bem-estar geral. A prefeitura planeja acrescentar uma função de previsão para mostrar possíveis cenários futuros de saúde, considerando os diferentes padrões de estilo de vida e comportamento. Como um sistema de monitoramento em tempo real, o Índice ME-BYO apoiará a avaliação do impacto no indivíduo e na comunidade.



## CAPACIDADE INTRÍNSECA

*O que é medido na linha de base?*

### Dois itens – recordação tardia de palavras e força de preensão manual

Os estudos de 36 países têm dados comparáveis para dois itens que medem capacidade intrínseca. Este total representa cerca de 25% dos Estados-Membros da OMS, com 31 países desta lista com uma pontuação estimada para a capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas (**Anexo 2**). Esses 36 países têm cerca de 578 milhões de pessoas idosas, que representam 15% da população total nesses países, e 55% de todas as pessoas idosas no mundo, em 2020. Os resultados são informados como dados agrupados nos países, e visualizados para cada país.

Dois itens (recordação tardia de palavra e força de preensão manual) foram transformados em pontuações padronizadas, para ajudar a comparar as estimativas nos países e entre eles. Esses dois itens correspondem a diferentes domínios de capacidade intrínseca – cognição → **2.7** e vitalidade → **2.8**. Um terceiro item, o peso dos entrevistados, foi também comparado nos países. Porém, o peso isolado não é considerado suficiente para medir capacidade intrínseca. Detalhes sobre formas de medir a composição corporal das pessoas idosas são encontrados no **Anexo 4**.

## 2.7

## Um item mede a capacidade cognitiva: RECORDAÇÃO TARDIA DE PALAVRAS



A função cognitiva na idade mais avançada pode ser medida de várias maneiras, incluindo lembrar uma lista de palavras e recordá-las em seguida (recordação imediata) ou em uma etapa posterior (recordação tardia). **Um teste de recordação tardia com 10 palavras, é uma medida sensível que prevê o declínio cognitivo não pessoas idosas.**<sup>62</sup> O número de palavras para lembrar pode variar; alguns estudos incluem 3, 5, 10, 15 ou 20 palavras. Os resultados dos testes de recordação de palavras são informados de várias maneiras, incluindo notificar o número de palavras recordadas, que é descrito, algumas vezes, como uma pontuação.<sup>63,64,65,66,67,68,69,70</sup> Outra alternativa é notificar a média e o desvio padrão de palavras lembradas por pessoa, ou faixa etária,<sup>71,72</sup> e através de uma pontuação padronizada, como realizado nesta análise de linha de base.<sup>73,74</sup> Esses testes medem capacidade e não refletem a interação da pessoa com seu ambiente.

Esses testes simples têm valor preditivo muito forte, e o desempenho ruim está associado ao início da demência na idade mais avançada.<sup>75</sup> O desempenho pode variar no curso da vida, com as coortes mais velhas (em comparação aos grupos mais jovens), mulheres (em comparação aos homens), viúvas/viúvos e aqueles que nunca casaram (em comparação aos casados) apresentando declínio mais rápido em uma

coorte dos Estados Unidos.<sup>76</sup> Entretanto, as trajetórias (ponto de partida e taxa potencial de declínio) tendem a não ser homogêneas e, no Reino Unido, quatro tipos diferentes de trajetória foram identificados: um ponto de partida muito baixo/seguido por declínio rápido, declínio baixo/médio, médio/estável, e bom/estável.<sup>77</sup> Ser mulher, ser mais jovem, ter níveis mais altos de escolaridade e alfabetismo, melhor nível socioeconômico, fazer atividade física regular, com um grau mais baixo de sintomas depressivos, e sem doença cardiovascular, são fatores associados a melhores trajetórias de cognição. Abordar os fatores de risco do declínio cognitivo quando mais jovem, como sintomas depressivos, pode levar a melhores trajetórias de capacidade cognitiva na idade mais avançada.<sup>78</sup>

Nos 36 países, apenas o item recordação tardia de palavras está disponível (**Anexo 3**). Em média, as mudanças esperadas pela idade cronológica são encontradas nas pontuações padronizadas, estimadas para recordação tardia de palavras dentro desta análise de linha de base. Usar tanto a recordação imediata, um teste mais fácil, como a recordação tardia, um teste mais difícil, melhora a sensibilidade do teste. Isto distinguiria melhor aqueles que estão no extremo mais baixo de memória e capacidade cognitiva.

## RECORDAÇÃO TARDIA DE PALAVRAS

Os dados transversais de 36 países indicam que a recordação tardia de palavras (variação de 0 a 10 palavras) diminui com a idade mais avançada. Em geral, as pessoas com níveis mais altos de escolaridade (ensino superior, ensino médio), como um marcador de condição socioeconômica em cada idade, têm a capacidade de lembrar mais palavras, quando comparadas àquelas que tem só ensino fundamental ou nenhuma educação formal. Em geral, as diferenças entre os homens e mulheres são pequenas.

Há um gradiente social forte associado ao nível mais alto de escolaridade alcançado pelas pessoas idosas, que também é um marcador de condição socioeconômica (**Figura 2.3**). As reduções com a idade (baseadas em dados transversais), porém, são semelhantes para todos, exceto aqueles com ensino superior. **As médias para as idades individuais mascaram uma variação considerável.**

O gráfico de dispersão na **Figure 2.3** indica o número de unidades de desvio padrão (acima ou abaixo) da pontuação média por país e escolaridade, para cada idade a partir dos 60 anos. Após 85 anos, há uma proporção significativa de pessoas com quase -2 desvios-padrão abaixo da média. Para melhor distinguir os indivíduos nas faixas mais baixas de pontuação, pode-se coletar um teste adicional, mais fácil, como recordação imediata de palavras, em todas as pesquisas futuras.

Em geral, nos 36 países, as pontuações padronizadas para homens e mulheres por faixas etárias 60-64 anos e 65-69 anos são quase idênticas; e o mesmo ocorre nas faixas 75-79, 80-84 e 85-89 anos. Para as idades 70-74 anos, as pontuações de mulheres são geralmente semelhantes às dos homens com idades de 64-69 anos, ao passo que as pontuações dos homens caem para o mesmo nível que as das mulheres de 75 a 79 anos. Porém, para as idades 90 anos ou mais, as mulheres têm uma pontuação inferior à dos homens.

---

*Em geral, as pessoas com níveis mais altos de escolaridade (ensino superior, ensino médio), como um marcador de condição socioeconômica em cada idade, têm a capacidade de lembrar mais palavras, quando comparadas àquelas que tem só ensino fundamental ou nenhuma educação formal.*

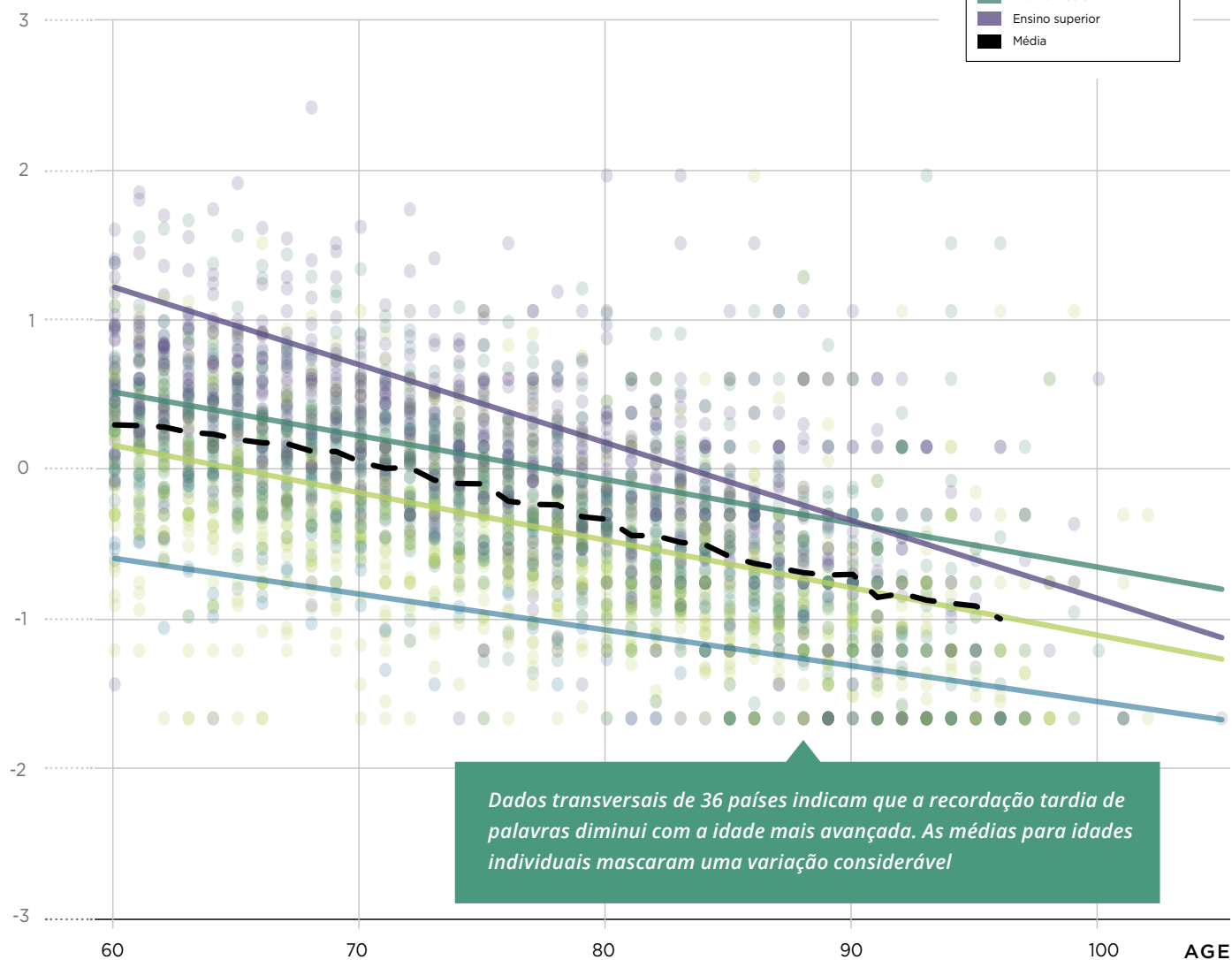
---

FIGURA 2.3

## Capacidade cognitiva (recordação tardia de palavras) por idade e escolaridade em 36 países\*

Esta pontuação baseia-se em mais de 121.000 pessoas idosas em 36 países. A linha preta é a média nos países. Outras cores representam um nível diferente de escolaridade. Em cada idade, há pontuações médias para cada nível da escolaridade, para cada país.

PONTUAÇÃO PADRONIZADA PARA RECORDAÇÃO TARDIA DE PALAVRAS



\* África do Sul, Alemanha, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, China, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Gana, Grécia, Holanda, Hungria, Índia, Inglaterra, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malásia, Malta, México, Polónia, Portugal, República Tcheca, Romênia, Suécia e Suíça

## FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

Os estudos no Reino Unido identificaram que a força de preensão manual muda ao longo do tempo, e homens e mulheres atingem a força de preensão manual máxima em torno de 40 anos, com diminuições graduais; porém, em cada idade, há variação significativa (Figura 2.4).<sup>79,80</sup>

Um estudo realizado nos países europeus também identificou que a diminuição estava associada à posição ocupacional baixa para homens de meia-idade, mas não para mulheres.<sup>81</sup> Porém, são necessárias mais

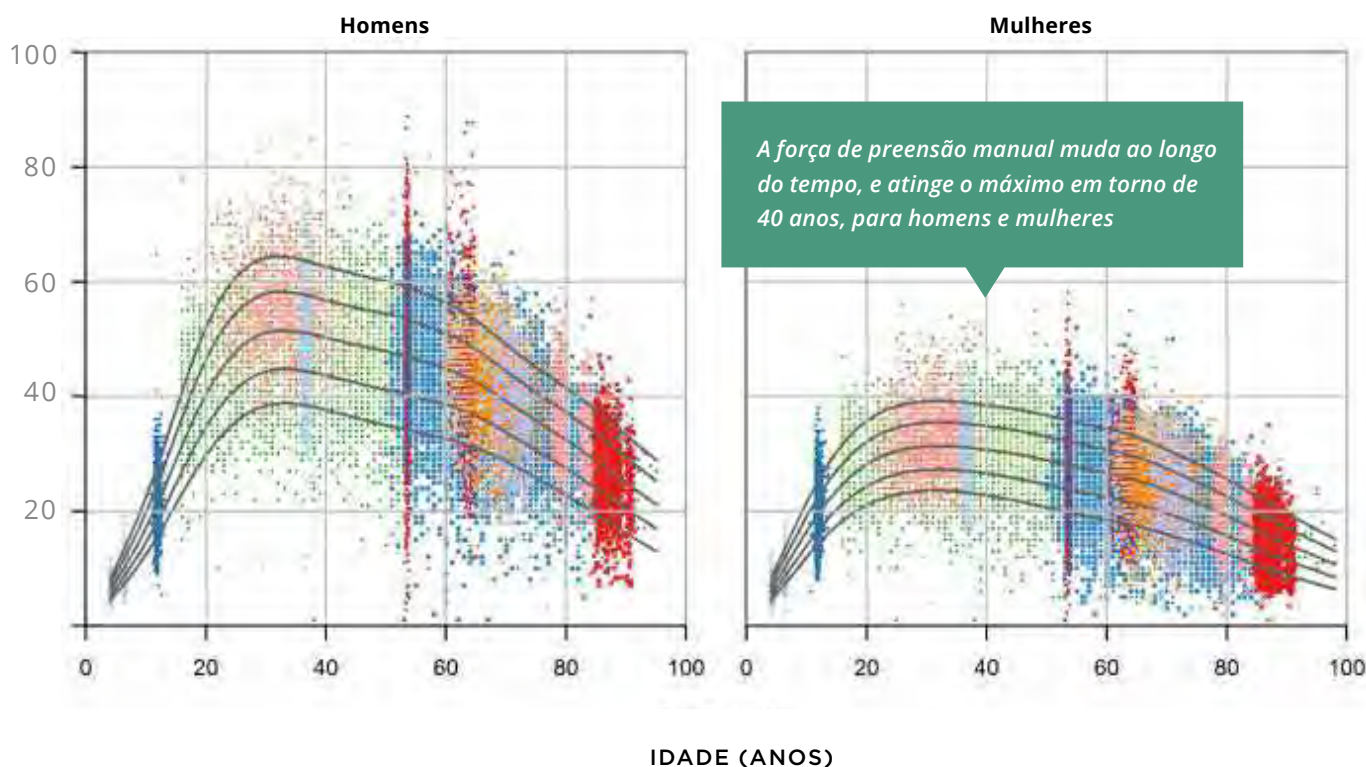
evidências sobre como os fatores sociodemográficos e as desigualdades afetam as trajetórias de força de preensão manual – isso é relevante para desenvolver e manter capacidade intrínseca na população. Em geral, as diferenças esperadas entre homens e mulheres, e mudanças por idade cronológica, são encontradas nas pontuações padronizadas estimadas para força de preensão manual, nesta análise de linha de base. **Mas assim como para a recordação tardia de palavras, há muita variação em cada idade.**

### FIGURA 2.4

## Vitalidade (força de preensão manual) por idade no Reino Unido

Combina os dados de diversos estudos representativos de população<sup>80</sup>

FORÇA DE PREENSÃO MANUAL (KG)







## Um item mede vitalidade: FORÇA DE PREENSÃO MANUAL



A força de apreensão manual é uma medida de força muscular ou a força/tensão máxima gerada pelos músculos do antebraço. É um preditor simples, mas potente, de diminuições na capacidade intrínseca, início de morbidade, e mortalidade.<sup>82</sup> É muito útil quando diversas medições são realizadas ao longo do tempo, para monitorar a capacidade das pessoas idosas e traçar as trajetórias. Os resultados das medidas de força de preensão manual são geralmente apresentados como uma leitura direta do instrumento usado (quilogramas, libras, Newtons, etc.), como média e desvio padrão, ou após ser padronizada de alguma maneira – como descrito nesta análise de linha de base.

**A força de preensão manual é considerada um indicador da vitalidade (um domínio de capacidade intrínseca) nas pessoas idosas.**<sup>83</sup> Um crescente corpo de evidências sugere que a função do músculo esquelético é um importante componente da capacidade intrínseca das pessoas idosas. Uma análise recente de dados transversais de África do Sul, China,

Gana, Índia, México, e Rússia documenta uma relação significativa e consistente entre a força de preensão manual e outras medidas de capacidade intrínseca nos cinco domínios importantes de locomoção, psicológico, cognição, vitalidade e sensorial, e sugere que a força de preensão manual é a medida mais importante de capacidade intrínseca.<sup>84</sup>

No nível individual, os determinantes mais importantes de força de preensão manual são idade, sexo, altura, peso, estado nutricional, condição socioeconômica, e doenças crônicas.

A força de preensão manual relativa, ajustada pelo índice de massa corporal, poderia ser uma medida apropriada por análise comparativa futura, mas requer medidas de força de preensão manual, peso e altura. Para esta análise de linha de base, só os dois primeiros estavam disponíveis na maioria dos estudos de países (**Anexo 3**).

### COMO MEDIR A FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

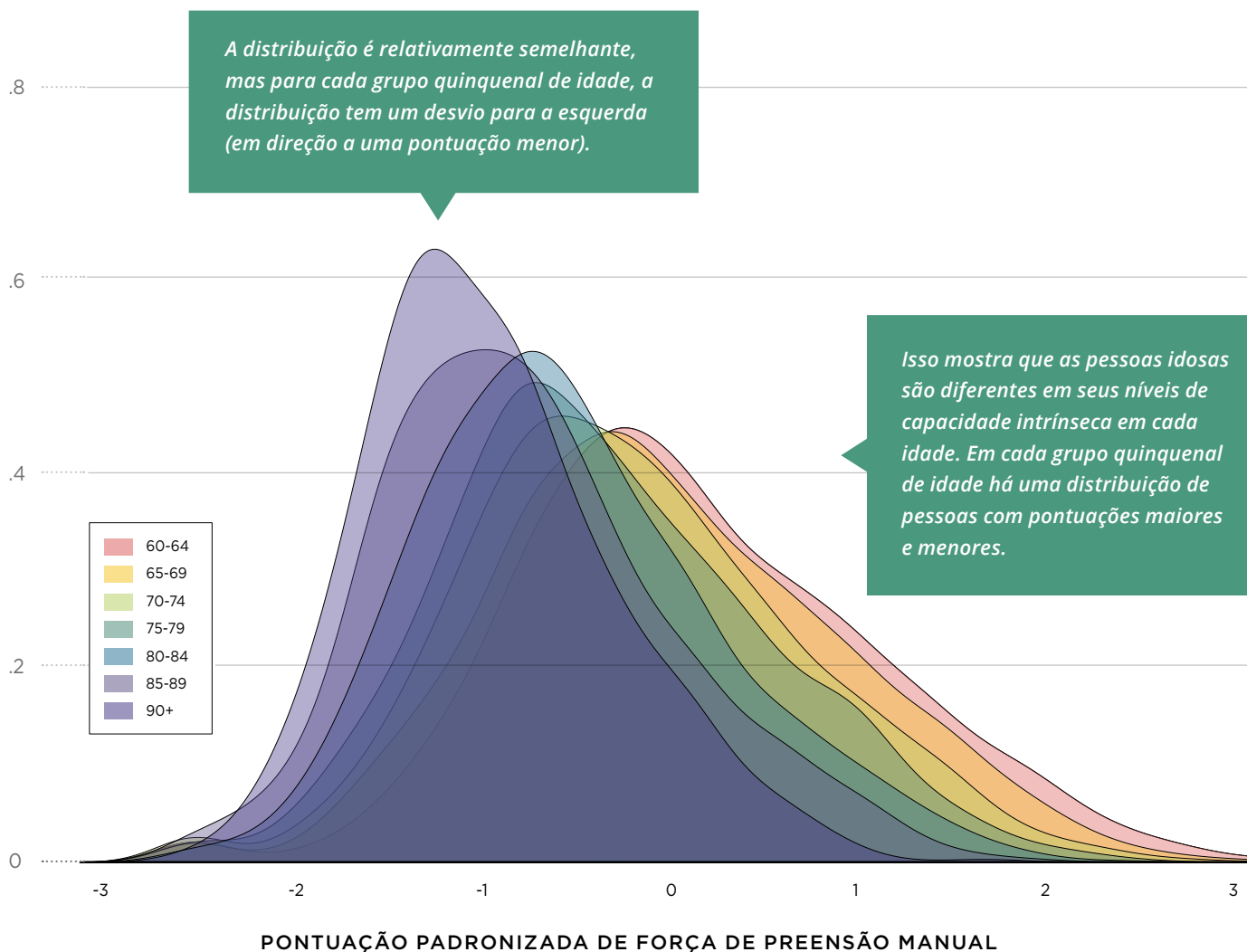
Na posição sentada, mantenha o braço contra seu corpo e dobre o cotovelo a 90 graus, com a palma da mão para dentro (como em um cumprimento de mãos), depois aperte o dinamômetro o máximo possível, por alguns segundos.

## FIGURA 2.5

# Vitalidade (força de preensão manual), distribuição de pontuações por grupos quinquenais de idade, em 36 países\*

Os gráficos de densidade visualizam uma distribuição das pessoas e suas pontuações. Isto representa mais de 121.000 pessoas idosas em 36 países, em 7 distribuições, uma para cada grupo quinquenal de idade (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90 anos ou mais).

DENSIDADE



\* África do Sul, Alemanha, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, China, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Gana, Grécia, Holanda, Hungria, Índia, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malásia, Malta, México, Polónia, Portugal, República Tcheca, Romênia, Suécia e Suíça.

O gráfico de densidade na **Figura 2.5** mostra a distribuição das pessoas em cada grupo quinquenal de idade com base em sua pontuação padronizada para força de preensão manual. **A distribuição é relativamente semelhante, mas para cada grupo quinquenal de idade, a distribuição apresenta um desvio para a esquerda (em direção a uma pontuação menor).** Algumas pessoas nas faixas mais velhas (90 anos ou mais) têm a mesma capacidade que outras mais jovens (60-64 anos).

A **Figura 2.6** ilustra que, em geral, em cada idade, nos 36 países, os homens têm maior força de preensão manual que as mulheres, e a diferença diminui discretamente nas faixas etárias mais velhas.

O desenvolvimento de medidas apropriadas para monitorar a capacidade intrínseca nos países requer normas que considerem o que é biologicamente aceitável. Para força de preensão manual, a comparação de mulheres com mulheres, e homens com homens, fornece uma interpretação mais significativa das pontuações padronizadas – como foi feito nos Padrões de Crescimento Infantil da OMS-Unicef<sup>85</sup>, em que peso para altura foi calculado separadamente para meninas e meninos.

Nos países, a análise futura poderia considerar as diferenças por diferentes determinantes de força de preensão manual, além de idade e sexo, como altura e peso (por exemplo, através de um ajuste baseado no índice de massa corporal, que não estava disponível nos itens comparativos desta análise de linha de base). Porém, as diferenças devidas a oportunidades desiguais, como estado nutricional e condição socioeconômica no curso de vida, devem ser investigadas, e não devem ser consideradas como aceitáveis ao comparar força de preensão manual nos países e entre eles.

Embora nem todas as pessoas idosas apresentem diminuição na capacidade intrínseca, como medido por recordação tardia de palavras e força de preensão manual, em geral, a idade cronológica é associada com declínios, mas as diminuições não são inevitáveis. Dados específicos por países mostram que a média de idade individual mascara amplas variações em cada idade.

## As diferenças entre os homens e mulheres, e entre pessoas idosas em geral, devem ser revisadas e avaliadas com cuidado, em termos de relação com altura, ou motivadas por determinantes sociais do envelhecimento saudável.

As diferenças entre os homens e mulheres, e entre as pessoas idosas em geral, devem ser revisadas e avaliadas com cuidado, em termos de relação com altura, ou motivadas por determinantes sociais do envelhecimento saudável. Isto tem implicações para a resposta de políticas apropriadas, assim como para a abordagem para o monitoramento global da habilidade funcional e da capacidade intrínseca.

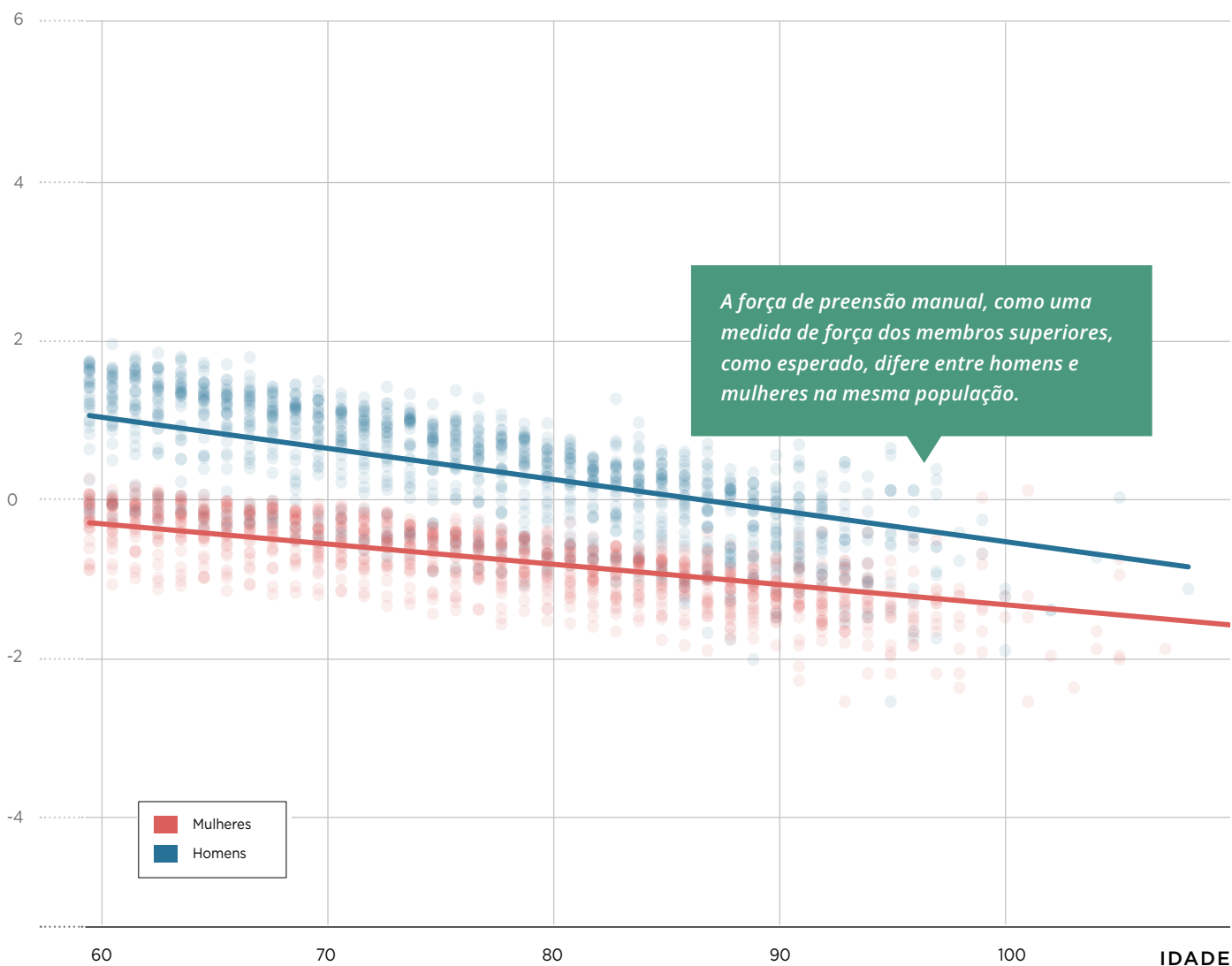
**FIGURA 2.6**

**Vitalidade (força de prensão manual)**

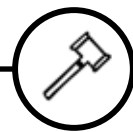
homens e mulheres, em 36 países

Cada ponto representa a pontuação média em cada idade, separada para homens (azul) e mulheres (vermelho), para cada país. Isto representa cerca de 55.000 homens e 66.000 mulheres, nos 36 países.

**PONTUAÇÃO PADRONIZADA DE FORÇA DE PRENSÃO MANUAL**



\* África do Sul, Alemanha, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, China, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, Finlândia, França, Gana, Grécia, Holanda, Hungria, Índia, Israel, Itália, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malásia, Malta, México, Polónia, Portugal, República Tcheca, Romênia, Suécia e Suíça.



## IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS

- Esses resultados enfatizam que, em cada idade, há muita diversidade em termos de capacidades físicas e cognitivas das pessoas idosas. As pessoas idosas em cada faixa etária são diferentes; algumas nas faixas mais velhas (90 anos ou mais) têm as mesmas capacidades que outras mais jovens (60-64 anos). As políticas e programas para desenvolver, manter, prevenir ou abordar os declínios na capacidade intrínseca devem ser informados por dados desagregados e informações sobre todas as idades, para planejamento, monitoramento e avaliação.
- As diminuições significativas nas capacidades física e mental podem limitar a capacidade das pessoas idosas de cuidar si mesmos, e de participar e contribuir para a sociedade. O acesso à reabilitação, tecnologias assistivas, e ambientes facilitadores e inclusivos, podem melhorar a habilidade funcional. Os serviços de cuidados de longo prazo precisam atender todos os adultos com declínio significativo na capacidade intrínseca, incluindo aqueles em casa e nas comunidades.
- As medidas de capacidade intrínseca, como recordação tardia de palavras e força de preensão manual, são associadas a características socioeconômicas, incluindo o nível mais alto de escolaridade atingido. As estratégias para apoiar as capacidades física e mental das pessoas idosas têm que abordar desigualdades acumuladas e oportunidades desiguais atuais para suporte. Isto requer coletar dados e medir trajetórias de capacidade intrínseca no curso de vida.
- No entanto, para permitir o monitoramento do envelhecimento saudável em escala mundial, há necessidade de mais itens comparáveis, que meçam cada domínio da habilidade funcional e da capacidade intrínseca. Em condições ideais, isto iria demandar pelo menos três itens que medem diferentes aspectos de cada domínio e que sejam sensíveis às mudanças, de modo a construir as trajetórias ao longo do tempo.
- Uma grande variedade de países e partes interessadas estão medindo e usando informações sobre a capacidade intrínseca coletada ao longo do tempo. Isto inclui dados em tempo real sobre a capacidade intrínseca, que podem imediatamente apoiar o autocuidado e as decisões de outros cuidadores e profissionais → 2.6.

O relatório de linha de base utiliza estudos transversais para fornecer um resumo do envelhecimento saudável. Porém, há muito a ser aprendido com os estudos longitudinais que acompanham as pessoas ao longo do tempo. A análise desses estudos pode ajudar a acumular a base de evidências ao documentar causa e efeito, e avaliar se políticas, programas ou intervenções específicas estão tendo o impacto desejado sobre as capacidades e habilidades das pessoas. Para tal, deve-se incluir estudos mais detalhados sobre capacidade intrínseca entre pessoas da mesma cidade → 2.9, ou os estudos longitudinais

nacionalmente representativos que podem identificar trajetórias diferentes para toda uma população → 2.11.

As trajetórias podem ser construídas para examinar os contextos social e econômico mais amplos, e como contribuem para o envelhecimento saudável, incluindo a desigualdade de gêneros → 2.10, e como as pessoas transitam entre as fases da vida, como entre trabalho e aposentadoria → 2.12. Essas contribuições podem ajudar a estabelecer políticas que apoiam a otimização da habilidade funcional de todas as pessoas idosas.



# IMPACTO DA CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA NA CAPACIDADE COGNITIVA

## HOLANDA

Análise longitudinal do Estudo de Coorte Doetinchem (DCS)<sup>86</sup>,  
Instituto Nacional para Saúde Pública e Ambiente

Um maior peso corporal acompanha frequentemente uma maior circunferência da cintura, devido a um aumento da gordura abdominal. Maior peso e maior circunferência da cintura afetam negativamente diferentes domínios da capacidade intrínseca, inclusive a cognição.

em geral, as mulheres com uma circunferência de cintura menor, no percentil 10, têm, aos 70 anos, uma capacidade cognitiva parecida à de mulheres com uma circunferência de cintura maior, no percentil 90, aos 67 anos

No DCS,<sup>87,88,89</sup> explorou-se o efeito a longo prazo da circunferência da cintura na capacidade cognitiva geral no curso de vida.

Isto significa que as mulheres com uma circunferência da cintura menor são três anos mais jovens, em termos cognitivos, que aquelas com uma circunferência de cintura maior.

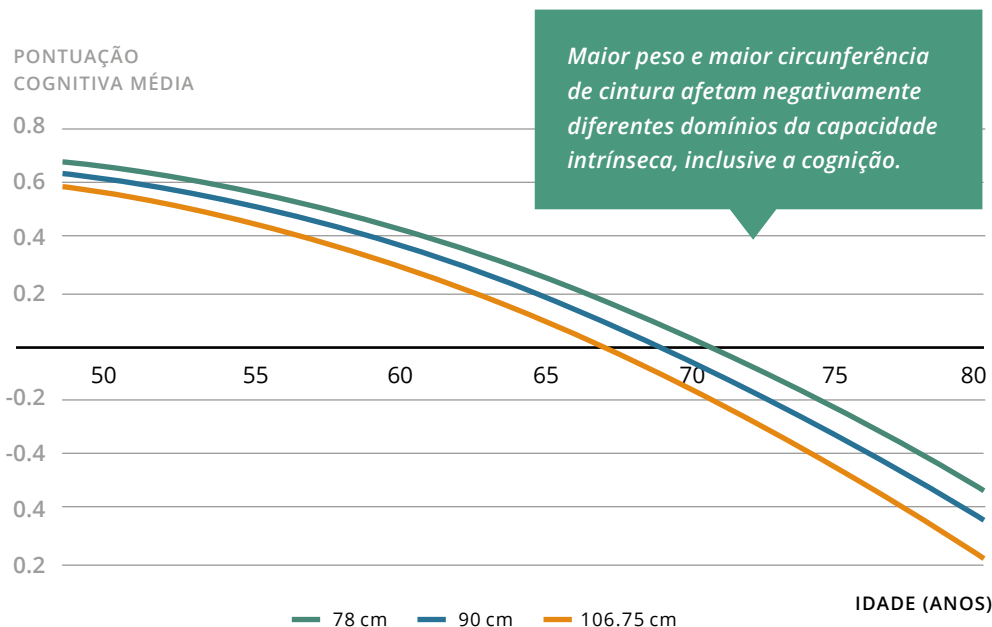
### Os principais resultados são:

- as mulheres têm, a qualquer idade, uma capacidade cognitiva melhor com uma menor circunferência da cintura;
- a taxa de declínio cognitivo é menor nas mulheres com uma circunferência de cintura menor;

Esses e outros resultados do DCS fortalecem a base de evidências e contribuem para políticas recentes para promover o envelhecimento saudável. Uma área principal do Acordo Nacional Holandês de Prevenção de 2018 é prevenir e reduzir sobrepeso e obesidade, ao promover alimentação saudável e atividade física, e criar um ambiente mais sadio.<sup>90</sup>

CONTRIBUIÇÕES

## Trajetórias de capacidade cognitiva por circunferência da cintura em mulheres





## DESIGUALDADE DE GÊNERO E IMPACTO AO ATENDER ALGUMAS NECESSIDADES BÁSICAS, ESTUDOS DE 23 PAÍSES

### ESTADOS UNIDOS

*Gateway to Global Aging Data, University of Southern California*

Ao perceber a importância de reduzir desigualdades nas sociedades, este estudo longitudinal em múltiplos países descreve que viver em um país onde desigualdade de gênero é mais acentuada, aumenta o risco de ter uma dificuldade em pelo menos uma de cinco atividades (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, usar banheiro, e deitar e levantar da cama) para mulheres, mas não para homens.<sup>91</sup> A dificuldade de se vestir é um dos itens comparáveis incluídos nesta avaliação de linha de base, dentro da pontuação estimada de capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas. Uma combinação de indicadores de níveis macro e micro é avaliada para o impacto na capacidade de ter essas necessidades básicas atendidas, em 23 países das regiões Américas, Europa, e Pacífico Ocidental.

Os principais resultados incluem que a desigualdade de gênero contribui para um aumento da incidência de dois anos da incapacidade de mulheres terem algumas necessidades básicas atendidas, em comparação com homens, a partir dos 65 anos. Os resultados diferem nos 23 países incluídos na análise, indicando que cada país se beneficia de seu próprio estudo longitudinal – resultados em um país não podem sempre ser generalizados para outros.

As razões subjacentes potenciais para a incapacidade de as mulheres terem suas necessidades básicas atendidas, em países com maior disparidade de gênero, incluem desigualdades no poder (inclusive político), acesso a recursos sociais e econômicos, assim como cobertura de políticas de proteção sociais, e políticas discriminatórias econômicas e do mercado de trabalho.<sup>91,92</sup>

Além desse estudo, em geral, a combinação de desigualdade de gênero, discriminação por idade, e atitudes preconceituosas contra a velhice, também desfavorecem mais mulheres que homens. Portanto, reduzir e eliminar a desigualdade de gênero é crucial para mulheres e sua capacidade de ter as necessidades básicas atendidas.



Reduzir e eliminar a desigualdade de gênero é crucial para mulheres e sua capacidade de ter as necessidades básicas atendidas.



2.11

## TRAJETÓRIAS DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

### ANÁLISE DE ESTUDOS LONGITUDINAIS DE 26 PAÍSES IDENTIFICA PADRÕES COMUNS

do estudo *ATHLOS*

O consórcio *The Ageing Trajectories of Health: Longitudinal Opportunities and Synergies (ATHLOS)*<sup>93</sup> [As trajetórias do envelhecimento da saúde: oportunidades e sinergias longitudinais] fornece novas evidências baseadas em uma medida de envelhecimento saudável, que inclui até 41 itens<sup>94</sup> combinando capacidades cognitivas e capacidades físicas para atender às necessidades básicas, em oito estudos de Austrália, Espanha, Estados Unidos, Inglaterra, Japão, México, República da Coreia, e de 19 países europeus, que tiveram mais de três ondas de estudo (pontos temporais de coleta de dados nos mesmos indivíduos). Alguns desses estudos se sobrepõem com os dados transversais usados nesta análise de linha de base.

**Figura 2.7** acompanha o ano no eixo horizontal e pontuação de envelhecimento saudável (0-100, com 100 sendo o melhor) no eixo vertical. Isto documenta que a maioria das pessoas foi representada por três trajetórias diferentes.<sup>31</sup> Cerca de 71,4% dos participantes do estudo tiveram um nível alto e estável de envelhecimento saudável ao longo do período de seguimento (linha verde); um grupo menor (25,2%) mostrou um nível baixo de saúde ao longo do tempo (azul); e um pequeno grupo (3,4%) teve uma

deterioração rápida de níveis altos para baixos de saúde (vermelho).

Os fatores associados a cada trajetória fornecem mais ideias sobre o que pode contribuir para cada uma.<sup>31</sup>

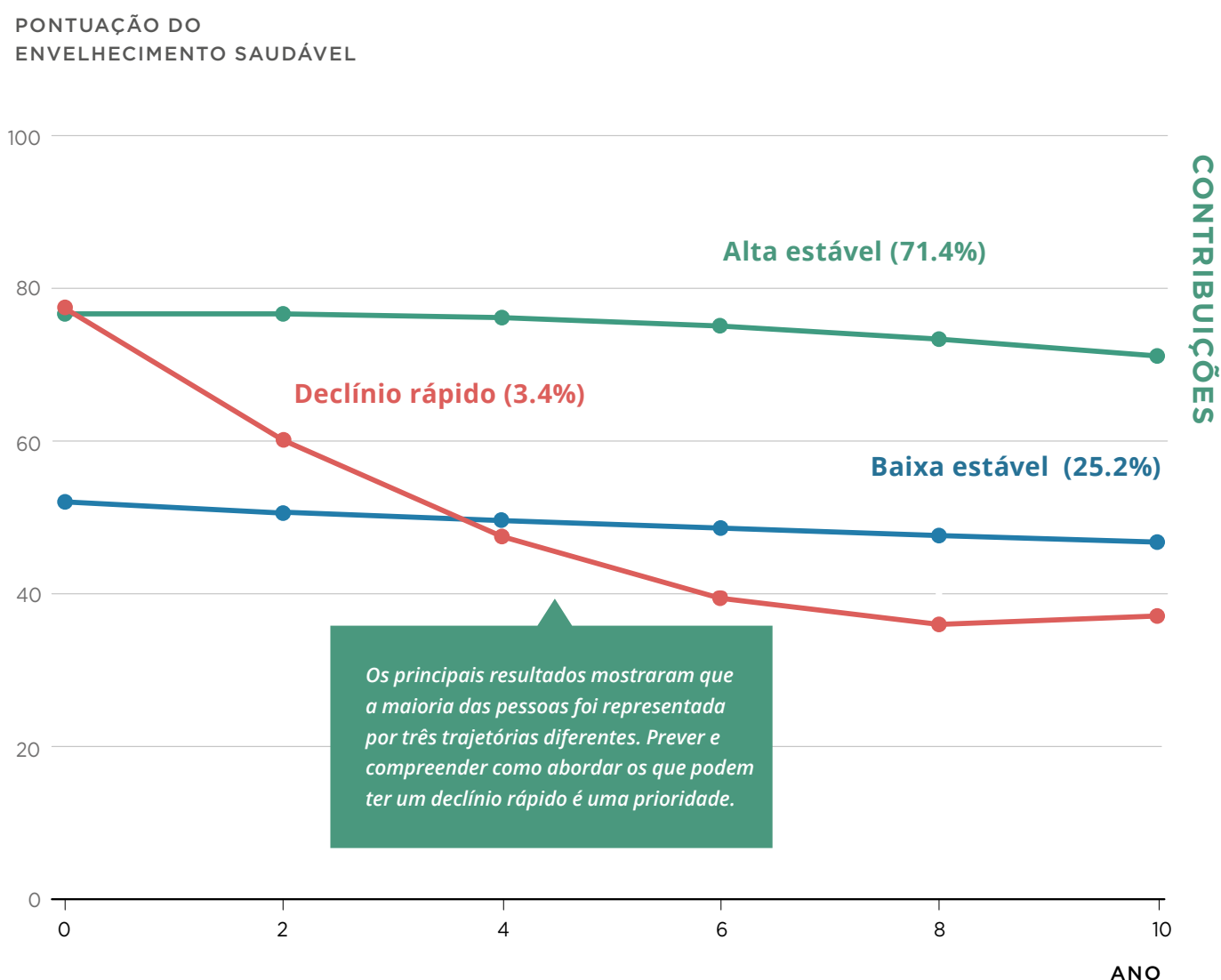
Escolaridade e poder econômico afetaram as pontuações de linha de base do envelhecimento saudável, mas tiveram menos o impacto na taxa de declínio durante o período de 10 anos.<sup>30</sup> As pessoas com menor escolaridade e menor poder econômico, fisicamente inativas e que alguma vez foram fumantes, tiveram mais probabilidade de estar nas trajetórias “baixa estável”, ou de “declínio rápido”, que na classe “alta estável”. As mulheres tinham mais probabilidade de pertencer às trajetórias baixas estáveis comparadas à classe alta estável, mas não tendiam a estar na trajetória de declínio rápido.

*Esta análise também destaca a importância da promoção de atividade física e das políticas de abandono do tabagismo, e a importância de reduzir desigualdades sociais e econômicas nas sociedades.*



**FIGURA 2.7****Três tipos de trajetórias de envelhecimento saudável em 26 países**

Isto representa cerca de 130.500 pessoas idosas nos estudos longitudinais, que coletaram os dados durante 10 anos.





## TRAJETÓRIAS DE TRABALHO E TRANSIÇÃO PARA APOSENTADORIA

### ANÁLISE DE 12 ESTUDOS LONGITUDINAIS DE PAÍSES IDENTIFICAM A AMPLA GAMA DE EXPERIÊNCIAS

*Instituto de Sociologia e Departamento de Saúde Pública, Pontifícia Universidade Católica do Chile*

O trabalho e as políticas sociais e econômicas mais amplas configuram oportunidades para pessoas idosas e a sua habilidade funcional, incluindo como contribuem para famílias, comunidades e a sociedade, de forma mais ampla. Os dados harmonizados e longitudinais de 10 países europeus, Chile e Estados Unidos, de 2004 a 2015, permitem uma análise comparativa das experiências das pessoas idosas no mercado de trabalho, nos cinco anos antes e depois das idades de aposentadoria específicas por país e gênero.<sup>95</sup>

**Os principais resultados** demonstraram que chegar à idade da “pensão completa” não significava uma saída única do mercado de trabalho, pois muitas pessoas idosas trabalham em regime de tempo parcial, aposentam parcialmente, ou constantemente entram e saem do mercado de trabalho. Esta situação dinâmica significa que a análise das trajetórias é mais significativa que a avaliação de um corte transversal. Cinco trajetórias comuns (**Figura 2.8**) refletem a proporção do tempo dispendido, em média, em sete “estados” diferentes, incluindo trabalhar em regime de tempo integral, em regime de tempo parcial, não na força de trabalho, aposentado, e parcialmente aposentado. Embora os dois padrões mais convencionais sejam **aposentadoria precoce** (45%) e **aposentadoria tradicional** (30%) nos 12 países, uma proporção de pessoas idosas continua **trabalhando em regime de tempo parcial ou experimenta aposentadoria parcial** (7.5%).

Os adultos que **não estão no mercado de trabalho** têm mais probabilidade de relatar uma pior autopercepção de saúde, em países com condições mínimas de previdência social e mais precárias de emprego; ao passo que os adultos nas trajetórias **em regime de tempo parcial e aposentadoria parcial** relatam melhor autopercepção de saúde. As pessoas na trajetória predominantemente **em regime de tempo parcial** têm, em média, menos doenças crônicas, enquanto os indivíduos nas trajetórias de **aposentadoria precoce**

e **aposentadoria parcial** têm mais. Porém, os indivíduos com recursos financeiros limitados trabalham por mais tempo, independentemente de seu estado de saúde.

Os benefícios de bem-estar social e condições de emprego de um país também contribuem para as diferenças de gêneros. As mulheres constituem a maioria nas trajetórias **em regime de tempo parcial e não no mercado de trabalho**, devido a uma combinação da falta de benefícios e contribuições significativas das mulheres para as famílias, resultando em mulheres cuidando de crianças e de outras pessoas idosas.

Os estudos adicionais em uma grande variedade de países podem ainda identificar e avaliar se:

- as políticas que promovem tempo mais longo de trabalho precisam levar em conta as condições laborais em que os indivíduos têm que a continuar trabalhando;
- as políticas permitem flexibilidade para diminuir a discriminação por gênero e outras formas de desigualdades, inclusive discriminação por idade;
- as políticas que promovem, com êxito, a vida laboral mais longa das pessoas idosas estão associadas a aprendizagem contínua e cobertura universal de saúde;
- as políticas revertem os incentivos perversos, que anteriormente forçavam as pessoas idosas com problemas de saúde, e recursos financeiros limitados, a trabalhar por mais tempo; mesmo as pessoas idosas que gostariam de trabalhar por mais tempo, são forçados a parar devido a uma idade de aposentadoria compulsória.

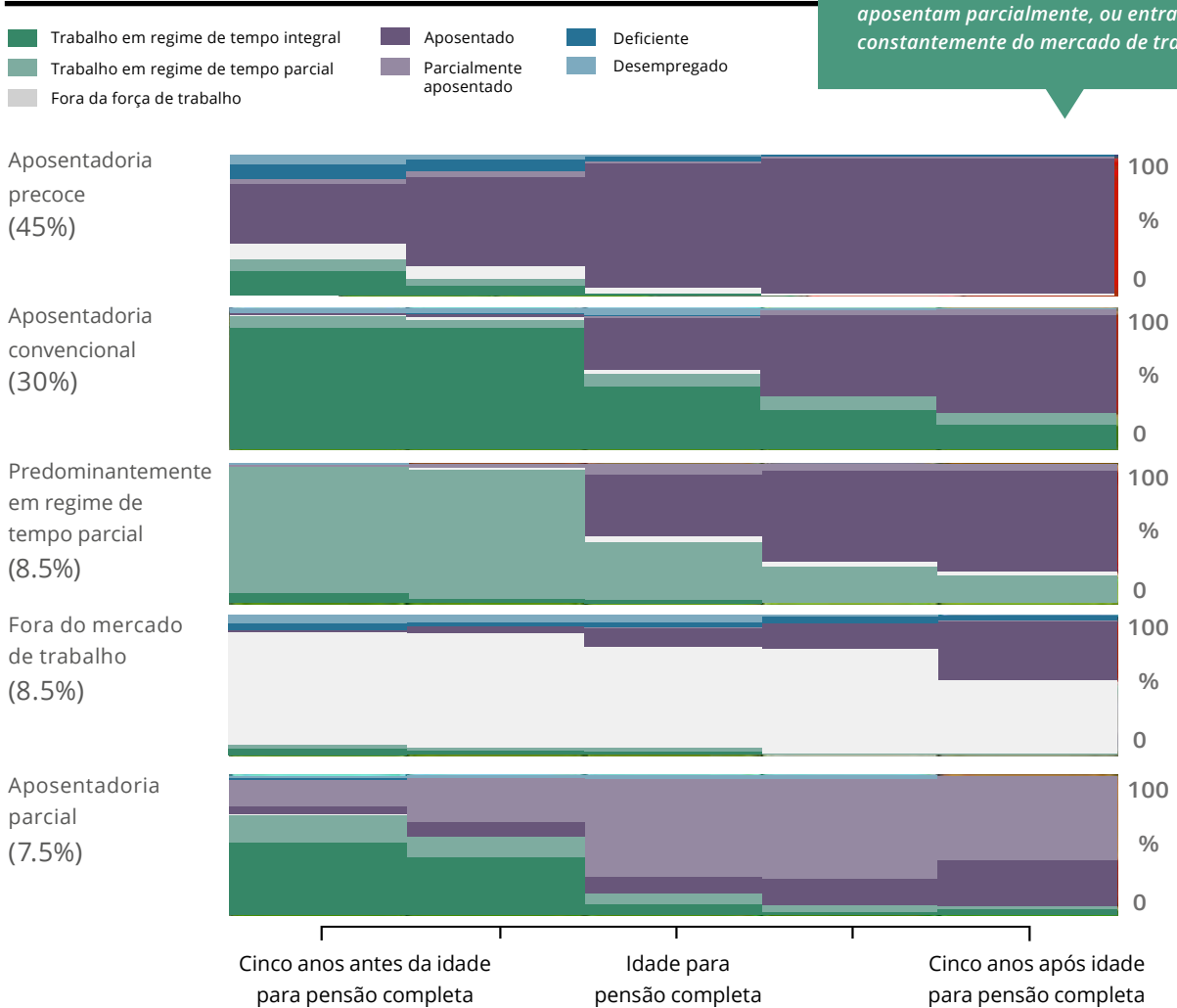
Isso é relevante para evitar exacerbar as desigualdades em saúde existentes, e para aumentar a flexibilidade nas opções disponível para as pessoas idosas, como o trabalho em regime de tempo parcial e aposentadoria

**FIGURA 2.8**

**Cinco tipos de trajetórias de emprego em idade mais avançada em 12 países<sup>95</sup>**

Representa cerca de 3.600 pessoas idosas em estudos longitudinais que coletaram dados durante 10 anos.

*Os principais resultados demonstraram que chegar à idade para “pensão completa” não significava uma saída do mercado de trabalho, pois muitas pessoas idosas trabalham em regime de tempo parcial, aposentam parcialmente, ou entram e saem constantemente do mercado de trabalho.*

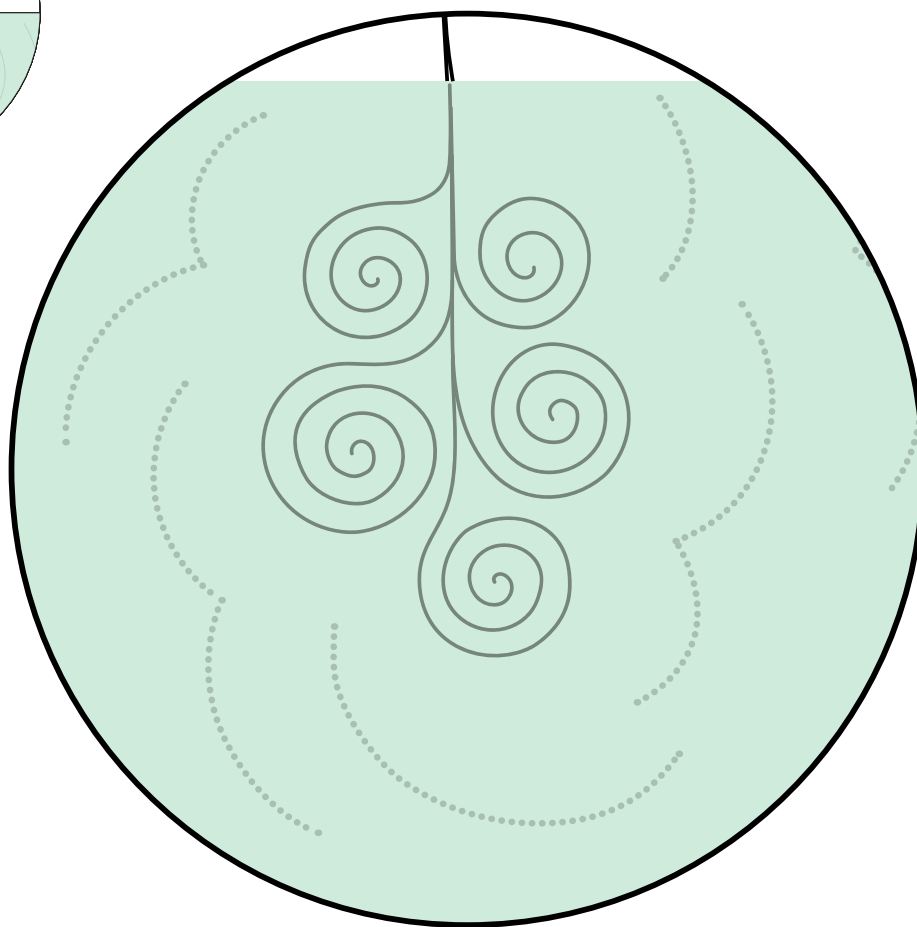
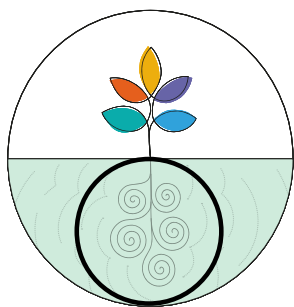


CONTRIBUIÇÕES

parcial. A avaliação integral das políticas identificará se todas as pessoas idosas estão incluídas nos programas universais de benefícios, e se têm oportunidades para aumentar sua capacidade de aprender, desenvolver, e tomar decisões.

Os principais resultados demonstraram que chegar à idade para “pensão completa” não significava uma saída do mercado de trabalho, pois muitas pessoas idosas trabalham em regime de tempo parcial, aposentam parcialmente, ou entram e saem constantemente do mercado de trabalho.

Compreender o impacto das políticas e ações nas lacunas<sup>96</sup> permitirá às pessoas idosas mais opções em termos de como desejam contribuir para as famílias, comunidades e sociedades. Avaliar o impacto de políticas através de estudos longitudinais, com participação de pessoas idosas e formuladores de políticas, e compartilhar experiências nos países, podem contribuir para reformas que criam condições em que uma longa vida de trabalho permite que as pessoas idosas colaborem de diversas maneiras. Para outros exemplos, veja a Seção 4.



## AMBIENTES

*Temos que trabalhar mais para medir e compreender como as pessoas interagem com seus ambientes*

Para esta análise de linha de base, o terceiro componente do envelhecimento saudável – ambientes e seus cinco domínios – não foram avaliados devido ao número limitado de estudos nacionalmente representativos com dados comparáveis. Porém, o aumento do impacto e a otimização da habilidade funcional irão demandar o monitoramento dos ambientes, e entender o quanto prejudicam ou facilitam a habilidade funcional, e onde ocorre progresso. Muitas abordagens são promissoras e requerem mais padrões de mensuração, participação de pessoas idosas, e poderiam utilizar fontes de dados mais amplas.

Integrar dados geográficos e estudos existentes que incluem pessoas idosas pode ser uma abordagem produtiva, para investigar a interação potencial dos ambientes com a capacidade intrínseca e o impacto na habilidade funcional. *Google Maps* e *Open Street Map* podem ser usados para identificar diferentes tipos de instalações locais – como biblioteca, agência dos Correios, loja de conveniência e hospital, assim como áreas verdes e azuis na localidade (→ 2.13) – e determinar sua acessibilidade e distância a partir da casa das pessoas<sup>97</sup>



[...]

2.13

## Ambientes e associação com capacidades cognitivas

### Como os dados são coletados e analisados?

Este enfoque foi aplicado a estudos de cortes populacionais<sup>97</sup> incluindo pessoas idosas de quatro países: China, México, Reino Unido e República Dominicana. Códigos de endereçamento postal (CEP) e endereços dos participantes do estudo foram geocodificados em coordenadas de latitude e longitude. Várias medidas ambientais foram geradas, como distância até as instalações mais próximas, quantidade de instalações locais, e porcentagem de áreas verdes e azuis no raio de 400 e 800 metros da casa dos participantes. As associações transversais entre essas medidas ambientais e demência, um foco desses estudos, foram examinadas e demonstraram que viver longe das instalações locais, como agências dos Correios ou lojas de conveniência, está associado a maior chance de ter demência.

### Como os dados poderiam ser usados?

A abordagem mostra o potencial de usar bancos de dados de acesso público para gerar medidas para o ambiente construído e natural em locais diversos, e para investigar o papel dos ambientes no suporte à capacidade cognitiva e habilidade funcional na fase mais avançada da vida. Utilizar bancos de dados acessíveis evita usar unidades administrativas específicas dos países, e pode identificar características ambientais específicas, perto de onde as pessoas vivem. Os resultados podem ajudar a acumular a base de evidências e informar políticas que visam melhorar os ambientes amigos das pessoas idosas, e otimizar sua habilidade funcional.



### O que mais poderia ser feito?

Para facilitar as análises dos dados existentes, é importante melhorar as conexões entre conjuntos de dados geográficos e epidemiológicos, e desenvolver ainda mais a colaboração com pesquisadores, pessoas idosas, parceiros da indústria e outras partes interessadas, incluindo:

- identificar as instalações locais junto com as pessoas idosas, para analisar cafés, lavanderias, piscinas ou outros locais que podem ter horário reservado para essa população, e avaliar o quanto as pessoas idosas se sentem bem-vindas, ou não, e garantir que existam lugares onde possam ir com netos, com amigos, sozinhos ou como um casal;
- facilitar o acesso aos dados históricos sobre os ambientes para permitir análise retrospectiva;
- melhorar a disponibilidade e qualidade de dados de bancos dados de mapas online, deixando-os mais uniformes dentro dos países e entre eles;
- acrescentar mensuração em tempo real que pode facilitar as decisões diárias, assim como apoiar análise prospectiva e longitudinal, para rastrear o envelhecimento saudável ao longo do tempo e estabelecer melhor a relação de causa e efeito.

---


*É importante melhorar as conexões entre conjuntos de dados geográficos e epidemiológicos, e desenvolver ainda mais a colaboração com pesquisadores, pessoas idosas, parceiros da indústria e outras partes interessadas.*

---

## VIABILIDADE DE UTILIZAÇÃO DE MAPAS GEOCODIFICADOS

Muitas pessoas têm acesso a mapas geocodificados, através de computador ou aplicativo de celular. Uma variedade de serviços de mapas está disponível para identificar os geocódigos em diferentes países (como Apple Maps, Baidu Maps, Gaode Maps, Google Maps e OpenStreetMap). Esses mapas indicam georreferenciamento, o processo de acrescentar informações geográficas a várias mídias. Isto pode ser feito com dispositivos que têm um sistema de posicionamento global (GPS, do inglês *global positioning system*), uma característica bem conhecida das plataformas de redes sociais, que permite “fazer *check-ins*” nos locais, quando um usuário compartilha conteúdo. O processo pode engajar pessoas de todas as idades ao codificar o que pensam ser importante e o que valorizam.

Relevantes para o terceiro componente do envelhecimento saudável (ou seja, ambientes), os mapas geocodificados permitem que uma pessoa visualize localidades em uma área, e explore escolhas para selecionar um tipo de destino possível. Pode-se também determinar a acessibilidade do destino, em termos de distância e tempo. Por exemplo, Google Maps’ Google Places fornece a localização de 90 categorias diferentes de tipos de lugares, incluindo lojas, serviços, profissionais de saúde, transporte público, centros religiosos, e ambientes de aprendizagem.

Para investigar a viabilidade e relevância deste método de avaliação de ambientes, nove categorias de recursos ambientais foram definidas, de modo a parear os principais indicadores propostos para medir a capacidade das cidades de serem amigáveis às pessoas idosas  2.14.<sup>98</sup> Cada uma dessas categorias também contribuiu para diferentes domínios da habilidade funcional – atender às necessidades básicas; aprender, desenvolver e tomar decisões; mobilidade (deslocar-se); construir e manter relacionamentos; e contribuir para famílias, comunidades e sociedade. O método foi aplicado às cidades mais populosas em mais de 180 países das seis regiões da OMS. A **figure 2.9** mostra os painéis de nove cidades diferentes.



## MAPAS GEOCODIFICADOS PODEM AJUDAR A AVALIAR SE A CIDADE É AMIGÁVEL ÀS PESSOAS IDOSAS

*Nove elementos medem o ambiente natural e construído, e serviços, sistemas e políticas*

Usando os mapas geocodificados, pode-se fazer observações sobre o que pode ser acessado, e se os lugares ou serviços são acessíveis às pessoas idosas. Quando uma consulta é feita em uma certa latitude e longitude no Google Maps – por exemplo, em um telefone celular – a distância e o tempo de viagem para cada um de até 20 lugares próximos serão mostrados. Para este estudo de viabilidade, nove indicadores relacionados abaixo foram gerados através do Google Maps.<sup>99</sup> Esses indicadores medem alguns aspectos de dois domínios dos ambientes (ambiente natural e construído, e serviços, sistemas e políticas):

- espaços públicos (parque)
- serviços de saúde (hospital)
- profissionais de saúde (médico, dentista)
- farmácia
- alimentos (supermercado, restaurante, entrega de refeições)
- centro de educação (escola, livraria, biblioteca)
- clube social (clubes escolares, de hobby, esportivos e militares)
- transporte (estação de ônibus, estação de metrô, ponto de táxi, estação de trem)
- outros serviços essenciais (banco, polícia, correios).

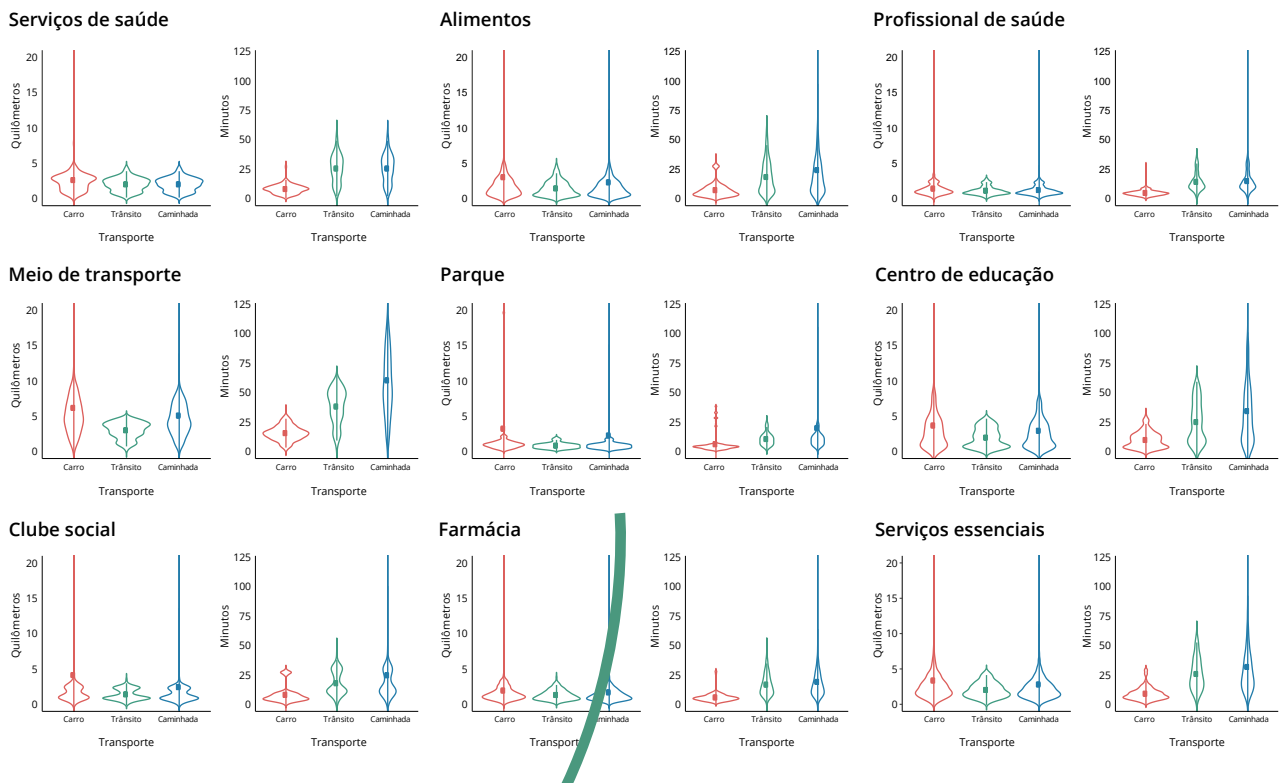
A distância em quilômetros, e o tempo de viagem em minutos, de carro, transporte público, ou a pé, para cada uma das nove categorias, para cada cidade, são mostrados separadamente, como “violin plots”, para nove cidades (**Figura 2.9**). A validade dos mapas reflete a extensão e precisão do que é georreferenciado desde novembro de 2020.



**FIGURA 2.9**

## Distância e tempo de viagem para locais e serviços em uma cidade

Para Tóquio, um painel mostra as informações para todos os nove indicadores.

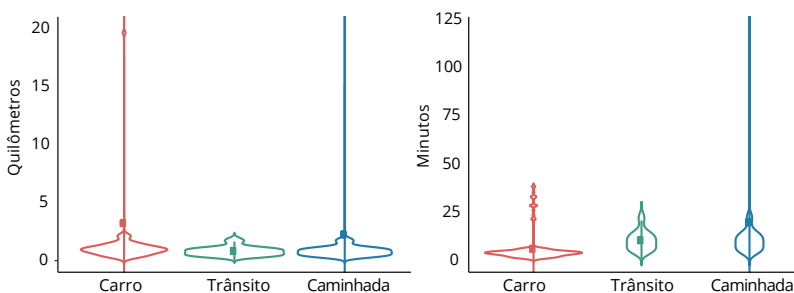


CONTRIBUIÇÕES

### TÓQUIO, JAPÃO

## Parque

Esses *violin plots* são uma combinação de gráfico box plot e gráfico de densidade, girados para mostrarem a distribuição completa e o formato dos dados. Um *violin plot* que fica na base, como uma caixa plana sem linha, indica que a maioria dos serviços para a maior parte das pessoas estão muito próximos.

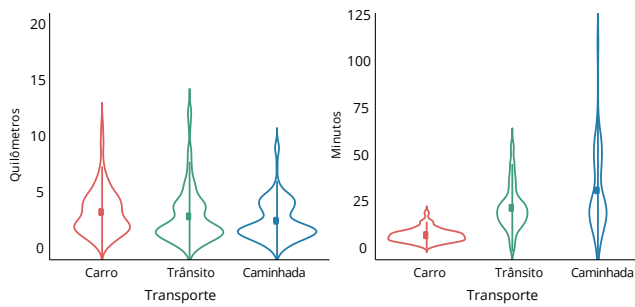


*Para as pessoas que vivem em Tóquio, os parques estão no raio de poucos quilômetros, de carro, transporte público ou caminhada.*

*Algumas pessoas idosas podem levar mais tempo para caminhar a mesma distância.*

**DOHA, CATAR**

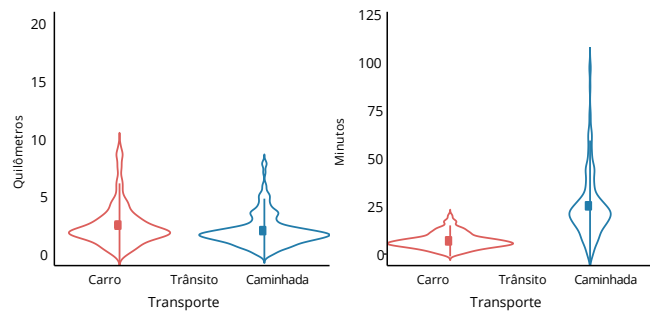
**Serviços de saúde**



*A distância aos serviços de saúde em Doha parece variar. Porém, a distância média usando todas as modalidades de transporte avaliadas é cerca de 3 km. O tempo médio no trânsito e caminhando parece ser semelhante.*

**ACRA, GANA**

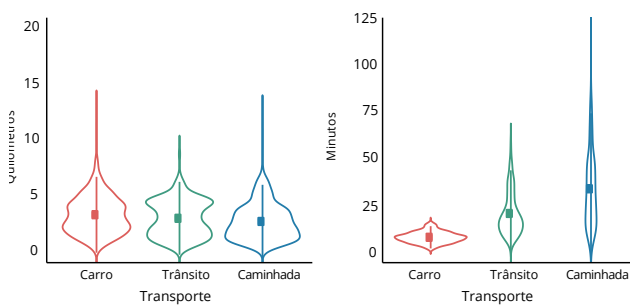
**Farmácia**



*As farmácias em Acra estão, em média, a uma distância de 2,5 km, com a maior proporção concentrada a menos de 6 km de cada local. A distância média de caminhada é cerca de 25 minutos, e que a distância média de carro é 10 a 15 minutos. Não há informações sobre transporte público (novembro de 2020).*

**SANTIAGO, CHILE**

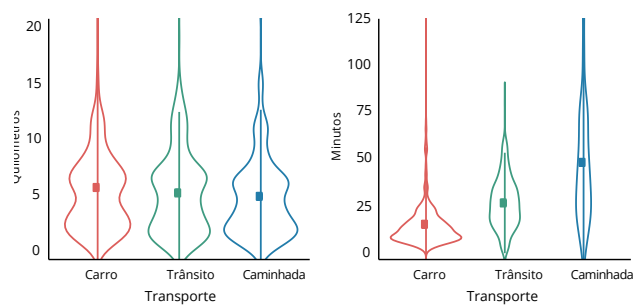
**Profissional de saúde**



*A maior proporção de profissionais de saúde em Santiago parece estar situada em um raio de 2 a 5 km de cada local, com um tempo médio de menos de 10 minutos, em carro, e de menos de 25 minutos, em transporte público*

**HELSINQUE, FINLÂNDIA**

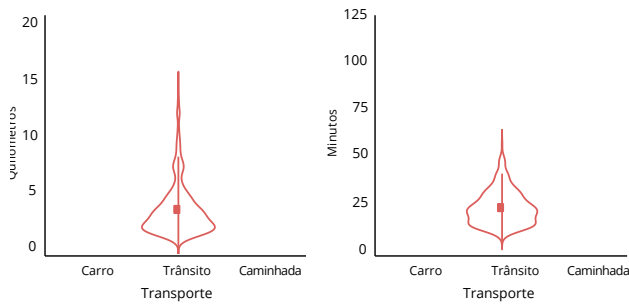
**Alimentos**



*A distância aos lugares que fornecem alimentos (supermercados, restaurantes, entrega de refeições) em Helsinque varia. Entretanto, a maior proporção está situada de 2,5 a 7 km dos pontos selecionados de medida para ir de carro ou transporte público, e de 2 a 7 km para os que caminham.*

## SEUL, REPÚBLICA DA COREIA

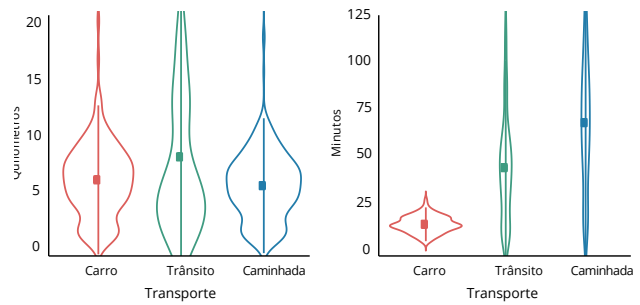
### Centro de educação



Google Maps não fornece informações sobre rotas para dirigir carro ou caminhar (novembro de 2020), mas oferece informações sobre transporte público em Seul. A proporção mais elevada de centros de educação para cada localização é menos de 7,5 km, com um tempo de trânsito médio de 20 minutos.

## JOANESBURGO, ÁFRICA DO SUL

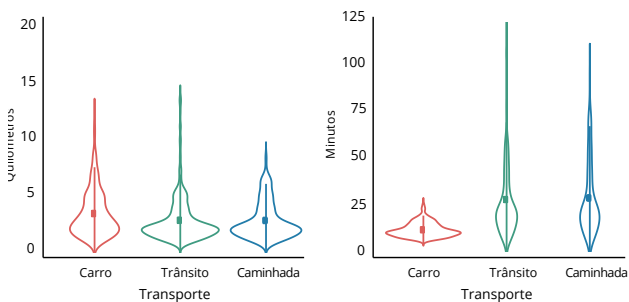
### Meio de transporte



Ônibus, metrô, estação de trem ou ponto de táxi, a partir das nove localizações da amostra de Joanesburgo, de carro ou a pé, ficam, em média, a cerca de 5 km. Ir de transporte público a outra localização fica a aproximadamente 8 km. Há grande variação no tempo de caminhada, e tempo para ir de transporte público a outros locais, mas há menos variação para os que podem ir de carro.

## BANGKOK, TAILÂNDIA

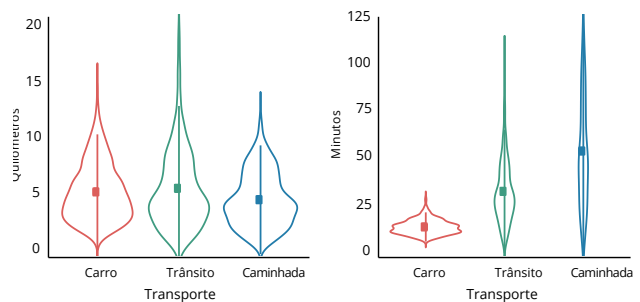
### Clube social



Há muitos clubes sociais em Bangkok, já que a distância média a um clube, usando qualquer modalidade de transporte mensurada é aproximadamente 2,5 km. Na Tailândia, o termo para “clube de idosos”, que se refere a um local organizado para pessoas idosas participarem de atividades sociais na comunidade, ainda não foi georreferenciado.

## CHICAGO, ESTADOS UNIDOS

### Outros serviços essenciais



A distância média aos serviços essenciais de Chicago é aproximadamente 5 km, mas o tempo de viagem varia. Ir de carro é mais eficiente, em menos de 15 minutos, ao passo que no transporte público demora o dobro do tempo, e a média para caminhada é de quase uma hora. A precisão de mapas georreferenciados de Chicago é considerada relativamente alta. → 2.15



2.15



# Chicago

## Uma das principais “cidades inteligentes” do mundo

CONTRIBUIÇÕES

Chicago é uma das cidades do mundo com mais georreferenciamento, com uma abordagem dirigida por dados que alavanca os dados geoespaciais, para resolver problemas e alinhar metas.<sup>100</sup>

Chicago busca criar ambientes urbanos inclusivos e acessíveis, uma meta vigente desde que entrou na Rede de Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa, da OMS, em 2012. Para que os órgãos governamentais possam melhorar e desenvolver serviços que apoiam as pessoas idosas a envelhecer em sua própria cidade, uma avaliação de linha de base e um exercício para elaboração de políticas coletaram dados de mais de 2.600 residentes.<sup>101</sup> Esta iniciativa incluiu 60 indicadores, cobrindo nove domínios. Por exemplo, um domínio, espaços externos e edifícios, investigou acesso a edifícios públicos; ambientes limpos; espaços verdes e parques; e ruas seguras. Os adultos de todas as idades relataram grande satisfação pelo fato de os “parques e espaços verdes estarem a uma distância fácil de caminhar a partir de minha casa”, enquanto os indicadores que mostraram necessidade de melhoria, incluíram “as vias para bicicletas são seguras para pedestres” e melhores “condições para caminhar”.

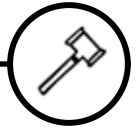
Chicago Saudável 2.0, lançado em 2016, prioriza a equidade em saúde, e visa abordar os determinantes sociais da saúde.<sup>102</sup> Um objetivo é melhorar as áreas edificadas e a rede de transporte de Chicago, de modo que os residentes possam viver e envelhecer bem.

A cidade usa várias plataformas de dados e analíticas para conscientizar sobre ambiente dentro de um contexto específico. O site Chicago Health Atlas tem mapas interativos de dados relacionados à saúde ao longo do tempo e nas comunidades, além da localização de diversos recursos de saúde.<sup>103</sup> O site não é para uso apenas dos formuladores de políticas e profissionais da saúde; todos os residentes podem acompanhar o progresso da implementação do Chicago Saudável 2.0.

Outro sistema proeminente é o WindyGrid, um sistema de informações geográficas que fornece dados do governo em tempo real, e oferece uma visão unificada das operações na cidade. Os dados incluem localizações de chamadas de serviços 911 (assistência em emergências) e 311 (para ajuda com serviços não emergenciais na cidade), corpo de bombeiros e ambulância, ruas que precisam de reparo, e outras informações críticas, como alvarás para construção, inspeções de segurança alimentar, controle de mosquitos que transmitem o vírus do Nilo Ocidental.<sup>104</sup>

Chicago foi a primeira cidade a lançar o “Array of Things” (AoT),<sup>105,106</sup> uma rede de caixas com sensores interativos ao redor de Chicago, para coletar dados granulares, em tempo real, sobre o ambiente da cidade (como luz, ar e temperatura da superfície, vibração, intensidade sonora, qualidade do ar, pedestres e circulação de veículos). Essas plataformas de dados têm muitos usos, incluindo seu potencial para respostas orientadas assegurando mobilidade, acessibilidade de serviços, e manutenção de um ambiente seguro para residentes de todas as idades.

CONTRIBUIÇÕES



## IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS

- **Os ambientes desempenham um papel essencial na promoção do envelhecimento saudável, e asseguram que nenhuma pessoa idosa ficará para trás.** As cidades e comunidades podem promover a plena participação das pessoas idosas. Isto requer uma melhor compreensão de como as pessoas interagem com seus ambientes, e até que ponto os ambientes prejudicam ou facilitam a habilidade funcional. Além disso, todos os domínios de ambientes têm que ser avaliados, incluindo apoio e relacionamentos (→ 2.3), atitudes, e serviços, sistemas, e políticas mais amplos.
- **As melhorias nos mapas geocodificados irão aumentar na próxima década.** Esta é uma oportunidade para as pessoas idosas se beneficiarem de informações quantitativas ou qualitativas, em tempo real, no contexto em que vivem, socializam e trabalham – de terem as necessidades básicas atendidas, terem segurança em casa e em suas comunidades, e permitir que façam o que gostam e valorizam.
- **É fundamental aumentar o letramento em saúde em todas as idades.** As tecnologias podem facilitar inovações que capacitam as pessoas idosas a monitorarem e compreenderem sua própria saúde, acompanharem sua trajetória de envelhecimento saudável, e tomarem mais decisões sobre sua própria vida.
- **Esta questão traz o desafio mais amplo de reduzir a divisão digital por gênero, localização geográfica e idade.** Homens, residentes de áreas urbanas, e pessoas mais jovens têm mais probabilidade de estarem conectados online que mulheres, residentes de áreas rurais, e pessoas idosas.<sup>107</sup> Isto tem implicações em comunicação, telessaúde, telemedicina, compra de bens e serviços, e formas de trabalhar e contribuir para a sociedade. A inclusão digital requer acesso crescente a Internet e celulares que as pessoas idosas possam usar facilmente, e treinamento para utilizar essas tecnologias como parte da aprendizagem contínua. O desenvolvimento inclusivo e equitativo irá impulsionar a otimização da habilidade funcional.

A participação das pessoas idosas e municípios pode guiar o uso da tecnologia digital para apoiar os ambientes facilitadores – e reduzir a divisão digital entre pessoas idosas e jovens.

# USO DE DADOS PARA AUMENTAR O IMPACTO NOS PAÍSES

Aumentar o impacto para o envelhecimento saudável não é apenas coleta de dados. Envolve também como os líderes e tomadores de decisão em diversos setores estão conduzindo o uso desses dados para melhorar políticas e programas para pessoas idosas. Em 2019 e 2020, oito ministérios da saúde de todas as regiões da OMS realizaram um processo colaborativo com outros ministérios, entidades regionais e municipais, sociedade civil (incluindo pessoas idosas) e parceiros acadêmicos, para compilar relatórios sobre os tipos de fontes de dados em seu país, o quanto que as informações são desagregadas nas faixas etárias mais velhas, e descrever estudos de casos sobre como informar políticas ou programas relevantes às pessoas idosas. Novas oportunidades para coletar e usar os dados foram também identificadas. Os exemplos extraídos desses esforços demonstram o que pode ser feito para aumentar o impacto. Para outros exemplos, veja a Seção 4.

## CHILE<sup>108</sup>

**Pesquisa Nacional sobre Caracterização Socioeconômica (CASEN), Estudo Nacional sobre Dependência de Pessoas Idosas (ENDPM), Pesquisa sobre Qualidade de Vida na Velhice, Estudo de Inclusão e Exclusão do Serviço Nacional de Pessoas Idosas, Registro Social de Domicílios**

Diversas fontes de informação apoiam o desenho e a avaliação do Programa de Centros-Dia, que presta serviços especializados diurnos para pessoas idosas, com dependência leve a moderada.

## GANÁ<sup>110</sup>

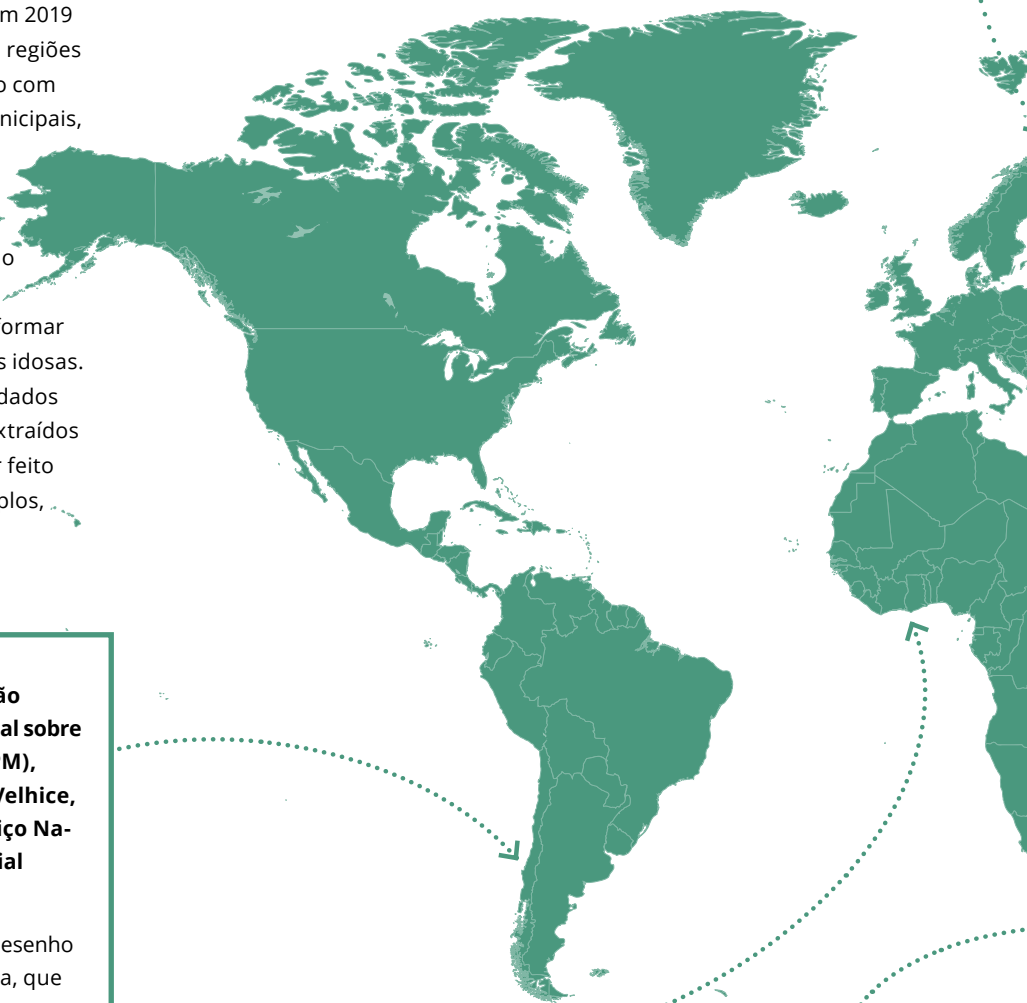
**Dados da Autoridade Nacional de Seguro Saúde (NHIA)**

Cria e atualiza as listas de medicamento relevantes para pessoas idosas e suas necessidades específicas, cobertas pelo Esquema Nacional de Seguro Saúde; os dados também são usados pelos tomadores de decisão, para estabelecer as políticas que apoiam as pessoas idosas e outros grupos vulneráveis.

## CATAR<sup>111</sup>

**Pesquisa Nacional Planejada sobre Envelhecimento no Catar (NASQ)**

A Estratégia Nacional de Saúde Pública, componente do Envelhecimento Saudável, iniciou o planejamento e compromisso para comparar o progresso nacional com os avanços internacionais. A nova pesquisa também informará serviços sociais e de saúde integrados para pessoas idosas.



**FINLÂNDIA** <sup>109</sup>**Gestão de conhecimento em saúde regional e distrito de atenção social, Eksote**

Serviços de saúde e assistência social são monitorados através do modelo TIJO, usando um sistema de informação baseado em inteligência artificial, que apoia a integração de serviços nas províncias. As informações incluem as necessidades específicas das pessoas idosas, custos e serviços oferecidos ao longo do tempo.

**CHINA** <sup>115</sup>**Dados de bancos de dados administradas pelo Escritório Nacional de Estatísticas (NBS), Comissão Nacional de Saúde (NHC), Administração Nacional de Segurança em Saúde (NHSA)**

Os bancos de dados e análise de informações propiciaram dados para a criação da Ação de Promoção da Saúde para pessoas idosas, em 2019. A Ação propõe metas e planos operacionais, como reduzir a incidência de dependência de cuidados entre pessoas de 65 a 74 anos, entre 2019 e 2030.

**TAILÂNDIA** <sup>113</sup>**Pesquisa sobre Idosos do Departamento de Estatística**

Com outras fontes de dados, utilizadas como base para a publicação anual e amplamente citado, o *Relatório sobre a Situação dos Idosos Tailandeses*.

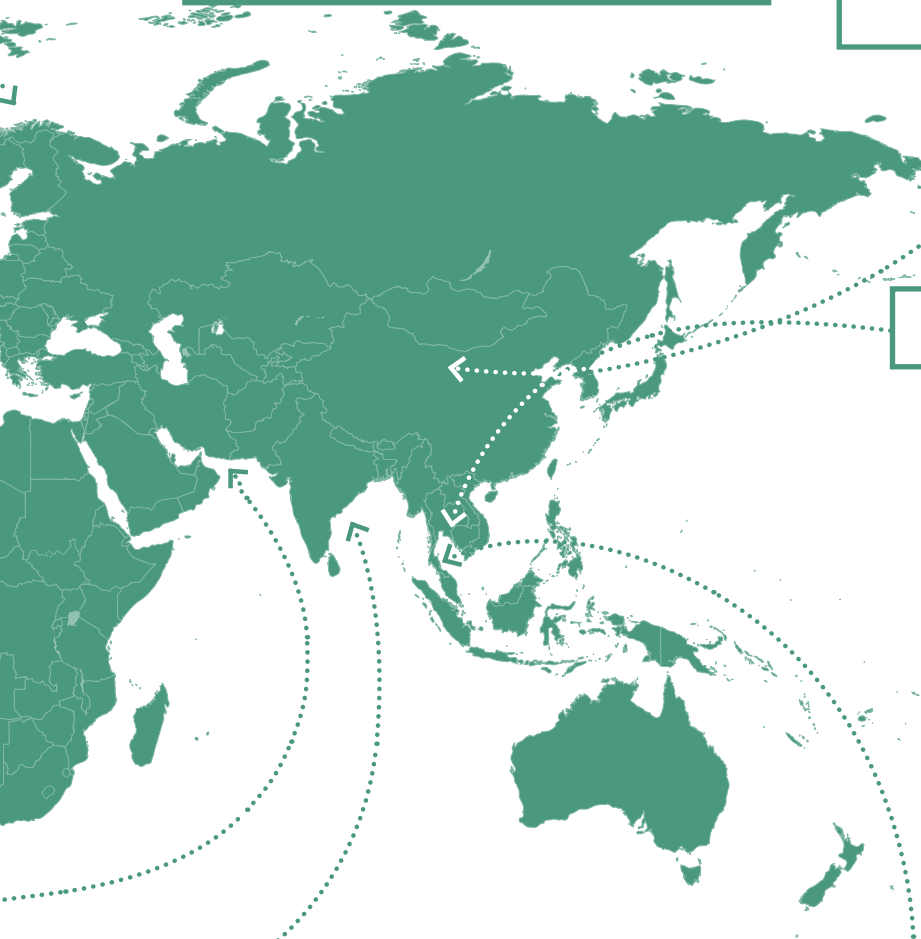
O relatório de 2019 apresenta uma avaliação dos projetos nacionais de cuidados de longo prazo para pessoas idosas com participação comunitária, lançados recentemente. Descreve as recomendações de políticas para desenvolver uma rede de segurança social para as pessoas idosas.

**ÍNDIA** <sup>112</sup>**Dados gerenciados pelo Gabinete do Registro Geral e Comissário do Censo, Registros hospitalares, Sistema de Registro de Amostras, Registros de Doenças, Vigilância epidemiológica**

Apoia o Programa Integrado para Pessoas Idosas, 2018. O programa oferece apoio financeiro, e de manutenção para uma variedade de serviços para pessoas idosas, incluindo oportunidades de cuidado contínuo, educação e entretenimento, bem como unidades móveis de atendimento a pessoas idosas que vivem em áreas rurais e isoladas.


**CINGAPURA** <sup>114</sup>**Dados coletados pela Autoridade de Transporte Terrestre (LTA)**

Com base em discussões com organizações comunitárias e pessoas idosas, e através de Exercícios de Mapeamento de Pegadas de Carbono de Idosos, o LTA desenvolveu abordagens para apoiar pessoas idosas, de modo que continuem a usar o transporte público e sejam pedestres, como o **Green Man+ (Homem Verde+)** – um recurso nas faixas de pedestres que permite às pessoas idosas escanear um cartão e prolongar o tempo do “homem verde” no semáforo de cruzamento de pedestres.



## 2

## MENSAGENS PRINCIPAIS

 **Atualmente, pelo menos 142 milhões de pessoas idosas no mundo todo não têm capacidade de suprir suas próprias necessidades básicas.**

As desigualdades socioeconômicas e de gênero contribuem para as diferenças dentro dos países e entre eles.

**Implicação para políticas:** É preciso ter cooperação para garantir que essas necessidades básicas sejam atendidas, e fortalecer as capacidades que contribuem para o bem-estar das pessoas idosas.

- Embora algumas diminuições nas capacidades não possam ser evitáveis, as pessoas idosas de qualquer idade devem ter a capacidade de suprir todas suas necessidades básicas, e as abordagens devem mitigar as desigualdades nas oportunidades.
- As pessoas idosas não formam um grupo homogêneo; portanto, tanto as abordagens universais quanto as direcionadas são necessárias para não deixar nenhuma pessoa idosa para trás.
- Um estudo de viabilidade para medir ambientes destaca que é possível utilizar *big data*, como os mapas geocodificados.

**Dados e informações são necessários para cada jurisdição.** Os estudos de casos nacionais também reconhecem que, em alguns países, os programas voltados para as pessoas idosas são formulados e administrados por autoridades estaduais ou regionais. Os dados e informações estaduais são, portanto, cruciais para monitorar e avaliar o impacto dos programas. Por exemplo, o **Estudo Longitudinal sobre Envelhecimento na Índia**<sup>116</sup> é uma pesquisa padronizada, realizada em cada estado e território da Índia, e produz informações representativas estaduais e nacionais. O mesmo se aplica ao **Estudo Longitudinal Canadense sobre o Envelhecimento**,<sup>117,118</sup> que fornece as estimativas das províncias sobre os determinantes da saúde, estado de saúde e utilização de sistema de saúde. Ambos são importantes para monitorar o impacto na vida das pessoas idosas.

Há também estudos independentes de estados ou províncias que embasam políticas e programas. Nos Estados Unidos, o estado da Califórnia tem a maior população de pessoas idosas do país. A Pesquisa com Entrevistas sobre Saúde na Califórnia é a maior pesquisa estatal de saúde dos EUA. Divulga os dados populacionais anuais, desagregados para os 58 condados e diversos grupos raciais e étnicos do estado. Algumas informações, como o Elder Index (Índice do Idoso),<sup>119</sup> uma medida de segurança econômica das pessoas idosas e seu painel interativo, são rotineiramente utilizadas pelos deputados estaduais, formuladores de políticas, secretarias municipais de saúde locais, organizações comunitárias, e outras partes interessadas, para planejar em todos os setores, incluindo os serviços de saúde e moradia acessível.



**Três quartos dos países do mundo têm dados limitados ou não comparáveis sobre envelhecimento saudável ou sobre faixas etárias mais velhas, e esta situação contribui para a invisibilidade e exclusão das pessoas idosas.** Para cada componente do envelhecimento saudável, esta análise de linha de base pode fornecer apenas um resumo. Em vez de descrever as estimativas específicas dos países por idade e sexo, este resumo oferece um panorama geral da disponibilidade e comparabilidade dos dados.

**Implicações para políticas:** Para monitorar os avanços durante a Década, há uma necessidade urgente de trabalhar em conjunto, em uma abordagem incrementada para:

- monitorar o envelhecimento saudável no curso da vida;
- identificar os itens centrais e padronizar os dados que estão sendo coletados, para cobrir todos os componentes e domínios de envelhecimento saudável, e oferecer um quadro abrangente e comparável da vida, necessidades e expectativas das pessoas idosas;
- continuar a realizar pesquisas sobre métricas do envelhecimento saudável para descrever plenamente cada componente (capacidade intrínseca, habilidade funcional e ambientes), e produzir indicadores significativos úteis para tomada de decisão relacionada à otimização da habilidade funcional;
- empregar enfoques inovadores para coletar, analisar e usar informações, para pessoas idosas e pelas pessoas idosas;
- aumentar a interoperabilidade dos dados, ao harmonizar normas e plataformas para compartilhar e analisar dados;
- desagregar os dados por gênero, incapacidade, residência urbana ou rural, condição socioeconômica, escolaridade, grupo étnico ou indígena, e outros motivadores de desigualdade; e
- alinhar a notificação e análise com os indicadores dos ODS.<sup>120</sup>

**Os casos de todo o mundo destacam o compromisso para coletar e analisar dados, em geral com novas tecnologias e métodos que atraíam as pessoas idosas.** Estes casos mostram maneiras de conectar os indivíduos e seu ambiente, com dados e informações que apoiem as ações para otimizar a habilidade funcional. As pessoas idosas também podem usar estas informações para cuidar de si mesmos, tomar decisões fundamentadas, e buscar o que valorizam.

**Os estudos de casos nacionais indicam que cada país pode usar os dados existentes para embasar políticas e programas para pessoas idosas, e encontrar maneiras de conectar os setores e usar uma ampla gama de fontes de dados** (administrativos, instalações, seguro, etc.).

*Esta análise de linha de base de 2020 inicia rastreando o progresso. A próxima seção examina os indicadores endossados na Década, e considera a quais melhorias podemos dedicar o trabalho.*

# 3

QUE MELHORIAS  
PODEMOS ESPERAR  
ATÉ 2030?

Compreender e medir  
sucesso juntos



---

## A OMS tem a tarefa de monitorar o progresso durante a Década em 2023, 2026, 2029 e 2030, nos níveis nacional e regional, para assegurar que nenhuma pessoa idosa fique para trás.

---

A Década do Envelhecimento Saudável defende as ações informadas por evidência para otimizar a habilidade funcional e aumentar o impacto na vida das pessoas idosas até 2030.<sup>2,6</sup> Junto com esta avaliação de linha de base, a OMS tem a tarefa de monitorar o progresso da Década em 2023, 2026, 2029 e 2030, nos níveis nacional e regional, para assegurar que nenhuma pessoa idosa fique para trás.

Durante a Década, muitos setores terão que ser envolvidos para melhorar o envelhecimento saudável – incluindo não apenas o setor da saúde, mas também finanças, cuidados de longo prazo, proteção social, educação, trabalho, moradia, transporte, informação e comunicação. Esta iniciativa incluirá governos nacionais, estaduais e locais, assim como a força de trabalho em saúde e assistência social, sociedade civil, setor privado, organizações para pessoas idosas, comunidade acadêmica, e as próprias pessoas idosas e suas famílias e amigos. Participação e comunicação das informações precisam ser relevantes para uma ampla gama de partes interessadas em todos os níveis.

Os Estados Membros têm um papel de manter seus compromissos e criar as condições que permitem as diversas partes interessadas, setores e jurisdições trabalharem em conjunto, incluindo escutar a voz das pessoas idosas e suas expectativas para uma Década com êxito. São incentivados a produzir e difundir dados, compartilhar relatórios e organizar eventos para discutir os avanços e adaptar planos, como

ministérios da saúde de oito países, em todas as regiões da OMS, colocaram em prática recentemente (ver seção 2). Nesses oito países, os processos envolveram outros ministérios, sociedade civil e parceiros de outras agências da Organização das Nações Unidas (ONU), além de comissões nacionais de planejamento, autoridades municipais e estaduais, institutos de saúde pública, sistemas de informação em saúde, e escritórios nacionais de estatística – estes foram responsáveis pelo monitoramento do progresso nos indicadores de ODS, em cada país.<sup>120</sup> Deve-se estimular iniciativas semelhantes em todos os países, e documentá-las para que o aprendizado possa ser compartilhado e discutido.

### **Esta avaliação de linha de base inclui dois tipos de indicadores, como endossado na Década:**

- **avanços no âmbito nacional**, como acordado para a Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde; e
- **resultado e impacto na vida das pessoas**, incluindo a expectativa de vida saudável e envelhecimento saudável.

Com base no número estimado de pessoas em todo o mundo que não têm suas necessidades básicas atendidas (o único domínio de habilidade funcional com dados comparáveis e estimativas nesta análise de linha de base), os cenários “hipotéticos” para 2030 são também brevemente considerados.

# AVANÇOS EM ÂMBITO NACIONAL

Dez indicadores de progresso no âmbito nacional refletem o processo endossado na Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde, durante a 69ª Assembleia Mundial da Saúde,<sup>3</sup> em 2016 (**Anexo 5**). Os indicadores foram reportados à 71ª Assembleia Mundial da Saúde, em relação à revisão de progresso de médio prazo do primeiro plano de ação, em 2018, e foram endossados na Década do Envelhecimento Saudável, em 2020, pela 73ª Assembleia Mundial da Saúde.<sup>121</sup> Uma segunda rodada da notificação sobre os 10 indicadores de progresso completados em maio de 2020 serve de linha de base para a Década.

Todos os Estados Membros da OMS e da ONU se comprometeram a implementar ações para cumprir cada indicador. A **Tabela 3.1** traz um panorama global, e compara as conquistas em 2018 e até 2020, junto com a taxa de progresso.

## Registra-se um compromisso mundial crescente com o envelhecimento saudável e a participação das pessoas idosas.

Em escala global, com potencialmente 194 países divulgando informações, a boa notícia é que houve melhorias em 10 dos 10 indicadores, registrando um compromisso mundial crescente com o envelhecimento saudável e a participação das pessoas idosas.

Com base nos relatórios destes países que informaram sobre os avanços, os três principais indicadores com ação afirmativa refletem compromisso nacional – ter um ponto focal para envelhecimento e saúde; ter uma estratégia, política ou plano sobre envelhecimento e saúde; e organizar fóruns com diversas partes interessadas, que incluam as pessoas idosas.

Ainda, com base na taxa de progresso entre 2018 e 2020:

- O maior aumento (mais 34 países, um salto de 125%) ocorre nas políticas nacionais para avaliação ampla das pessoas idosas, confirmando uma demanda rápida por atenção integrada, centrada na pessoa, para idosos.
- O menor aumento (mais 2 países) refere-se à legislação nacional e à imposição de estratégias contra a discriminação por idade, que é um requisito básico para combater o idadismo, e fundamental para a Década.

Preocupa o fato de uma simples projeção, de agora até 2030, sugerir que quatro indicadores talvez não sejam alcançados até 2030, e apenas um indicador até o próximo período de reportar progressos apresentação de relatórios – 2023 – enfatizando a necessidade de ação acelerada.

Porém, dependendo do indicador, cerca de 22 a 36% de todos os países ainda não informaram sobre o progresso em 2020, apesar desta proporção variar em todas as regiões.

## ESTAMOS NO CAMINHO CERTO?

Uma pessoa idosa, um membro do parlamento, prefeito de uma cidade, ou chefe de uma instituição de longa permanência para idosos, pode perguntar se seu país está no caminho certo para implementar a Década do Envelhecimento Saudável e alcançar melhorias mensuráveis na vida das pessoas idosas até 2030.

Uma abordagem para monitorar os avanços nacionais é uma projeção direta, baseada na taxa de melhorias documentada para cada indicador, entre 2018 e 2020. Do ponto de vista mundial, o compromisso coletivo é todos os países reportarem “sim”. Para projetar se todos os países estão no caminho certo, a taxa observada de aumento foi aplicada até 2030, sem nenhuma outra suposição, para estimar em que ano todos os 194 países poderiam alcançar cada indicador.

### INDICADORES DE PROGRESSO E IMPACTO

- precisam fazer diferença na vida das pessoas idosas;
- podem ser melhorados pelas ações de governos e outras partes interessadas; e
- precisam ser medidos com frequência suficiente para mostrar se há avanços

A **Tabela 3.1** mostra que entre os dez indicadores, quatro poderiam ser alcançados por todos os países apenas depois de 2030, o que sinaliza que **não estamos no caminho certo**. Outros três indicadores talvez sejam alcançados em 2027 ou 2028; dois ao redor de 2025; e somente um perto de 2023, que é a próxima data de notificação reportar progressosapresentação de relatórios (ver última coluna).

Esta projeção simples mostra que são necessárias iniciativas aceleradas para que todos os países implementem essas ações. Uma segunda pergunta é: se não estamos no caminho certo, **o que pretendemos fazer?** A maioria das partes interessadas provavelmente concordaria que, para iniciar a mudança transformadora assumida na Década, deve-se acelerar os avanços. Seria razoável ver todos os países trabalhando com as partes interessadas, incluindo sociedade civil e comunidades, para implementar os 10 indicadores de progresso nacionais até, por exemplo, a metade da Década. Isto inclui melhorar dados e informações sobre as pessoas idosas (indicadores 9 e 10), pois iria munir os países para monitorar o impacto na vida das pessoas idosas. Pode-se também prever e considerar outros cenários.

## TABELA 3.1

### Panorama global de 10 indicadores de progresso:

Onde estamos, qual é a taxa de progresso, e estamos no caminho certo?

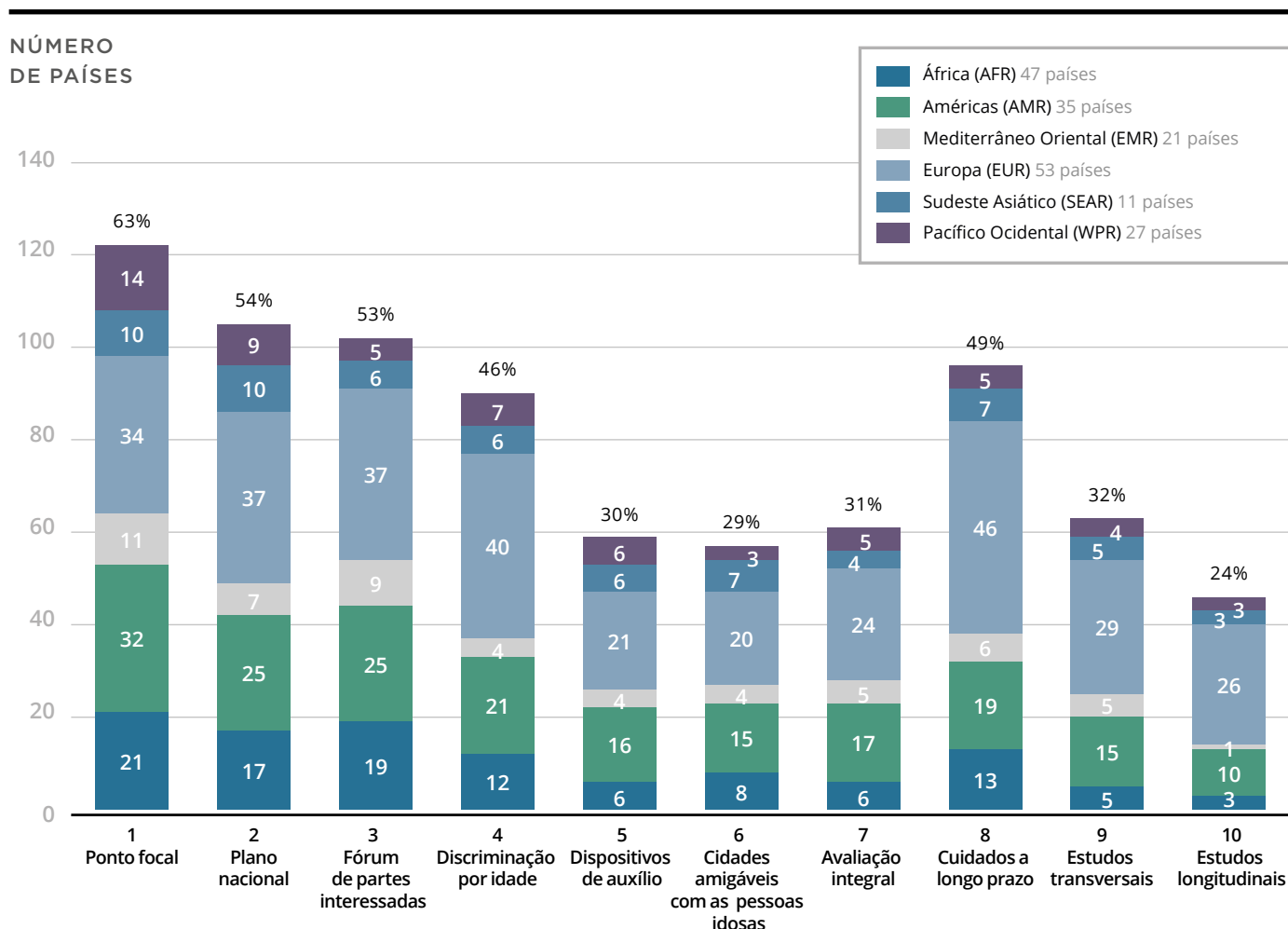
Número de países entre os 194 que responderam “sim” para ter alcançado cada indicador de progresso

Taxas atuais de aumento e ano esperado para os 194 países alcançarem cada indicador

Indicadores de progresso	2018	2020	Países adicionais desde 2018	Taxa de aumento em dois anos (%) 2018-2020	Na taxa atual, estima-se que todos os países irão alcançar o indicador
<b>Compromisso nacional geral para otimizar o envelhecimento saudável</b>					
① Ponto focal em envelhecimento e saúde	112	122	10	9%	após 2030
② Política, estratégia ou plano alinhado ao envelhecimento saudável	88	105	17	19%	em torno de 2027
③ Fórum de diversas partes interessadas	88	102	14	16%	em torno de 2027
<b>Contribuição para cada área de ação prioritária da Década</b>					
④ Legislação e cumprimento contra discriminação por idade	88	90	2	2%	após 2030
⑤ Regulamentações para apoiar o acesso a dispositivos de auxílio	37	59	22	59%	em torno de 2025
⑥ Programa para promover cidades e comunidades amigas comunidades amigáveis aos idosos com das pessoas idosas	34	57	23	68%	em torno de 2025
⑦ Políticas para apoiar as avaliações integrais das pessoas idosas	27	61	34	126%	em torno de 2023
⑧ Políticas de cuidado de longo prazo	80	96	16	20%	em torno de 2028
<b>Aumentar os dados nacionalmente representativos sobre envelhecimento saudável com foco nas pessoas idosas</b>					
⑨ Dados transversais sobre estado de saúde e necessidades	54	63	9	17%	após 2030
⑩ Dados longitudinais sobre trajetórias de saúde	35	46	11	31%	após 2030

O número de países que reportaram alcance de cada indicador de progresso e 2020 está compilado na **Figura 3.1**, desagregados para cada uma das seis regiões da OMS. Assim se reconhece que cada região tem um número diferente de Estados Membros, que contribuem para o número total de 194 países.

**FIGURA 3.1**  
**Número de países que responderam “sim” para cada – região e porcentagem dos 194 Estados Membros, 2020**





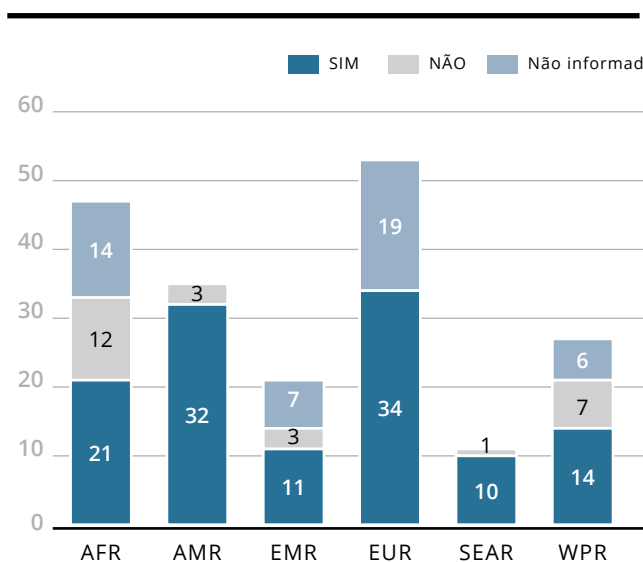


Os próximos 10 gráficos e tabelas oferecem outros detalhes sobre cada indicador, por região. Isso inclui a porcentagem de países que reportaram conquistas em 2018 e 2020, tanto em termos mundiais como dentro de cada região; e o número de países em cada região que ainda não relataram os avanços. Assegurar que todos os países informem “sim” ou “não”, até 2023, é uma prioridade.

## Compromisso nacional geral de otimizar o envelhecimento saudável

1

Número de países com um ponto focal para envelhecimento e saúde no Ministério da Saúde, 2020

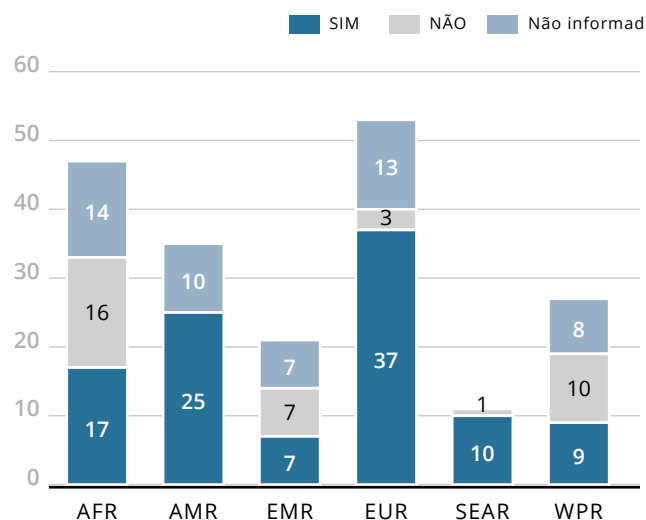


Porcentagem de países com um ponto focal para envelhecimento e saúde no Ministério da Saúde

	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	58%	<b>63%</b>
<b>AFR</b>	40%	<b>45%</b>
<b>AMR</b>	89%	<b>91%</b>
<b>EMR</b>	38%	<b>52%</b>
<b>EUR</b>	64%	<b>64%</b>
<b>SEAR</b>	82%	<b>91%</b>
<b>WPR</b>	41%	<b>45%</b>

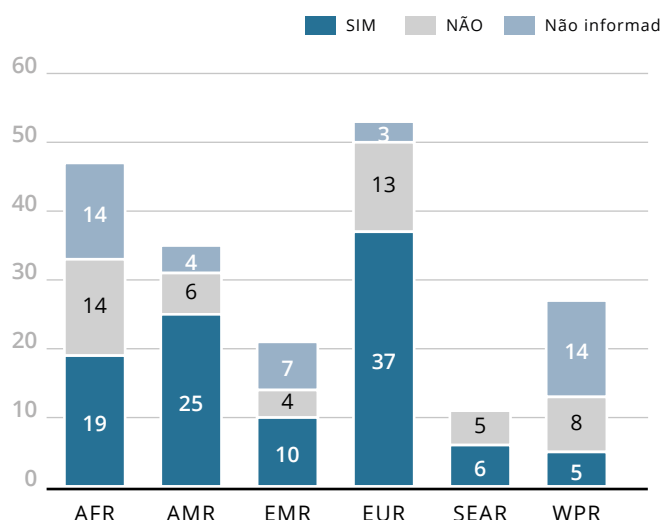
2

Número de países com **políticas, estratégias e planos nacionais alinhados ao envelhecimento saudável, 2020** → 3.1



3

Número de países com **um fórum ou comitê nacional com diversas partes interessadas sobre envelhecimento e saúde, 2020**



Porcentagem de países **que relataram um plano nacional sobre envelhecimento e saúde, 2020**

	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	45%	<b>54%</b>
<b>AFR</b>	34%	<b>36%</b>
<b>AMR</b>	46%	<b>71%</b>
<b>EMR</b>	33%	<b>33%</b>
<b>EUR</b>	58%	<b>70%</b>
<b>SEAR</b>	82%	<b>91%</b>
<b>WPR</b>	33%	<b>33%</b>

Porcentagem de países com **um fórum ou comitê nacional com diversas partes interessadas sobre envelhecimento e saúde, 2020**

Região	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	45%	<b>53%</b>
<b>AFR</b>	30%	<b>40%</b>
<b>AMR</b>	57%	<b>71%</b>
<b>EMR</b>	38%	<b>48%</b>
<b>EUR</b>	66%	<b>70%</b>
<b>SEAR</b>	55%	<b>55%</b>
<b>WPR</b>	19%	<b>19%</b>



## DOZE PLANOS NACIONAIS SOBRE ENVELHECIMENTO E SAÚDE, E COERÊNCIA DE POLÍTICAS COM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Com o endosso da Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, todos os Estados Membros se comprometeram a formular ou atualizar as políticas, estratégias ou os planos nacionais alinhados ao envelhecimento saudável.

**Uma avaliação detalhada dos planos existentes pode facilitar a troca de experiências nos países.**

A primeira etapa examinou o texto dos planos nacionais existentes em diversos países que representam todas as seis regiões da OMS

**A primeira etapa examinou o texto dos planos nacionais existentes em diversos países que representam todas as seis regiões da OMS**

Gana<sup>122,123</sup> (África), Chile<sup>124,125</sup> (Américas), Omã<sup>126</sup> (Mediterrâneo Oriental), República Tcheca<sup>127</sup>, Malta<sup>128</sup>, Polônia<sup>129</sup>, Eslovênia<sup>130</sup>, Turquia<sup>131</sup> (Europa), Índia<sup>132,133</sup>, Sri Lanka<sup>134</sup>, Tailândia<sup>135</sup> (Sudeste Asiático), e China<sup>136</sup> (Pacífico Ocidental). Todos os planos nacionais comprometidos com algumas áreas estão alinhados com a Estratégia Global da OMS e as estruturas regionais da OMS para envelhecimento e saúde, o que indica alguma coerência de políticas.

No entanto, os compromissos em algumas áreas poderiam se beneficiar de políticas mais forte e ações relacionadas. Por exemplo, ao combater o idadismo, a maioria dos países se comprometeram a aumentar o conhecimento do público sobre as questões relacionadas ao envelhecimento, mas apenas alguns países fizeram propostas para coletar informações baseadas em evidência sobre envelhecimento, ou modificar as leis ou políticas que discriminam por idade.

Os planos nacionais devem apoiar a otimização da habilidade funcional de todas as pessoas idosas. Na maioria dos 12 planos, as áreas que requerem mais atenção de políticas incluem reduzir a carga de pagamentos, por conta própria, de serviços de saúde que atendem doenças mais frequentes em pessoas idosas, ou diminuições na capacidade intrínseca (como redução da audição, visão ou locomoção). Estas questões podem ser abordadas através de dispositivos de auxílio, tratamentos médicos ou reabilitação, e devem fazer parte das diretrizes de cada país para a Cobertura Universal de Saúde (CUS), que inclui as pessoas idosas.

Para novas áreas identificadas na Estratégia Global, na maioria dos países, não surpreendeu o fato de as políticas precisarem de atualização – por exemplo, expandir iniciativas existentes que abordam qualidade do cuidado, mudar o cuidado das pessoas idosas para centrado na pessoa e integrado, aumentar alinhamento e integração de sistemas de cuidados de longo prazo (incluindo financiamento, força de trabalho e serviços) nos setores sociais e de saúde, e melhorar a mensuração e o monitoramento do envelhecimento saudável.

---

## Planos nacionais devem apoiar a otimização da habilidade funcional de todas as pessoas idosas

---

A segunda etapa examinou se os recursos e mecanismos de responsabilidade estão definidos para garantir a implementação. Seis aspectos foram considerados. Desses, todos os países se comprometeram a: 1) identificar um ponto focal nacional para envelhecimento e saúde. A maioria dos países propôs: 2) colaboração com todos os setores e partes interessadas, e 3) monitoramento e mecanismos de notificação da implementação da política.

Porém, apenas alguns países, considerando as políticas e planos redigidos, propuseram: 4) alocar recursos financeiros; 5) ter prazos detalhados para ações específicas e definidas; ou 6) envolver as pessoas idosas, de forma sistemática, no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação dos planos de envelhecimento e saúde.

### VISÃO DE FUTURO

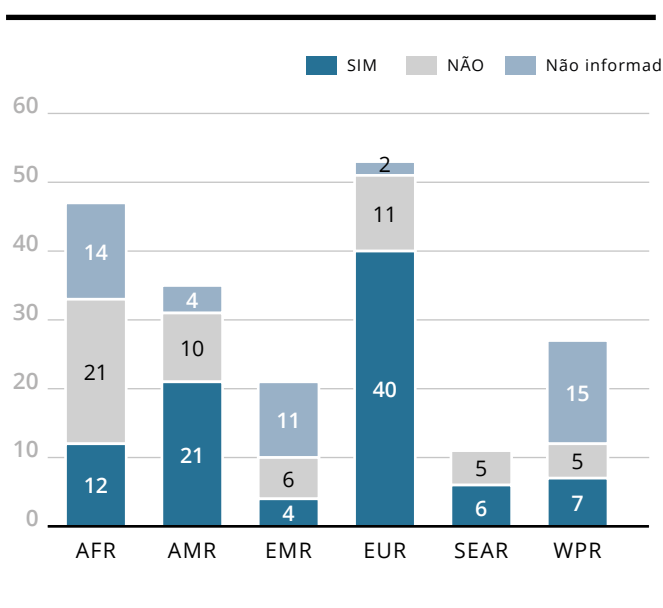
*Com o endosso da Década do Envelhecimento Saudável pelos Estados Membros da OMS, e pela Assembleia Geral das ONU em 2020, os diálogos renovados sobre políticas nos países, e entre eles, devem oferecer uma nova janela para fortalecer o alinhamento de políticas nas iniciativas estaduais, nacionais, regionais e mundiais, com participação forte e visível das pessoas idosas. Tudo isso faz parte da preparação para a Década do Envelhecimento Saudável.*

**A segunda etapa examinou se os recursos e mecanismos de responsabilidade estão definidos para garantir a implementação.**

## Contribuição para cada área de ação prioritária da Década

4

Número de países que relataram **legislação nacional e cumprimento de estratégias contra discriminação por idade, 2020**



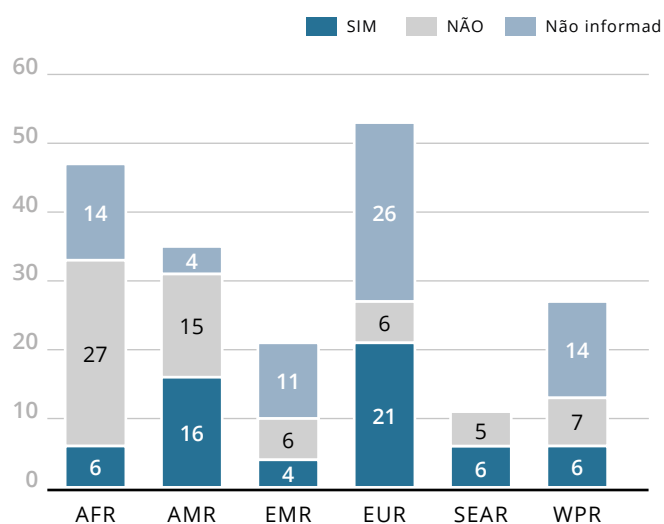
Porcentagem de países que relataram **legislação nacional e cumprimento de estratégias contra discriminação por idade**

	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	58%	<b>63%</b>
<b>AFR</b>	40%	<b>45%</b>
<b>AMR</b>	89%	<b>91%</b>
<b>EMR</b>	38%	<b>52%</b>
<b>EUR</b>	64%	<b>64%</b>
<b>SEAR</b>	82%	<b>91%</b>
<b>WPR</b>	41%	<b>45%</b>

*Os Estados Membros se comprometem a adotar ou ratificar legislação para proibir a discriminação por idade, e assegurar mecanismos para cumprimento na área de ação da Década – “mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento”.*

5

Número de países com **legislação/regulamentações que apoiam as pessoas idosas para ter acesso aos dispositivos de auxílio da lista de produtos de auxílio prioritários da OMS, 2020**

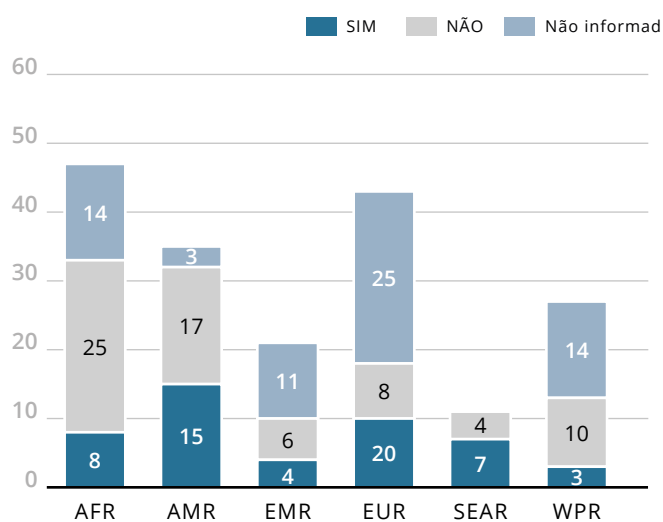


Porcentagem de países que relataram **regulamentação/legislação nacional para apoiar o acesso a dispositivos de auxílio**

	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	19%	<b>30%</b>
<b>AFR</b>	13%	<b>13%</b>
<b>AMR</b>	40%	<b>46%</b>
<b>EMR</b>	19%	<b>19%</b>
<b>EUR</b>	0	<b>40%</b>
<b>SEAR</b>	64%	<b>55%</b>
<b>WPR</b>	22%	<b>22%</b>

6

Número de países com **um programa nacional para apoiar as atividades alinhadas com a Rede Global de Cidades e Comunidades Amigáveis Amigas daàs Pessoas Idosaos da OMS, 2020**



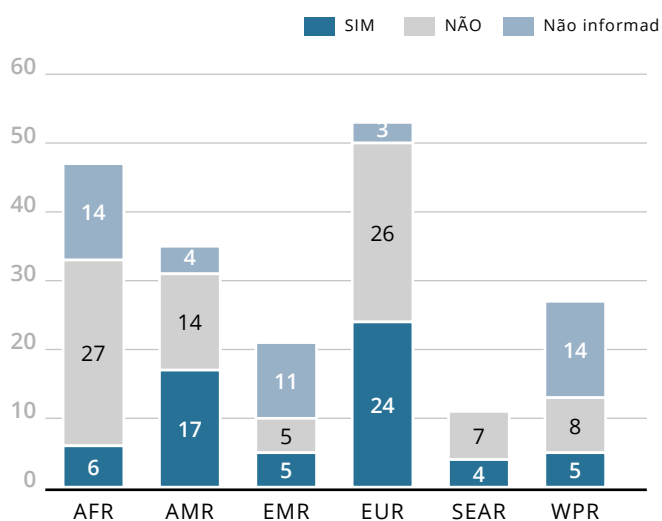
Porcentagem de países que relataram **um programa nacional para promover ambientes amigáveis às pessoas idosas**

Região	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	18%	<b>29%</b>
<b>AFR</b>	11%	<b>17%</b>
<b>AMR</b>	31%	<b>43%</b>
<b>EMR</b>	14%	<b>19%</b>
<b>EUR</b>	13%	<b>38%</b>
<b>SEAR</b>	45%	<b>64%</b>
<b>WPR</b>	11%	<b>11%</b>

*Os Estados Membros se comprometem a promover e elaborar programas nacionais e/ou estaduais sobre cidades e comunidades amigáveis às pessoas idosas, e envolver comunidades, pessoas idosas e outras partes interessadas, incluindo o setor privado e a sociedade civil, na elaboração desses programas, no contexto da área de ação da Década "garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas".*

7

Número de países com **políticas nacionais definidas para apoiar avaliações integrais das necessidades de saúde e assistência social das pessoas idosas, 2020**



Porcentagem de países com **uma política nacional para apoiar as avaliações integrais das pessoas idosas**

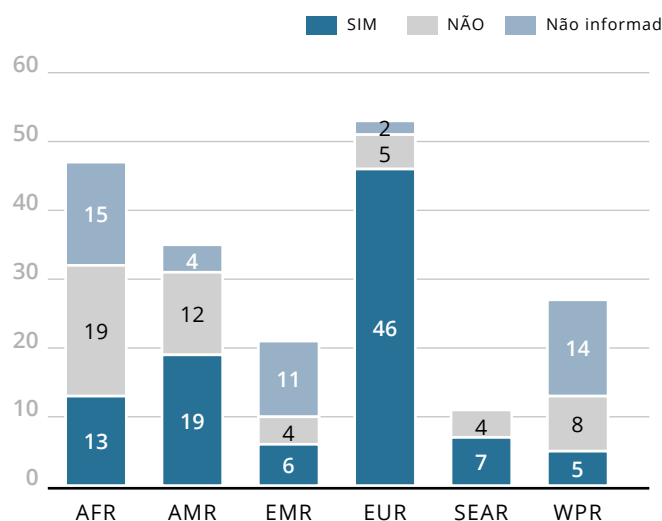
Região	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	14%	<b>31%</b>
<b>AFR</b>	9%	<b>13%</b>
<b>AMR</b>	34%	<b>49%</b>
<b>EMR</b>	14%	<b>24%</b>
<b>EUR</b>	0	<b>45%</b>
<b>SEAR</b>	27%	<b>36%</b>
<b>WPR</b>	19%	<b>19%</b>

Os Estados Membros se comprometem a adotar e implementar o pacote de Atenção Integrada para as pessoas idosas da OMS, com orientações para avaliação centrada na pessoa e diretrizes para atenção primária. O pacote inclui também outras orientações relevantes da OMS, como reduzir o risco de declínio cognitivo e demência, no contexto da área de ação da Década “entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária a saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas”

8

Número de países com **uma política nacional sobre cuidado de longo prazo, incluindo casas, comunidades e instituições, quando necessário, 2020**

→ 3.2



Porcentagem de países que relataram **uma política nacional sobre cuidado de longo prazo**

Região	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	41%	<b>49%</b>
<b>AFR</b>	23%	<b>28%</b>
<b>AMR</b>	46%	<b>54%</b>
<b>EMR</b>	14%	<b>29%</b>
<b>EUR</b>	72%	<b>87%</b>
<b>SEAR</b>	64%	<b>64%</b>
<b>WPR</b>	19%	<b>19%</b>

Os Estados Membros se comprometem a assegurar marcos legais e mecanismos financeiros sustentáveis para provisão de cuidados de longo prazo, no contexto da área de ação da Década “propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem”.



Os Estados Membros se comprometeram a assegurar marcos legais e mecanismos financeiros sustentáveis para provisão de cuidados de longo prazo – prestados em casa, nas comunidades, ou em instituições, quando necessário.





3.2

CONTRIBUIÇÕES

## FORTALECER OS SERVIÇOS DE CUIDADOS DE LONGO PRAZO

### *Orientações da OMS considerando a COVID-19*<sup>137</sup>

Em muitos países, mais de 40% das mortes relacionadas à COVID-19, em 2020, foram relacionadas a instituições de longa permanência, e a proporção chegou até 80% em alguns países de alta renda.<sup>138</sup>

Em julho de 2020, a OMS publicou um resumo de orientação sobre prevenção e manejo da COVID-19 nas instituições de longa permanência, e agradeceu aos que trabalham nesses estabelecimentos e estão salvando e protegendo vidas. O resumo propõe as principais ações que devem ser tomadas pelos formuladores de políticas e autoridades nacionais e locais para proteger as pessoas idosas.

Essas ações incluem integrar cuidados de longo prazo na resposta nacional para mobilizar financiamento adequado, assegurar prevenção e controle de infecção

eficiente, dar apoio a familiares e cuidadores voluntários – e muito mais.

A gravidade da COVID-19 afetou particularmente as pessoas idosas. O resumo sugere 11 maneiras para transformar os serviços de cuidados de longo prazo, de modo que as pessoas idosas possam receber cuidados de qualidade, que respeitem seus direitos, liberdades e dignidade.

**Essas 11 ações principais nos serviços de cuidados de longo prazo destacam as maneiras mínimas para fortalecer a preparação para futuras pandemias.**



1. Incluir cuidados de longo prazo em todas as fases da resposta nacional à pandemia de COVID-19.



2. Mobilizar financiamento adequado para cuidados de longo prazo para responder e se recuperar da pandemia de COVID-19.



3. Assegurar monitoramento efetivo e avaliação do impacto da COVID-19 nos cuidados de longo prazo, e garantir canais de informação eficientes entre os sistemas de saúde e de cuidados de longo prazo, para otimizar as respostas.



4. Garantir equipe e recursos, incluindo força de trabalho em saúde adequada, e assegurar que tenham apoio adequado, e produtos de saúde, para responder à pandemia de COVID-19, e prestar serviços de cuidados de longo prazo com qualidade.



5. Assegurar o processo contínuo e a continuidade dos serviços essenciais para as pessoas em cuidados de longo prazo, incluindo promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



6. Garantir que normas de prevenção e controle de infecção estejam implementadas e sejam cumpridas em todos os locais de cuidados de longo prazo, para prevenir e tratar os casos de COVID-19 com segurança.



7. Priorizar testes, rastreamento de contatos, e monitoramento da disseminação da COVID-19 entre as pessoas que recebem e prestam serviços de cuidados de longo prazo.



8. Dar apoio aos familiares e cuidadores voluntários.



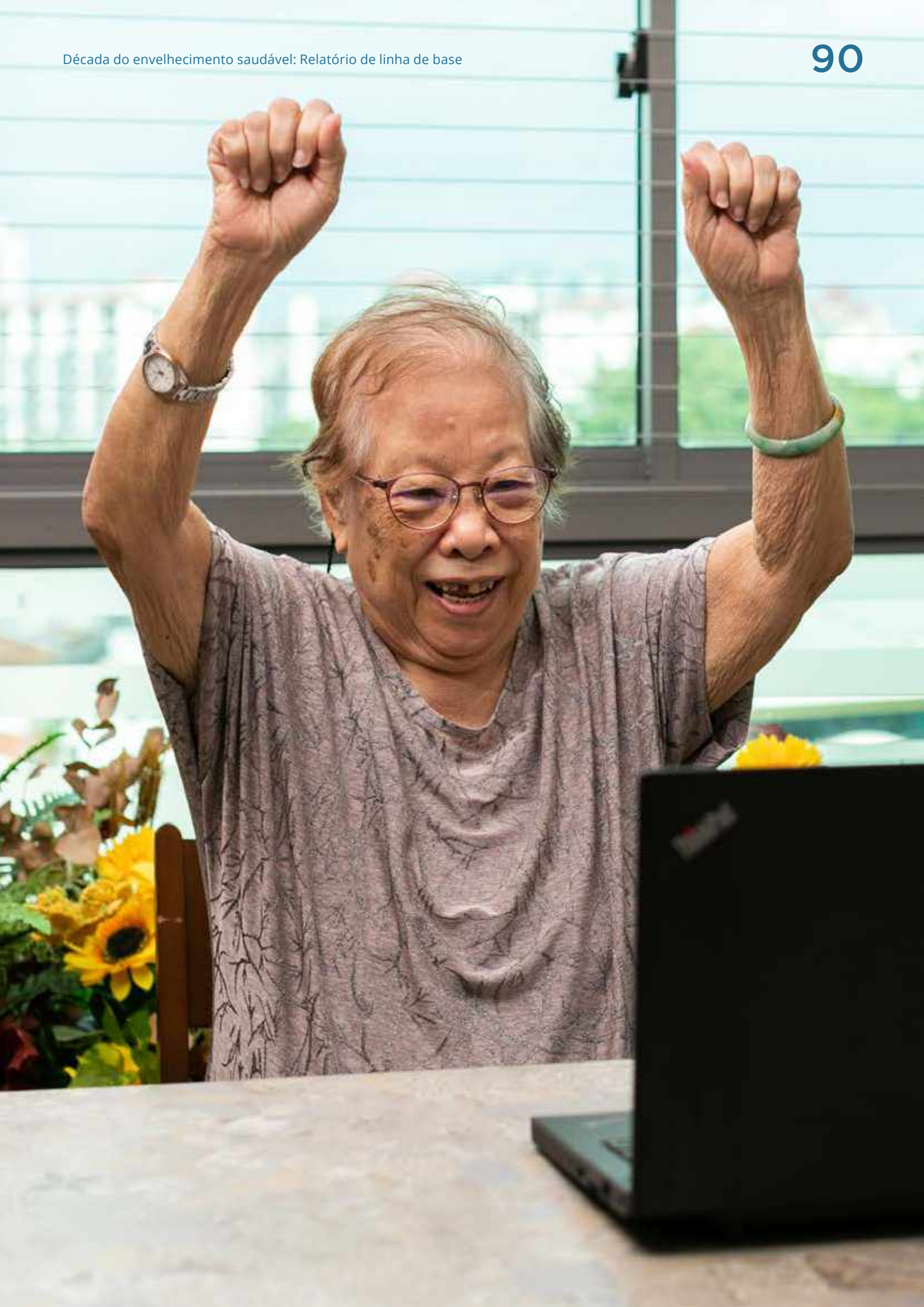
9. Priorizar o bem-estar psicossocial das pessoas que recebem e prestam serviços de cuidados de longo prazo.



10. Garantir uma transição sem percalços para a fase de recuperação.



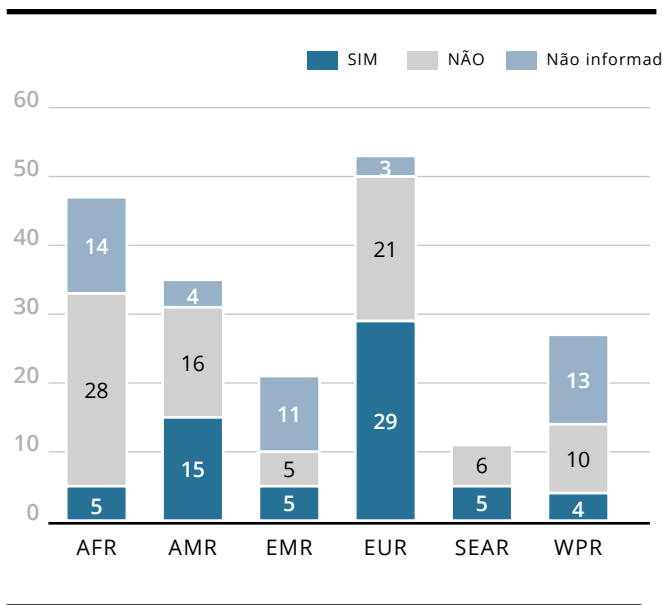
11. Iniciar as etapas para transformação dos sistemas de saúde e de cuidados de longo prazo, para integrar e assegurar governança contínua e efetiva dos serviços de cuidados de longo prazo.



## Aumentar os dados nacionalmente representativos sobre envelhecimento saudável focados nas pessoas idosas

9

Número de países com **dados transversais e nacionalmente representativos sobre estado de saúde e necessidades das pessoas idosas**, no domínio público, 2020

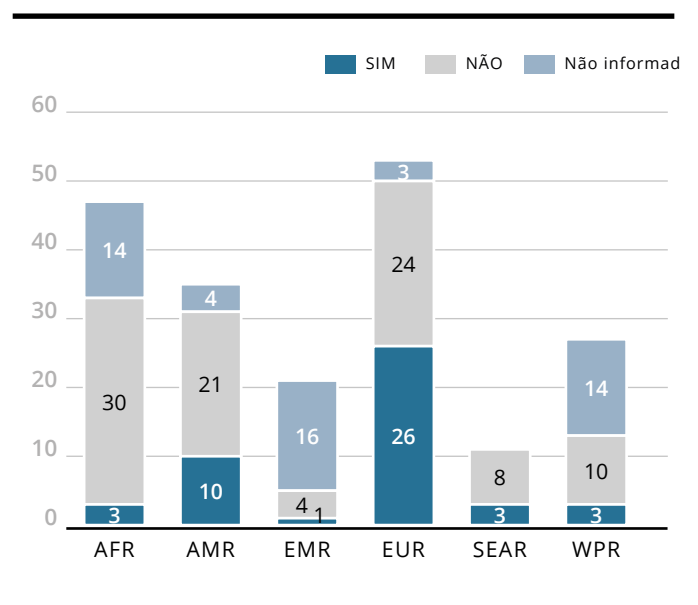


Porcentagem de países que relataram disponibilidade **de dados transversais sobre o estado de saúde e as necessidades das pessoas idosas**

	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	28%	<b>32%</b>
<b>AFR</b>	11%	<b>11%</b>
<b>AMR</b>	29%	<b>43%</b>
<b>EMR</b>	14%	<b>24%</b>
<b>EUR</b>	53%	<b>55%</b>
<b>SEAR</b>	36%	<b>45%</b>
<b>WPR</b>	15%	<b>15%</b>

10

Número de países com **dados longitudinais e nacionalmente representativos sobre estado de saúde e necessidades das pessoas idosas**, no domínio público, 2020 → 3.3



Porcentagem de países que relataram disponibilidade **de dados longitudinais sobre o estado de saúde e as necessidades das pessoas idosas**

Região	2018	2020
<b>Em escala mundial</b>	18%	<b>24%</b>
<b>AFR</b>	6%	<b>6%</b>
<b>AMR</b>	20%	<b>29%</b>
<b>EMR</b>	0	<b>5%</b>
<b>EUR</b>	38%	<b>49%</b>
<b>SEAR</b>	18%	<b>27%</b>
<b>WPR</b>	11%	<b>11%</b>

*Na Década, solicita-se aos parceiros apoiar pesquisas e inovação, e coletar evidências sobre o que pode ser feito para promover o envelhecimento saudável em contextos diversos.*



## SÃO NECESSÁRIAS INICIATIVAS ACELERADAS PARA AUMENTAR OS DADOS TRANSVERSAIS E LONGITUDINAIS SOBRE AS PESSOAS IDOSAS

**Exige-se que os países tenham dados comparáveis para monitorar o progresso.** As iniciativas de pesquisa existentes e planejadas devem assegurar que os itens coletados possam estimar todos os componentes e domínios do envelhecimento saudável nas amostras nacionalmente representativas das pessoas idosas em todas as idades. Isto inclui medidas ambientais coletadas de maneira consistente nos diferentes estudos. **Isso será essencial para avaliar o sucesso da Década.**

**A maior parte dos estudos analisados neste relatório de linha de base provém da família de Estudos sobre Saúde e Aposentadoria (HRS, do inglês *Health and Retirement Studies*).<sup>139</sup> Há muito a se aprender com esta iniciativa, agora utilizada em 45 países.**

O HRS dos Estados Unidos teve início em 1992, com o objetivo de fornecer dados para pesquisa sobre envelhecimento, e reconheceu a necessidade de adotar uma abordagem multidisciplinar para avaliar saúde, condição econômica, e relações familiares e sociais. Os estudos nacionalmente representativos permitiram análises para embasar as políticas. Os estudos longitudinais não só ampliaram nossa compreensão sobre as mudanças associadas ao envelhecimento, mas também proporcionaram oportunidades para avaliar o impacto de reformas das políticas. Esses estudos contribuíram substancialmente para a base de evidências – o HRS dos Estados Unidos e a rede internacional de HRS tem tinham mais de 5.800 e 10.700 publicações, respectivamente, em novembro de 2020.

A visão de indivíduos e instituições apoiou o crescimento sistemático e o sucesso. **O Instituto Nacional do Envelhecimento dos Estados Unidos (NIA, em inglês**

***National Institute on Aging*) estimulou a colaboração internacional.** Até 2019, o HRS e os seus estudos<sup>140</sup> internacionais correlatos, realizaram cerca de 1,1 milhões de entrevistas, em 45 países, entre 1992-2017 (**Figura 3.2**),<sup>141,142</sup> com uma variedade de países de alta, média e baixa renda. Esses estudos monitoram os impactos de saúde e políticas de aposentadoria que influenciam se as pessoas idosas continuam a trabalhar, se têm acesso a serviços de saúde, e obtêm rendas adequadas – todas questões relevantes ao envelhecimento saudável. É importante salientar que um grande número de cientistas e formuladores de políticas em todo o mundo usaram os resultados nas deliberações nacionais, para avaliar os impactos e estabelecer novas políticas para apoiar as pessoas idosas.

**Os estudos longitudinais não apenas ampliaram nossa compreensão sobre as mudanças associadas ao envelhecimento, mas também proporcionaram oportunidades para avaliar o impacto das reformas das políticas.**

Este sucesso se deve às oportunidades científicas propiciadas por estudos comparativos, incluindo diversos países. Isto inclui desenhar pesquisas e coletar os dados de uma maneira uniforme. Também reflete a garantia de dados harmonizados nos estudos, compartilhados amplamente (o objetivo do Gateway to Global Aging Data<sup>142</sup>), e que apoiam nova análise sobre como o processo de envelhecimento ocorre em diferentes países e ambientes de políticas. As análises de todo o mundo destacam as barreiras e os facilitadores da otimização da habilidade funcional, e também documentam a diversidade de experiências das pessoas idosas.

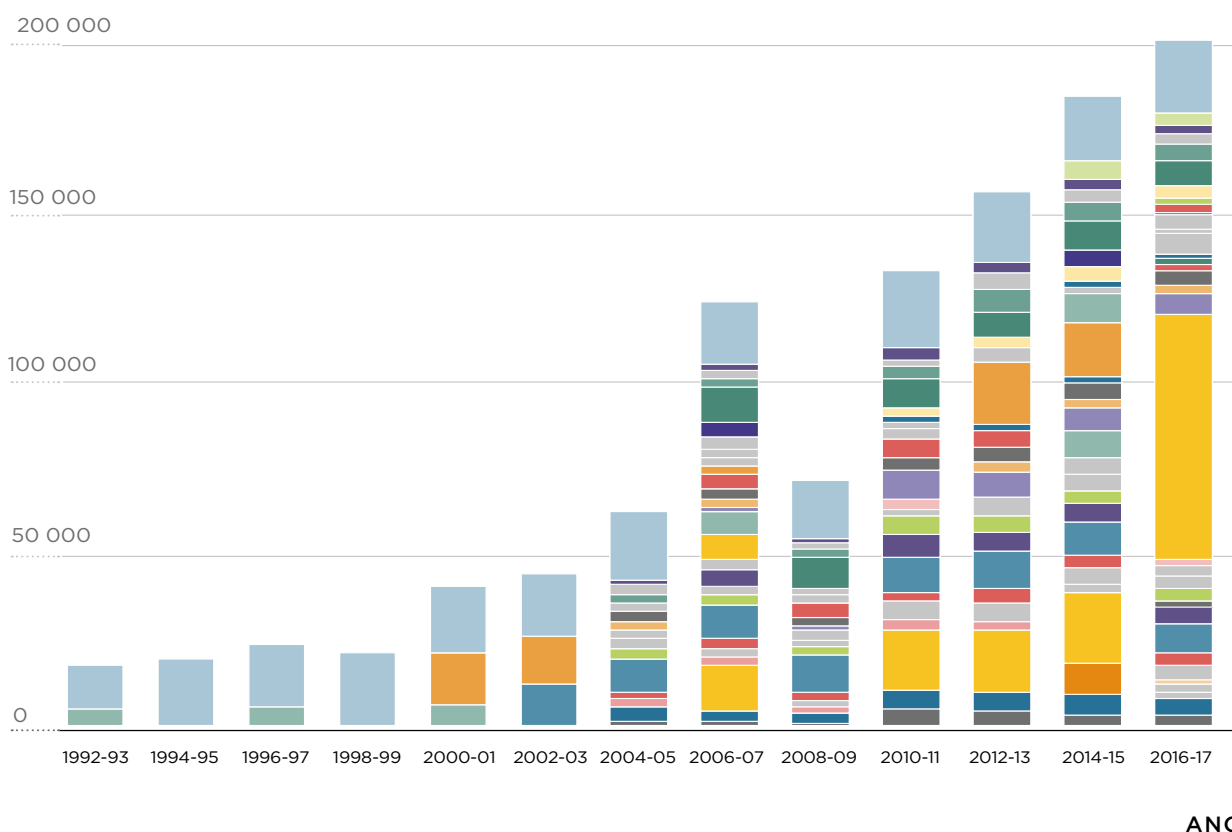
FIGURA 3.2

## Expansão da família de pesquisas nos Estudos sobre Saúde e Aposentadoria (HRS) ao longo do tempo: número de entrevistas em 45 países, por ano<sup>141,142</sup>

Cada cor representa um país diferente.

O HRS e seus estudos internacionais afins realizaram cerca de 1,1 milhões de entrevistas, em 45 países, com uma variedade de países de alta, média e baixa renda.

### NÚMERO DE ENTREVISTAS



\* África do Sul, Alemanha, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Chile, China, Chipre, Costa Rica, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estados Unidos, Estônia, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Índia, Indonésia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malásia, Malta, México, Polônia, Portugal, Reino Unido (Escócia, Inglaterra e Irlanda do Norte), República Tcheca, República da Coreia, Romênia, Rússia, Suécia, Suíça, Tailândia.

A coleta de dados é um desafio – pois demanda muitos recursos, iniciativas, talentos e financiamento – mas é absolutamente necessária para o monitoramento global e formulação de políticas locais. A família de pesquisas HRS alcançou uma massa crítica de estudos, mas no começo desta década, as pesquisas HRS cobriram

menos de 25% dos Estados Membros da OMS. Estão planejados estudos no Egito, Líbano, Nepal, Paquistão e Uruguai. São necessárias iniciativas para definir estudos transversais e longitudinais, em um conjunto maior de países.

# RESULTADO E IMPACTO NA VIDA DAS PESSOAS

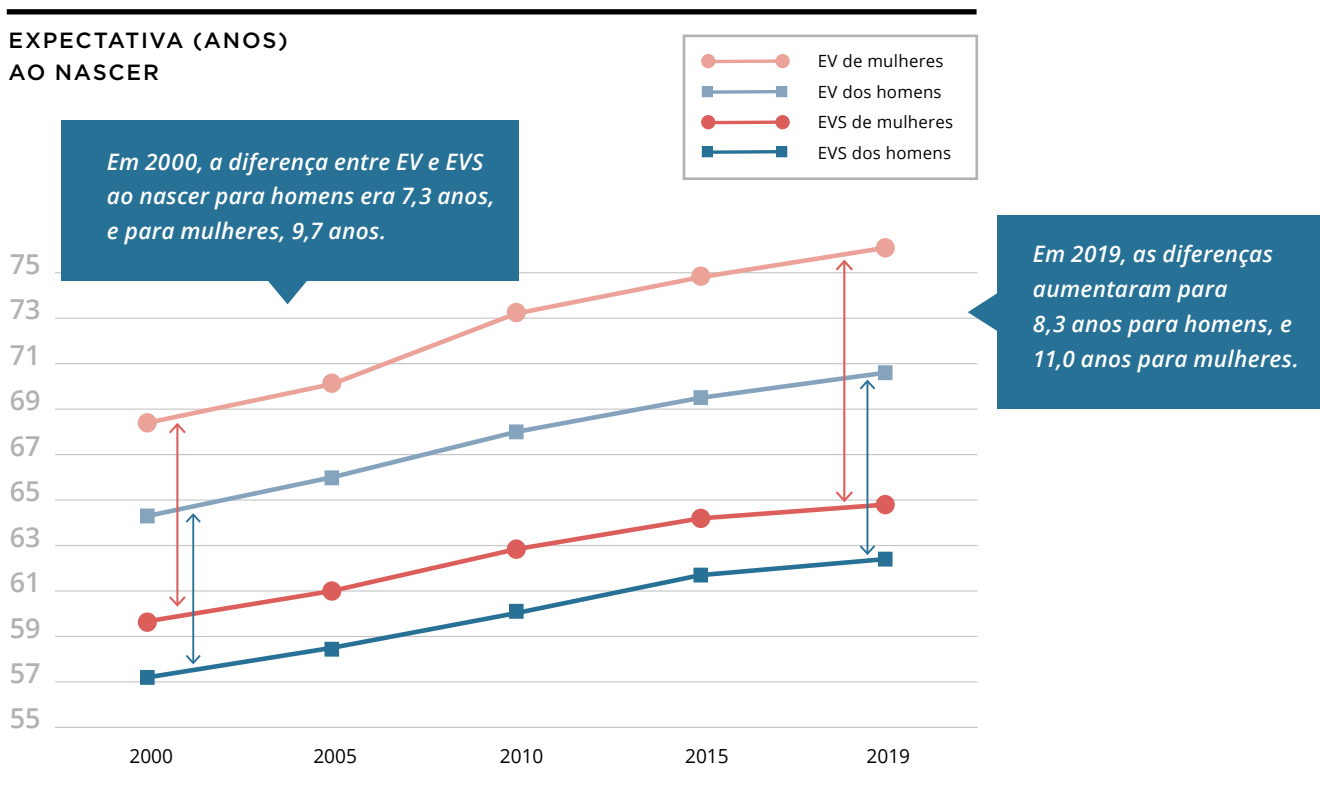
Expectativa de vida saudável (EVS) é um indicador de resultado endossado na Década. **EVS foca nas pessoas, e na motivação para adicionar vida aos anos.** É uma medida resumida da saúde da população, pois combina mortalidade (morte) e morbidade (doenças ou lesões) em um único número.<sup>143,144</sup> EVS é também um indicador geral da OMS para medir impacto das metas dos Três Bilhões,<sup>144,145,146</sup> e é usado por outras instituições, entidades regionais, e países para monitorar a saúde da população.

EVS em qualquer idade reflete o quanto os anos são vividos com boa saúde. Portanto, é extremamente relevante para o envelhecimento saudável. A diferença entre a expectativa de vida (EV) e EVS reflete o tempo vivido com problemas de saúde.

Desenvolver e manter a capacidade intrínseca quando mais jovem, evitar diminuições na capacidade intrínseca e reduzir a velocidade dos declínios, podem contribuir para maior EVS. Isso ocorre porque os declínios na capacidade intrínseca são geralmente associados a diferentes doenças de base e morbidades. Assim, as iniciativas para agilizar as melhorias no EVS devem acompanhar as melhorias na EV, e reduzir o tempo gasto com problemas de saúde. Isto apoia o envelhecimento saudável.

**FIGURA 3.3**

## Aumenta a diferença entre expectativa de vida e expectativa de vida saudável ao nascer, 2000-2019<sup>147</sup>





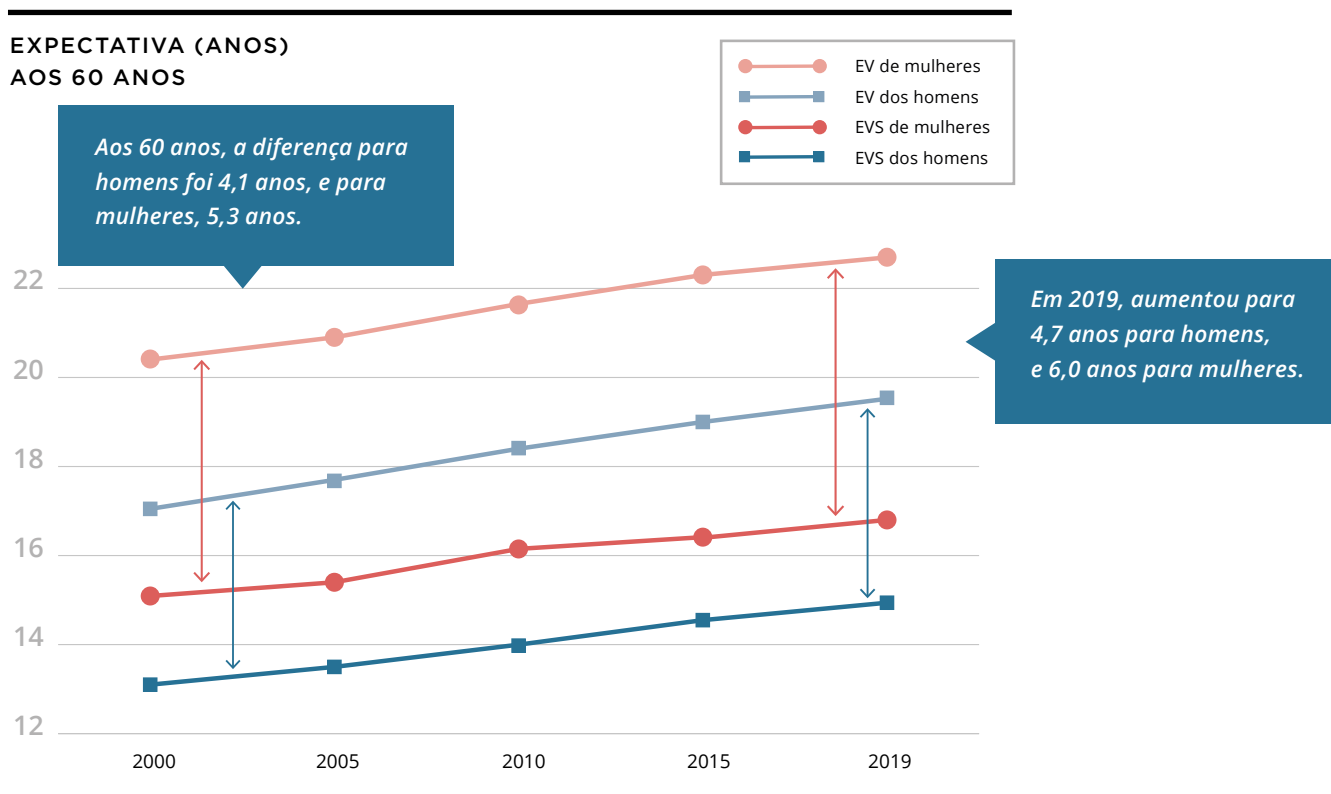
Com base nas estimativas globais da OMS entre 2000 e 2019,<sup>147</sup> a **EV aumentou mais rápido que a EVS tanto para homens como mulheres. Isto reflete um aumento no número de anos com problemas de saúde**, como mostrado ao nascer, na **Figura 3.3**, e aos 60 anos, na **Figura 3.4**. Em 2000, a diferença entre EV e EVS ao nascer para homens era 7,3 anos, e para mulheres, 9,7 anos. Em 2019, aumentou para 8,3 anos para homens, e 11,0 anos para mulheres. Aos 60 anos, a diferença para homens era 4,1 anos, e para mulheres, 5,3 anos, em 2000. Em 2019, aumentou para 4,7 anos para homens, e 6,0 anos para mulheres. Entre 2000 e 2019, para homens e mulheres, em conjunto, este aumento foi quase 14% ao nascer, e cerca de 15% aos 60 anos. Em escala mundial, a proporção de tempo vivido com problemas de saúde também aumentou discretamente, ao nascer e aos 60 anos. Essas tendências são claramente o contrário do que gostaríamos de ver.

Porém, essas médias e tendências globais mascaram a variação significativa dentro dos países e entre eles; algumas pessoas estão experimentando vida mais longa com melhor saúde, confirmando que é possível reduzir a diferença e passar mais tempo com boa saúde.<sup>148</sup>

**Com a diferença aumentando ou diminuindo, a importância de otimizar a habilidade funcional continua relevante para todas as pessoas idosas.** Os ambientes facilitadores podem melhorar as capacidades de todas as pessoas idosas, e podem compensar os declínios na capacidade intrínseca que muitos – mas não todas as pessoas – idosas podem experimentar.

### FIGURA 3.4

## Aumenta a diferença entre expectativa de vida e expectativa de vida saudável, aos 60 anos, 2000-2019<sup>147</sup>



## CENÁRIOS NA DIREÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Os Estados Membros também endossaram os indicadores de resultado referentes ao envelhecimento saudável na Década. No entanto, as metas mensuráveis até 2030 não foram especificadas. Isso é compreensível, pois não existia linha de base.

Um achado importante, apresentado na Seção 2, mostra que 14% das pessoas idosas – pelo menos 142 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, em escala mundial – não são capazes de ter algumas de suas necessidades básicas atendidas.


### Com base neste achado, qual é o futuro que desejamos ver até 2030?

Entre as capacidades, a mais fundamental para as pessoas idosas é administrar e atender suas necessidades imediatas e futuras, incluindo uma dieta adequada, roupas, moradia apropriada, saúde e serviços de cuidados de longo prazo.

Os Estados Membros não estabeleceram metas para a habilidade funcional, capacidade intrínseca, ou ambientes, mas se comprometeram a priorizar o suprimento de necessidades básicas e outros domínios do envelhecimento saudável.

As necessidades são expressas através de diversos instrumentos de políticas, incluindo estratégias, planos de ação,<sup>149,150</sup> e convenções em âmbito global e regional,<sup>151</sup> e algumas foram declaradas como um direito humano, que todas as pessoas devem usufruir imediatamente.

Além disso, todos os Estados Membros das ONU endossaram metas afins até 2030, medidas através dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Essas 17 metas têm profundas implicações na aceleração do envelhecimento saudável até 2030. As implicações são expressas não só na meta de **boa saúde e bem-estar**, como também em outras metas (e indicadores de exemplos). As metas **nenhuma pobreza** (domicílios com acesso a serviços básicos), **fome zero** (redução de insegurança alimentar moderada ou grave) e **trabalho decente e crescimento econômico** (adultos com uma conta bancária), para enumerar apenas algumas.

Junto com os compromissos na Década, a maioria das partes interessadas concordaria que esses compromissos fornecem um objetivo compartilhado, para assegurar que as pessoas idosas possam ter suas necessidades básicas atendidas até 2030. Contudo, pode haver outras metas que tenhamos que considerar no caminho do desenvolvimento para alcançá-las  **3.4**.

**Ao construir cenários – uma descrição para um futuro possível – as partes interessadas são convidadas a definir uma visão compartilhada e um futuro desejado, e determinar o que essa visão significa para elas.**



## Pensando à frente cenários ajudam a esclarecer o que pode ocorrer e a direção para onde queremos trabalhar

O método de cenários é uma técnica que ajuda no planejamento para um futuro repleto de incerteza e complexidade. Não mostra a projeção de um caminho linear para as previsões futuras, baseadas em tendências do passado; na verdade, mostra as possibilidades para diversos futuros, e considera o caminho do desenvolvimento conduzindo a esta situação.<sup>152</sup> **Ao construir cenários – uma descrição para um futuro possível – as partes interessadas são convidadas a definir uma visão compartilhada e um futuro desejado, e determinar o que essa visão significa para elas.**<sup>153</sup>

Os métodos de cenários foram usados no planejamento de saúde para questões de doenças (como saúde mental, demência e doenças não transmissíveis), planejamento de força de trabalho de saúde, saúde pública e serviços de saúde.<sup>154,155,156,157</sup> Muitos governos usam os cenários para planejamento de saúde e políticas sociais;<sup>158,159,160</sup> assim como os órgãos da ONU, como UNAIDS ao abordar o HIV.<sup>161</sup> As doze principais instituições de saúde mundiais também usam os cenários para considerar diferentes trajetórias de progresso para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde.<sup>162</sup>

**Cenários podem ser testados ao incorporar alternativas aos dados reais. Os exercícios de modelagem podem ajudar a identificar as opções de políticas.** Por exemplo, em 2019, o Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas, o Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental, e Centro para o Desenvolvimento da Saúde da OMS<sup>163,164</sup> usaram dados de Indonésia, Japão e União Europeia para

- 1) explorar se há expectativa de mudança nos padrões

- 2) estudar os efeitos do envelhecimento da população na capacidade de aumentar a receita para saúde a partir de imposto de renda, impostos sobre bens e serviços, impostos de propriedade, e contribuições sociais.

**Um achado importante é que o envelhecimento da população não é, e não será, um grande motivador do crescimento de despesas com saúde, mas o envelhecimento saudável pode propiciar economias.** Apesar do envelhecimento da população poder apresentar grandes desafios para os sistemas de saúde, dependendo do método principal de aumentar a receita – por exemplo, os sistemas de saúde que são muito dependentes do mercado de trabalho para financiamento, são particularmente suscetíveis à perda de receita, à medida que as pessoas idosas saem do emprego formal. Ademais, identifica-se uma gama de opções de políticas para manter o financiamento dos sistemas de saúde – incluindo fontes de receitas diversificadas, aumento de taxas de contribuição, e estímulo para as pessoas trabalharem em emprego formal, com idade mais avançada. Os resultados enfatizam que os efeitos prejudiciais do envelhecimento da população sobre o financiamento da saúde não são inevitáveis, e a maneira como o envelhecimento da população afeta o financiamento da saúde é uma escolha de políticas. Esses resultados podem embasar as discussões sobre o que pode ser feito com antecedência, para configurar as políticas e o impacto na vida das pessoas.

## Que mudanças podemos esperar até 2030?

**Três cenários são considerados de 2021 a 2030, incorporados ao principal achado de que 142 milhões de pessoas idosas não têm capacidade de ter algumas de suas necessidades básicas atendidas.**

Cada um esboça diferentes impactos e conjuntos dos estímulos, incluindo os determinantes do envelhecimento saudável, e nossa capacidade de trabalhar juntos e manter o compromisso com as ações prioritárias durante a Década. Esses cenários mostrados à direita não pretendem ser projeções, mas estimular conversação e iniciar deliberações pelos governos e partes interessadas, incluindo sociedade civil e empresas privadas. Devem ser aprimorados, e pode-se antever também outros cenários.

**Dos três cenários, foi com o de melhoria que as partes interessadas se comprometeram durante a Década.** Ao promover o envelhecimento saudável no curso de vida, combinado com os compromissos da Agenda 2030 da ONU, este cenário pode construir mais ambientes amigáveis às pessoas idosas, abordar as mudanças climáticas, e assegurar energia renovável, como objetivos integrados de políticas.

---

## CENÁRIO 1 Deterioração

A situação referente à linha de base aumenta de forma significativa o número de pessoas idosas que não conseguem ter suas necessidades básicas atendidas – especialmente os que têm poucas oportunidades, seja por idade, gênero, localização, ou outros marcadores de inclusão ou exclusão.

- Redução de serviços sociais e de saúde para as pessoas idosas
- Aumento de pagamentos por conta própria para serviços sociais e de saúde
- Uma maior proporção de famílias que sofrem devido a pagamentos extorsivos para os serviços de saúde
- Diminuição dos benefícios de pensão
- Resposta à pandemia e recuperação que não incluem as pessoas idosas
- Ritmo desigual de avanços mundiais.

## CENÁRIO 2

# Estagnação

A situação permanece em grande parte inalterada, com alguma deterioração. Ritmo desigual de avanços mundiais permanece.

- Manutenção de despesas por conta própria
- Benefícios de pensão permanecem inalterados, sem flexibilidade para os que desejam trabalhar por mais tempo
- Nenhuma melhoria na cobertura de serviços de qualidade acessíveis para as pessoas idosas
- Legislação para abordar a discriminação por idade não é apresentada nem entra em vigor
- Atitudes em relação as pessoas idosas permanecem inalteradas
- Recuperação atrasada e inclusão desigual de pessoas idosas na resposta à pandemia
- A formulação de políticas continua isolada na maioria dos países.

## CENÁRIO 3

# Melhorias

Melhorias significativas que refletem a capacidade das pessoas idosas de ter suas necessidades básicas atendidas em relação à linha de base, uma retomada após a pandemia, e melhor acesso aos serviços.

- Cuidados integrados para as pessoas idosas e serviços de cuidados de longo prazo, desenvolvidos e prestados como parte da cobertura universal de saúde (CUS)
- Atitudes em relação as pessoas idosas mudam de forma positiva
- Recuperação mais rápida e resposta inclusiva, reduzindo as interrupções da pandemia
- Melhorias aceleradas na participação significativa e inclusiva das pessoas idosas
- Governos, sociedade civil e setor privado trabalham em conjunto para otimizar a habilidade funcional
- Melhor distribuição dos investimentos e avanços globais.

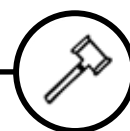
*Dos três cenários, as partes interessadas se comprometeram com o de melhoria na Década. Ao promover o envelhecimento saudável no curso de vida, combinado com os compromissos da Agenda 2030 da ONU, este cenário pode construir mais ambientes amigáveis às pessoas idosas, abordar as mudanças climáticas, e assegurar energia renovável, como objetivos integrados de políticas.*

## COMO ASSEGURAR A TRANSFORMAÇÃO QUE AGILIZA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL?

**Os níveis atuais dos indicadores de progresso e resultado, e as melhorias com as quais nos comprometemos até 2030, convergem na importância de acelerar as ações e impacto.** Trabalhar juntos em cada país e em cada comunidade para formar e manter capacidade intrínseca, prevenir e tratar bem as doenças existentes, respeitar as preferências e metas das pessoas idosas, e aumentar o alcance dos ambientes facilitadores, que não deixam nenhuma pessoa idosa para trás, contribuirá para otimizar a habilidade funcional.

**Juntas, as colaborações podem tornar as pessoas idosas visíveis, resultar em ações informadas em evidência que são defendidas por todas as partes interessadas, e podem acelerar o impacto mensurável na vida das pessoas idosas durante a Década – uma rota transformadora para otimizar a habilidade funcional. Este tema será abordado em detalhes na próxima seção, com casos do mundo todo.**

### 3



## IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS

- A melhoria em todos os 10 indicadores demonstra um compromisso crescente, no mundo todo, com o envelhecimento saudável. Porém, os Estados Membros precisam aumentar o nível de notificação e o ritmo de progresso.
- Os compromissos endossados pelos Estados Membros serão monitorados de forma coletiva - para tornar as pessoas idosas visíveis.
- Os compromissos atualmente refletem as políticas existentes e estruturas de monitoramento – novos indicadores poderiam ser considerados pelos Estados Membros e todos as outras partes interessadas, antes dos períodos de relatório trienais.
- As situações hipotéticas fornecem dados para as deliberações dos Estados Membros e de outras partes interessadas, e dão um estímulo para transformar o modo de trabalharmos juntos ao incorporar compromissos nos resultados mensuráveis.
- A avaliação comparativa (benchmarking) requer dados e sistemas de informação de saúde fortalecidos dos países. A OMS, junto com outros parceiros, irá fornecer padrões e ferramentas para apoiar os países a mensurar o envelhecimento saudável.
- Durante o período de 10 anos, o monitoramento dos indicadores através do acúmulo regular de dados, em cada país, revelará o que funciona ou não, ajudando a configurar as iniciativas atuais e futuras com atualizações esperadas e relatórios de progresso em 2023, 2026, 2029, e um relatório final, em 2030.







# 4

## COMO PODEMOS MELHORAR ATÉ 2030?

Aprender e trabalhar juntos para  
acelerar o impacto

---

## Todos os Estados Membros se comprometeram com a Década todos têm a responsabilidade e oportunidade de colaborar com a sociedade civil e com as pessoas idosas.

---

Otimizar a habilidade funcional é essencial para o envelhecimento saudável. Garantir que todas as pessoas idosas possam ter suas necessidades básicas atendidas até 2030 é necessário – mas não suficiente – para atingir as metas da Década, e atender às expectativas das pessoas idosas do mundo todo. Trabalhar em conjunto determinará o que conseguimos, não só para suprir as necessidades básicas das pessoas idosas, mas também para otimizar todas as suas capacidades – incluindo as capacidades das pessoas idosas de contribuir para famílias, comunidades e sociedades. Parcerias para mudanças estabelecem confiança entre gerações, ao otimizar oportunidades para todos para o envelhecimento saudável ao longo da vida. Assegurar que essas ações estejam baseadas em evidência aumentará seu impacto.

### UMA ANÁLISE MAIS DETALHADA DAS DIRETRIZES GLOBAIS DA OMS

#### **Agregar e avaliar o conhecimento global para uso e aplicação mais amplos**

As “revisões de síntese de evidências” existentes indicam o que poderia ser utilizado para outras avaliações e revisões por especialistas – para identificar o que pode ser feito. Este processo pode levar à orientação adicional e recomendações para ações em clínicas, populações ou sistemas, nos

âmbitos global, nacional ou local, no setor saúde e outros. Ao documentar as evidências existentes, podemos reduzir o investimento desperdiçado em investigações, já que até 85% das pesquisas<sup>165</sup> refletem duplicação de trabalho, trabalho não publicado, trabalho com pouca qualidade, e trabalho que aborda temas não prioritários.

Na década passada, a OMS desenvolveu pacotes de intervenções baseados em evidência, e aprovados pelo Comitê de Revisão de Diretrizes da OMS (GRC, do inglês *Guidelines Review Committee*). As diretrizes globais geralmente fornecem recomendações sobre doenças específicas, em diferentes etapas da vida. Uma análise das diretrizes existentes e pacotes de evidências da OMS mostra que pouquíssimas intervenções abordam maneiras de melhorar a capacidade intrínseca das pessoas idosas (em setembro de 2019).<sup>166</sup> A maioria das recomendações, baseadas em força de evidência mista, abordaram o período pré-natal e melhorias nos resultados maternos e perinatais.

Especificamente, entre todas as diretrizes aprovadas pelo GRC com recomendações sobre prevenção primária, somente 49 poderiam potencialmente ter um impacto na capacidade intrínseca em idade mais avançada, em um total de 206 nas diferentes etapas de vida. A **Figura 4.1** mostra que somente três diretrizes, com um total de 14 recomendações voltadas para as pessoas idosas, particularmente o pacote de orientação do ICOPE – OMS, que versa sobre cuidados integrados centrados na pessoa, para pessoas idosas, e os domínios da capacidade intrínseca.



## ACELERAR O IMPACTO REQUER REUNIR EVIDÊNCIAS

A diretriz transformadora para otimizar a habilidade funcional – apresentada na Seção 1 – usa as estratégias e estruturas da OMS que abordam pesquisa, tradução de conhecimento, e expansão. Acelerar o impacto requer uma compreensão do que as pessoas idosas necessitam e o que desejam como prioridades para ação → 4.1. Também requer promover liderança e prática, de modo que os formuladores de políticas e outros em governos, setor privado, sociedade civil e pesquisas estejam comprometidos com a implementação das ações, para atingir as metas ambiciosas estabelecidas na Década. Temos que buscar inovação que impulsiona e mantém as mudanças irreversíveis.

Este processo envolve novos estudos, principalmente para coletar informações sobre a habilidade funcional, capacidade intrínseca, e ambientes em diversos locais → 4.2. Também requer publicar pesquisas sobre o envelhecimento saudável para permitir aprendizados nos países e disciplinas → 4.3. Além disso, as pesquisas devem ser revisadas e sintetizadas, e as lacunas devem ser identificadas → 4.4. As “revisões de sínteses de evidência” existentes, que abordam as intervenções para melhorar a habilidade funcional indicam o estado das pesquisas disponíveis → 4.5. Finalmente, estimular o conhecimento de uma ampla gama de partes interessadas, incluindo a sociedade civil, irá aumentar inovação, preencher lacunas, e propiciar novas ideias que vão acelerar a ação → 4.6.

Há uma oportunidade para assegurar que pesquisas e orientações,<sup>167,168,169,170,171</sup> produzidas nos países e regiões,<sup>172,173,174</sup> sobre temas relevantes ao envelhecimento saudável, sejam também amplamente compartilhadas, e avaliadas para adaptação e uso em potencial em outras regiões.

Deve-se estimular aplicar intervenções que possam beneficiar as pessoas idosas, suas famílias e comunidades, e expandi-las para alcançar mais pessoas. Isto significa não apenas o que fazer, como também **como fazer**. Por exemplo, cada país precisa planejar para garantir que a força de trabalho em saúde e assistência social tenha as competências requisitadas, inclusive as competências gerontológicas, para prestar serviços efetivos para as pessoas idosas necessitadas. Diversas intervenções precisam ser realizadas, com diferentes níveis de complexidade. Em sistemas com escassez de mão de obra, delegar tarefas (conhecido como troca de tarefas) torna-se importante para assegurar que cada serviço seja prestado com impacto.

É necessário um empurrão para acelerar pesquisas sobre o desenho de intervenções que abordem os impactos centrados na pessoa, e os enfoques integrados dos setores, incluindo as intervenções que apoiam cada área de ação prioritária da Década. Isso significa aprimorar a abordagem das “revisões de sínteses de evidência”, de modo a refletir os resultados do envelhecimento saudável e engajar as pessoas idosas.



## ESCLARECER E ESTABELECER PRIORIDADES

As opiniões das pessoas idosas sobre quais pesquisas devem ser financiadas equidade e impacto importam

Em 2017, a OMS realizou uma consulta mundial com 1.700 pessoas, para documentar questões importantes para o envelhecimento saudável que devem ser abordadas com melhor conhecimento – por exemplo, prioridades de pesquisas. A consulta incluía escutar a opinião de cerca 600 pessoas idosas, de 77 países, em todas as regiões da OMS.<sup>175</sup>

### O QUE É IMPORTANTE?

As pessoas idosas descreveram um problema para ser resolvido, uma pergunta ou uma inovação a ser abordada, e os impactos esperados que consideram importantes. Alguns exemplos vinculados a cada área de ação prioritária da Década incluem:

#### **Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento**

*“Criar novas oportunidades para as interações intergeracionais, principalmente para conseguir treinamento sobre uso de tecnologia”.*

#### **Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas**

*“Como melhorar e conectar as condições climáticas, danos causados por poluição, infraestrutura física interna e externa para propiciar ambientes amigáveis às pessoas idosas, para melhor saúde e bem-estar”.*

#### **Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas**

*“Criar e melhorar maneiras para obter a opinião (feedback) das pessoas idosas e avaliar suas necessidades de saúde”.*

*“Aumentar o número de geriatras e outros especialistas para que não precisemos nos deslocar longas distâncias”.*

#### **Propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem. Fornecer acesso a cuidados de longo prazo para os idosos que necessitarem.**

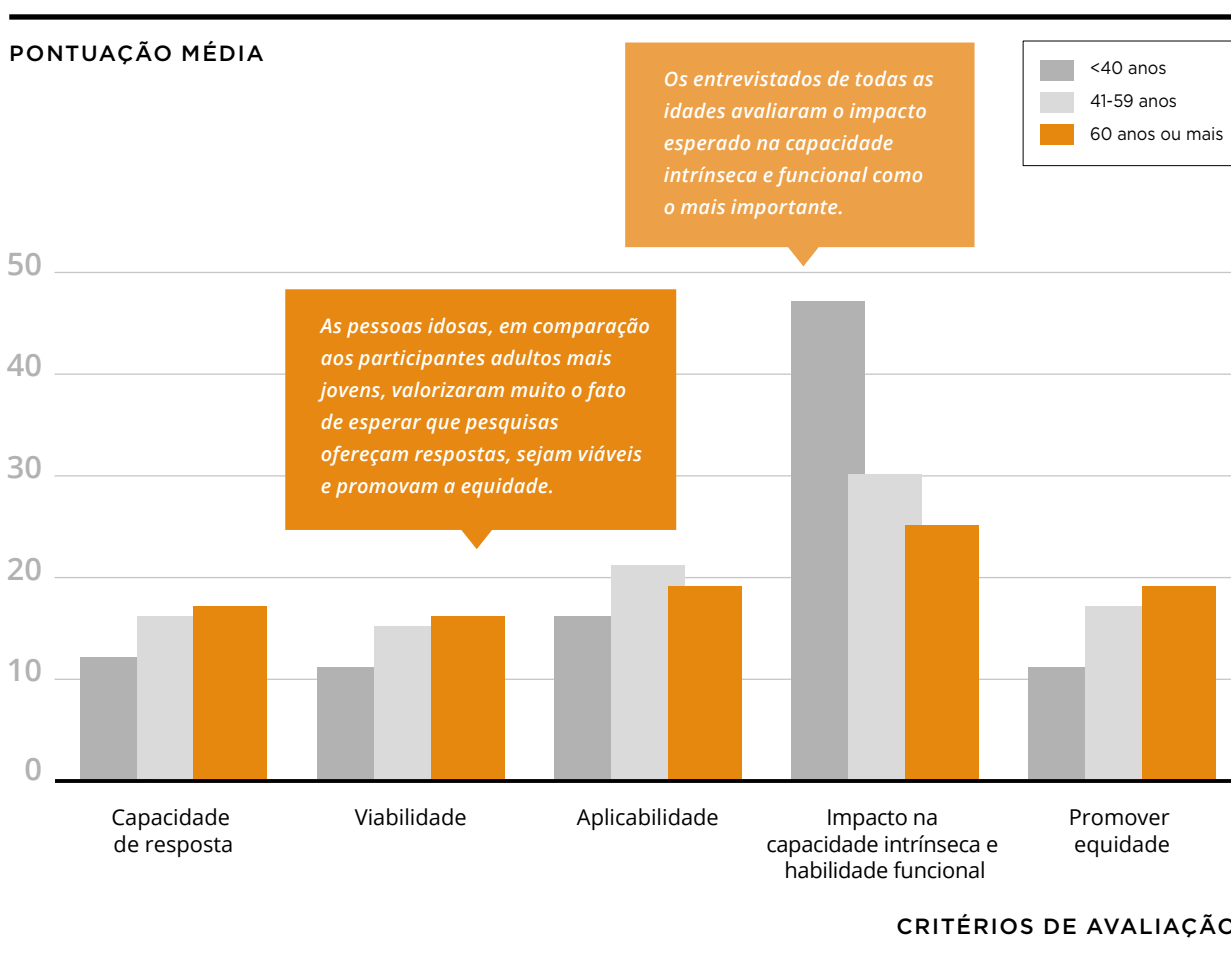
*“Conseguir atenção domiciliar que me apoie, para que minha vida possa ainda ser produtiva”.*

*“Como o conceito de Envelhecimento Saudável pode também tratar do final da vida?”*

**FIGURA 4.2**

## Importância do critério de avaliação de pesquisa por faixas etárias

CONTRIBUIÇÕES



### O QUE DEVE SER FINANCIADO?

Todas as pessoas que participaram da consulta foram solicitadas a distribuir 100 pontos para os cinco critérios que os especialistas devem usar para decidir se um projeto de pesquisa deve ser financiado.<sup>176</sup> Os critérios foram: a pesquisa vai oferecer uma resposta; é viável realizar a pesquisa; os resultados poderão ser aplicados a diversos contextos; irá melhorar capacidade intrínseca e habilidade funcional; ou irá promover a equidade?

Um critério com mais pontos deve ter maior peso ao revisar as propostas de futuras pesquisas. A **Figura 4.2** mostra que os entrevistados de todas as idades avaliaram o impacto esperado na capacidade intrínseca e habilidade funcional como o mais importante para analisar as propostas potenciais para financiamento. Porém, as pessoas idosas, em comparação com os participantes adultos mais jovens, valorizaram muito o fato de esperar que pesquisas ofereçam respostas, sejam viáveis e promovam a equidade.



## COLETAR DADOS COMPARÁVEIS EM DIVERSOS PAÍSES

### Estudos da OMS em diversos países apoiam o envelhecimento saudável

As pesquisas domiciliares de saúde da OMS remontam ao ano 2000, com o Estudo de Pesquisa Multipaíses (MCSS, do inglês *Multi-Country Survey Study*) e a Pesquisa Mundial sobre Saúde (WHS, do inglês *World Health Survey*). Os estudos coletaram dados sobre as condições e determinantes de saúde de mais de meio milhão de entrevistados, em cerca de 100 países, para fornecer dados internacionais verdadeiramente comparáveis.

**O Estudo sobre Envelhecimento Global e Saúde de Adultos (SAGE),**<sup>177</sup> da OMS, baseado no MCSS e WHS, é um estudo longitudinal nacionalmente representativo, sobre exames de saúde, com marcadores biológicos, realizado na África do Sul, China, Gana, Índia, México e Rússia, com enfoque em adultos com 50 anos ou mais. O SAGE fornece dados sobre as tendências das condições e determinantes de saúde ao longo do tempo. SAGE foi também projetado para fornecer resultados que sejam comparáveis aos de estudos sobre envelhecimento em países de alta renda → 3.3. Além disso, o SAGE é uma das únicas pesquisas domiciliares que abordam a relação crítica entre saúde e bem-estar subjetivo. Os estudos de três países da segunda onda do SAGE - África do Sul, Gana e México, estão incluídos nesta análise de linha de base.

**Pesquisa Modelo sobre Incapacidade da OMS e do Banco Mundial (MDS, do inglês *Model Disability Survey*)**<sup>178</sup> é uma pesquisa geral de população incluindo todas as idades, que oferece informações abrangentes, autorreferidas sobre capacidade intrínseca e funcional. Além disso, o MDS coleta informações detalhadas e complexas sobre o ambiente em que as pessoas vivem, e o tanto que facilitam ou prejudicam a capacidade. O Brief MDS, uma versão curta da pesquisa mais longa, foi desenvolvido para atender pedidos de uma versão apropriada para

integração com as pesquisas domiciliares existentes e regularmente implementadas, como aquelas sobre força de trabalho ou padrões de vida. Três estudos de países da versão completa do MDS estão incluídos nesta análise de linha de base - Chile, Costa Rica e Sri Lanka.

**Uma nova iniciativa da OMS também está planejada para expansão durante a Década: a Pesquisa Mundial sobre Saúde Plus.**

A Pesquisa Mundial sobre Saúde Plus (WHS+, do inglês *World Health Survey Plus*) é baseada no SAGE, e desenhada para ser uma pesquisa domiciliar nacionalmente representativa, transversal ou longitudinal, sobre exame de saúde. Tem uma abordagem modular e pode ser integrada ao calendário planejado de pesquisas de um país. O exercício de coleta de dados do WHS+ é um sistema multitópicos, multiplataforma e multidesenho, que usa questionários padronizados, desenhos de amostragem e protocolos para assegurar a comparabilidade dos dados nos países e pesquisas. O desenho modular flexível do WHS+ o torna apropriado para coletar dados semelhantes aos do SAGE, com mais eficiência. Incorpora o uso das tecnologias de telefone celular.

A população-alvo é adultos com 18 anos ou mais. A estratégia é implementar as pesquisas vinculadas a fontes de dados administrativas e dos estabelecimentos, e registros de pacientes integrados com os sistemas nacionais de informação em saúde. O WHS+ usará uma metodologia robusta, com uma combinação de ferramentas, tecnologias e intercâmbio técnico, para construir um sistema sustentável para monitorar tanto CUS como os ODS. **As iniciativas estão em andamento para assegurar que os itens incluídos meçam todos os componentes e domínios do envelhecimento saudável.**



## PUBLICAR ARTIGOS DE PESQUISA SOBRE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

### Garantir acesso à base mundial de conhecimentos

Desde o endosso do Plano Internacional de Madri de Ação sobre Envelhecimento, em 2002, e mais recentemente a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, em 2016, o número de novos artigos científicos marcados com assunto “envelhecimento saudável” (e palavras semelhantes) está aumentando constantemente no PubMed, o maior banco de dados de busca e recuperação de literatura de ciências da vida e biomédicas (Figura 4.3).<sup>179</sup> Espera-se cerca de 1.000 novos artigos em 2020. Isto continua sendo, porém, uma pequena proporção de todos os artigos científicos na literatura de saúde. A publicação dos artigos em revistas de acesso livre pode levar à

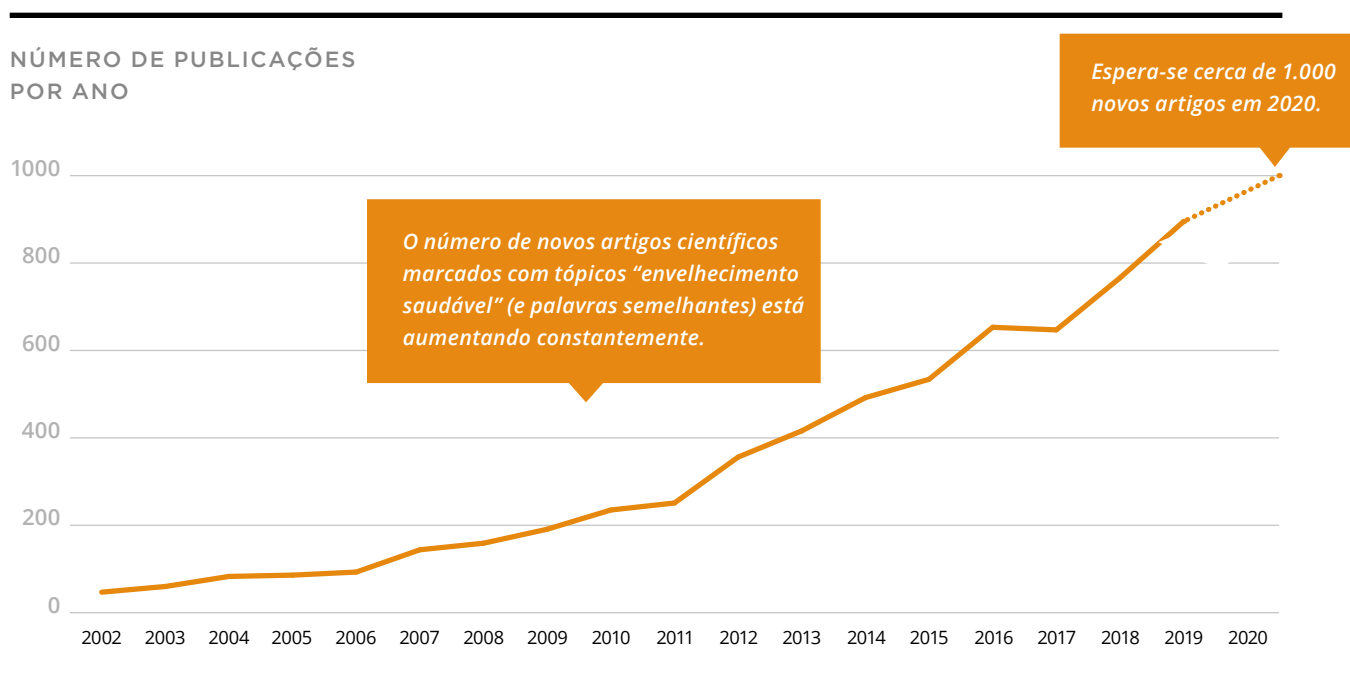
acessibilidade e uso mais rápidos, necessários para acelerar o impacto.

Além dos artigos em revistas revisadas por pares, é importante examinar e avaliar todas as fontes de conhecimento que podem ter valor para o envelhecimento saudável. Isto inclui conhecimento gerado por uma maior variedade de partes interessadas, e não só cientistas, que pode embasar o processo de executar ações com impacto. Além disso, muito mais precisa ser feito na área de inovação para acelerar esse impacto. Esta é uma vasta agenda em um campo emergente, e está ganhando impulso nos setores públicos e privados de pesquisa e desenvolvimento.

CONTRIBUIÇÕES

**FIGURA 4.3**

### Artigos científicos que abordam o envelhecimento saudável 2002-2020, no PubMed







## SINTETIZAR OS RESULTADOS DE PESQUISA SOBRE O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

### Abordagem aprimorada por *Cochrane Campbell Global Ageing Partnership* [Parceria sobre Envelhecimento Global de Cochrane Campbell]

Principais etapas para melhorar a síntese de evidência em pesquisa relacionada aos resultados do envelhecimento saudável, definidos com os painéis públicos incluindo as pessoas idosas:<sup>180</sup>

- **Alinhar conceitos, resultados e métricas** – capacidade intrínseca, habilidade funcional, e ambientes facilitadores.
- **Estimular e formular síntese de evidência** abordando temas identificados como uma prioridade relevante para o envelhecimento saudável ou populações mais velhas.
- **Questionar o desenvolvimento** – questões específicas relacionadas ao envelhecimento saudável e pessoas idosas devem ser consideradas, com a possibilidade de extrapolar para diversas populações e contextos.
- **Intervenções e complexidade de intervenção** – mapear intervenções sobre os conceitos do envelhecimento saudável (em geral capacidades ou ambiente e seus domínios), já que as intervenções mais relevantes têm mais de um componente (intervenções complexas).
- **Determinar os desenhos apropriados de estudo** – através de uma busca de avaliação preliminar que ajudará a identificar os tipos de desenho de estudo.
- **Resultados adequados para o envelhecimento saudável e populações idosas** – resultados de populações idosas são determinados com antecedência, com ênfase crescente no que as pessoas fazem em seu ambiente.
- **Identificação de evidências** – buscar uma combinação de bancos de dados gerais e especializados, e empregar uma variedade de termos de busca, pois “envelhecimento saudável” é amplo.
- **Avaliação de evidências** – avaliar qualidade metodológica e qualidade de relato, com o mesmo padrão de outras revisões.
- **Síntese de evidências** – estimular o uso de métodos mistos, incorporando métodos qualitativos para compreender as características das populações, intervenções, meios e contexto dos estudos incluídos.
- **Interpretação das evidências** – considerar as principais barreiras éticas, legais, políticas, epidemiológicas, geográficas, socioeconômicas e socioculturais, e os facilitadores para implementação de intervenção e sustentabilidade.
- **Próximos passos** – fazer acordos sobre os “principais conjuntos de resultados” para o envelhecimento saudável, com base em orientação da OMS, para refletir um conjunto padronizado acordado de resultados, que representam o mínimo que deve ser medido e notificado em pesquisas sobre uma condição específica, população ou contexto.



## REVISAR EVIDÊNCIAS E IDENTIFICAR LACUNAS

### Foco na otimização da habilidade funcional

Cochrane Campbell Global Ageing Partnership criou um “mapa de evidências e lacunas”, para identificar os principais estudos e revisões sistemáticas existentes sobre serviços de saúde e de apoio social, assim como dos dispositivos de auxílio projetados para apoiar a habilidade funcional entre as pessoas idosas que vivem na comunidade.<sup>181</sup>

O mapa de evidências e lacunas é um resultado de uma ampla busca que incluiu 11 bases de dados e literatura cinzenta até agosto de 2018. O mapa inclui 548 estudos (120 revisões sistemáticas e 428 estudos randomizados controlados), e classifica as intervenções e os resultados ao usar os domínios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade, Saúde, que estão alinhados com os domínios da habilidade funcional.

As intervenções mais comuns são reabilitação domiciliar para pessoas idosas e serviços domiciliares de saúde para prevenção de doenças, em geral prestados por

profissionais visitantes. Poucos estudos sintetizam intervenções para melhorar a mobilidade pessoal, desenvolvendo adaptações, apoio familiar ou suporte pessoal. Os domínios geralmente mais medidos da capacidade intrínseca são capacidade cognitiva e capacidade física; e para a habilidade funcional, alguns aspectos relacionados a suprir necessidades básicas e mobilidade são abordados. Isto corrobora os dados que foram usados em 42 países, na Seção 2.

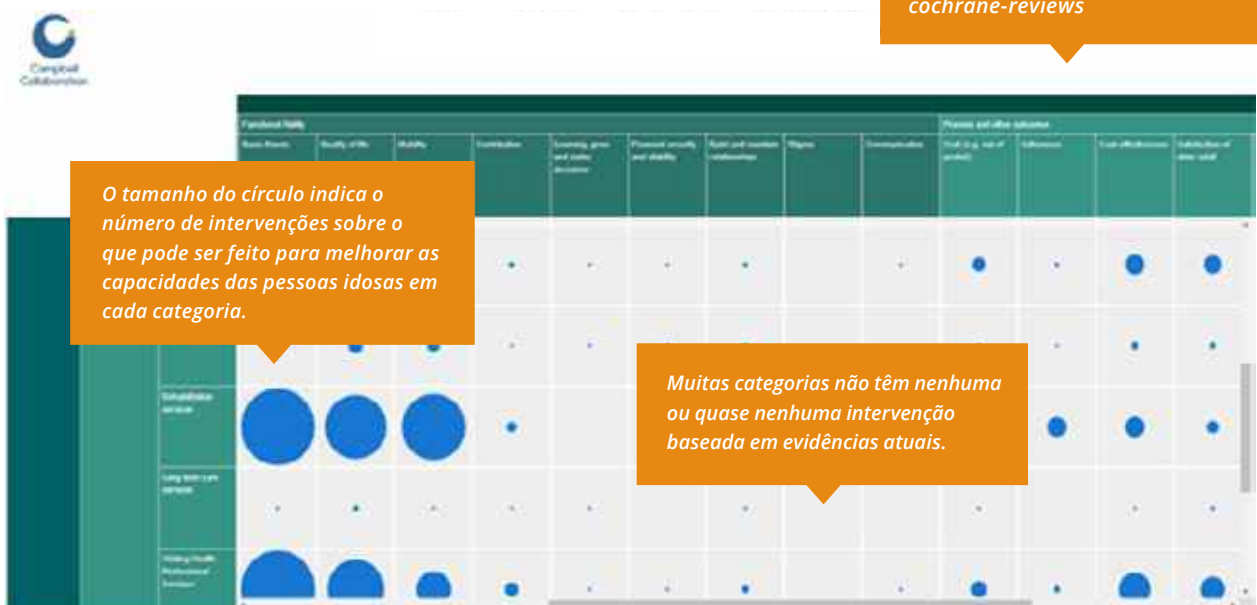
A maioria das revisões sistemáticas (cerca de 60%) foram classificadas como qualidade baixa ou extremamente baixa dos métodos. Alguns estudos avaliam os resultados nos domínios, como a participação social, segurança financeira, ou comunicação. As avaliações em outros domínios precisam ser fortalecidas – em particular as intervenções para capacitar uma pessoa a ter mobilidade; aprender, desenvolver e tomar decisões; e construir e manter relacionamentos.

CONTRIBUIÇÕES

FIGURA 4.4

### Mapa interativo de lacunas de evidências

<https://globalageing.cochrane.org/cochrane-reviews>





## ENVOLVER UMA GRANDE VARIEDADE DE PARTES INTERESSADAS

### Avaliar estratégias e intervenções

A Federação Internacional de Envelhecimento (IFA, da sigla em inglês; *International Federation of Aging*) reuniu as lições sobre formas para melhorar as estratégias de comunicação de vacinação para alcançar as pessoas idosas.

Imunização é uma das intervenções de saúde pública mais efetivas contra doenças infecciosas, depois de água limpa e saneamento.<sup>182</sup> Apesar dos programas e campanhas nacionais de vacinação para otimizar a proteção em todas as idades, as taxas de cobertura entre pessoas idosas permanecem geralmente baixas. Dada a subutilização de vacinação no público em geral – e mais importante entre aqueles com maior perigo – há uma necessidade urgente de melhorar as mensagens e campanhas para as pessoas agirem e serem vacinadas.

*Mudando a conversa sobre vacinação adulta* é um trabalho do programa Vaccines4life.com, que analisou o conteúdo de mensagem, estrutura, e métodos da divulgação de mensagens das campanhas de vacinação contra influenza, em 10 países, em resposta ao que parece ser uma falta relativa de atenção para comunicar com os grupos-alvo de maior risco.<sup>183</sup>

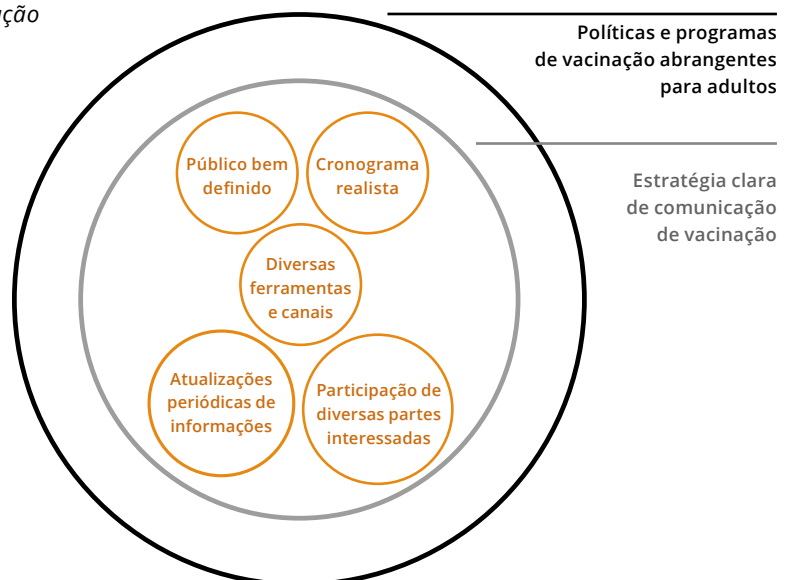
A *Estrutura IFA para campanhas efetivas de vacinação de adultos* visa informar os formuladores de políticas e outras partes interessadas sobre comunicação de saúde pública mais efetiva sobre vacinação de adultos e, portanto, a ajuda a aumentar as taxas de adesão.

Uma das observações mais importantes é a “universalidade das mensagens”, principalmente de portais do governo, para as pessoas de maior risco. A repetição de mensagens e a tendência a ter mais informações distribuídas pelos canais online não considera os variados níveis de risco, letramento em saúde, nem as populações que não têm acesso à Internet. *Mensagens adaptadas* às necessidades individuais ou de grupo são geralmente ignoradas pelas campanhas. A maioria dos públicos recebe passivamente as informações de uma variedade de canais, mas têm pouca oportunidade para fazer perguntas pessoais, de forma interativa.

O aprendizado a partir deste estudo multipaíses contribuirá para a orientação sobre as estratégias de vacinação para as pessoas idosas, e não apenas contra influenza, mas também para outras doenças imunopreveníveis na idade mais avançada.

#### FIGURA 4.5

#### Estrutura para campanhas de vacinação efetivas para adultos<sup>183</sup>



## ACELERAR O IMPACTO REQUER

# APRENDIZAGEM COM PRÁTICAS NOS PAÍSES

Embora os conceitos e estratégias endossadas no nível global sejam importantes, o foco deve ser nas ações reais que atraiam as pessoas idosas, nos países e nas comunidades. Isso é essencial para a decisão da OMS de entregar intervenções que têm impacto mensurável sobre a vida das pessoas, e para a meta da Década de otimizar a habilidade funcional das pessoas idosas.

A aplicação da **diretriz transformadora (Figura 1.2)** para otimizar a habilidade funcional apresentada na Seção 1, utiliza evidências, casos e programas coletados no mundo todo, para ilustrar cada componente da diretriz.

### Como essas narrativas foram coletadas?

Conforme proposto pela OMS e muitos parceiros, as evidências e os casos para cada componente foram selecionados em um processo de três etapas:<sup>33</sup>

1. identificação e coleta pelas partes interessadas, incluindo mais de 350 casos;
2. revisão e seleção por especialistas, demonstrando os critérios acordados; e
3. aprimoramento de acordo com a capacidade e componente demonstrado

*Cochrane Campbell Global Ageing Partnership* identificou revisões de evidências existentes e correlacionou com carga da doença (**Annex 6**), os cinco domínios de habilidade funcional e cada uma das quatro áreas de ação prioritária da Década, como exemplos de evidências atuais (**Annex 7**).

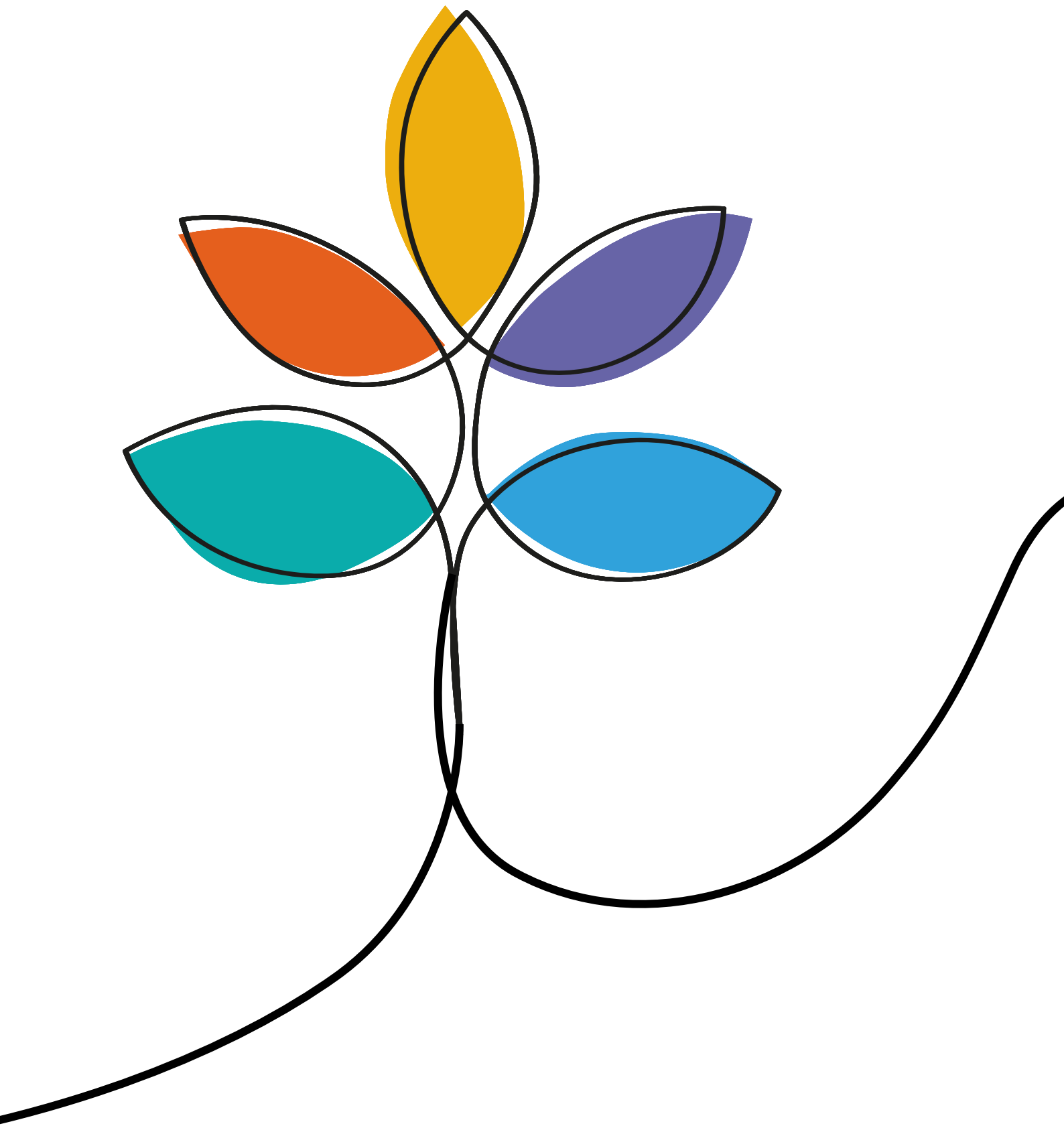
O enfoque abrange as seguintes cinco narrativas sobre acelerar as capacidades das pessoas idosas para cada domínio da habilidade funcional:

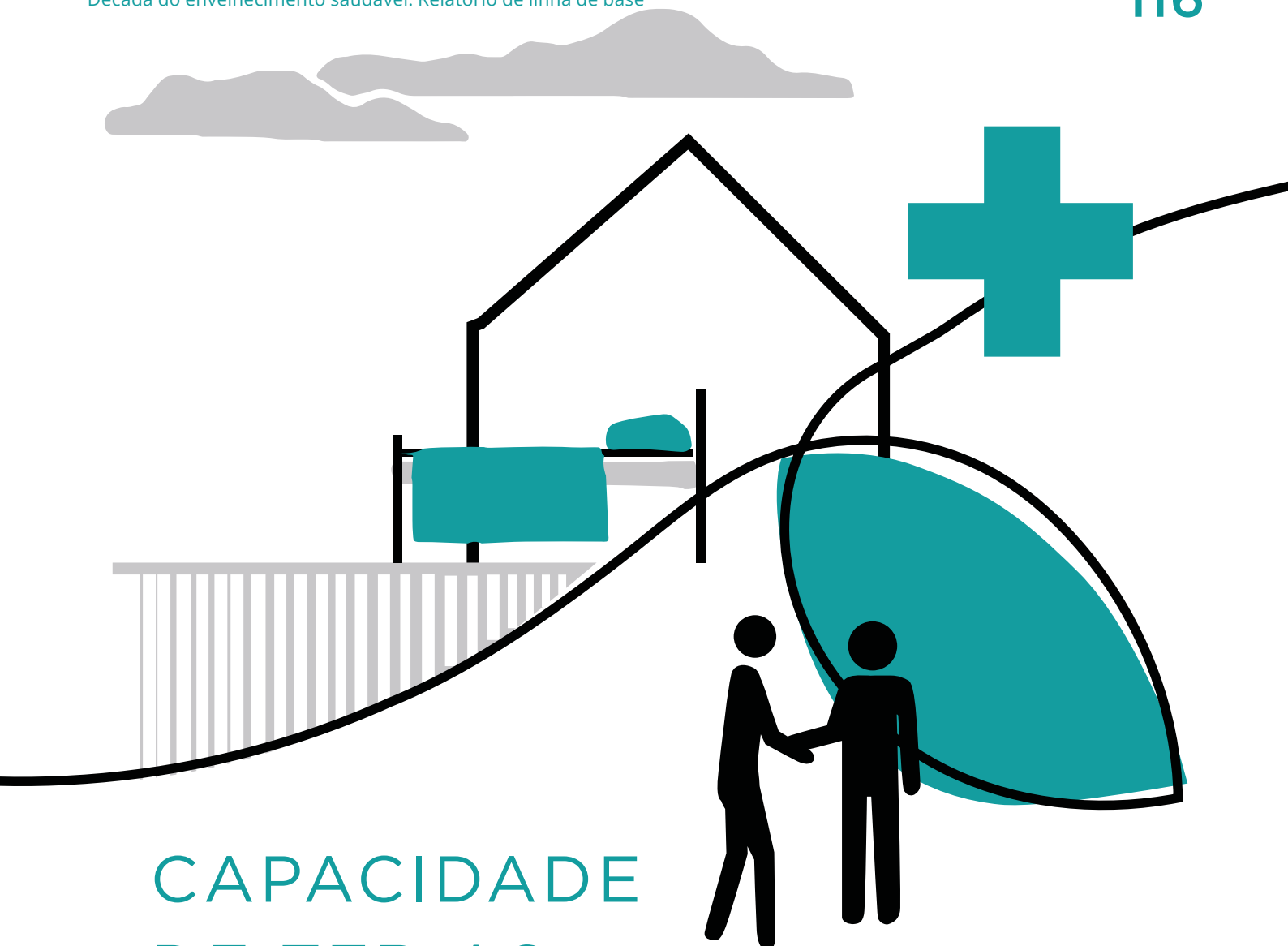
- Capacidade de ter as necessidades básicas atendidas
- Capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões
- Capacidade de ter mobilidade
- Capacidade de construir e manter relacionamentos
- Capacidade de contribuir para a sociedade.

As evidências e os casos destacam as ações das partes interessadas. Muitas ações são conduzidas pela sociedade civil, algumas pelo setor saúde, e várias por outros setores ou por setores múltiplos, incluindo saúde, com metas e objetivos compartilhados.

Apesar de não serem recomendações da OMS, cada narrativa ilustra uma variedade de compromissos, atividades e impactos, e reconhece que os cinco domínios da habilidade funcional estão interrelacionados. Há muitas lacunas, e muitos programas relevantes que excluíram as pessoas idosas, mas agora estão ampliando o seu alcance. Alguns casos são pilotos ou programas que ainda não foram avaliados.

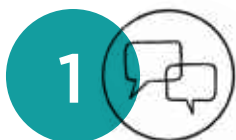
Os casos nesta diretriz não refletem necessariamente um processo linear. De modo geral, os programas ou outras intervenções voltadas para a habilidade funcional das pessoas idosas são relativamente novos.





## CAPACIDADE DE TER AS NECESSIDADES BÁSICAS ATENDIDAS

A incapacidade das pessoas idosas de ter suas necessidades básicas atendidas pode ser tanto causa como efeito da capacidade reduzida. Mas seus ambientes, também, desempenham um papel crucial.



## ESCLARECER áreas de ação

### As áreas importantes para a ação incluem:

- Garantir segurança financeira
- Garantir moradia adequada
- Garantir uma dieta apropriada
- Garantir acesso a serviços de saúde e de assistência social
- Garantir meios e apoio para completar as tarefas básicas
- Suprir a necessidade de segurança pessoal (ser capaz de evitar lesões e danos).



## IDENTIFICAR as intervenções e as evidências para apoio

Concentrar em uma área, assegurando moradia adequada e o sentimento da segurança em sua própria casa, é um componente importante de atender e administrar as necessidades básicas das pessoas idosas. Fazer modificações na casa é um método baseado em evidência para reduzir os riscos no ambiente doméstico e permitir que as pessoas idosas envelheçam com segurança. As alterações comuns nas casas incluem colocação de barras de apoio, adaptação de banheiros, e instalação de tecnologia residencial inteligente. As modificações devem ter valores acessíveis.

Uma análise recente (2017) de 36 estudos de modificação de casas encontrou fortes evidências de que as modificações podem melhorar a mobilidade, permitindo que as pessoas realizem as atividades diárias com menos dificuldades.<sup>184</sup> Nos locais em que as pessoas idosas tiveram maiores declínios nas capacidades, observou-se que as modificações nas casas reduziram a taxa de declínios durante o período de dois anos.

Existem também fortes evidências de que as modificações residenciais podem reduzir o risco e o medo de quedas das pessoas idosas. Um estudo que combinou terapia ocupacional com avaliação e eliminação dos riscos na casa demonstrou uma redução de 36% nas quedas. As modificações residenciais não beneficiam apenas as pessoas idosas; podem também ajudar os cuidadores em suas estratégias de atenção, resultando em menos horas dispendidas cuidando de seus entes queridos e um maior sentimento de autoeficácia e satisfação. As pessoas idosas devem participar da decisão e concordar com as alterações. Depois das modificações feitas na casa, as pessoas idosas podem usufruí-las e as taxas de adesão são de 70 a 80%.<sup>184</sup>

*As intervenções são mais efetivas quando combinam uma avaliação integral das necessidades, metas e ambiente da pessoa, um plano para reduzir barreiras, e treinamento com apoio constante para aproveitamento das modificações.*<sup>184</sup>



## PROJETAR e AVALIAR o que pode ser feito

Os domicílios com pessoas idosas têm maior risco de gastos catastróficos em saúde (quando os pagamentos por conta própria são maiores ou iguais a 40% da renda domiciliar após atender às necessidades básicas) em comparação aos que não têm residentes nesta faixa etária.<sup>185,186,187</sup> A **Figura 4.6** mostra esta questão na Letônia,<sup>188</sup> onde mais de 40% dos domicílios incluem pelo menos uma pessoa idosa. A incidência de gastos catastróficos é maior em domicílios que têm apenas pessoas idosas (32%), seguido por domicílios com um adulto com mais de 60 anos e outro mais jovem (22%),<sup>162</sup> o que contribui para seu empobrecimento.<sup>189</sup> Os gastos catastróficos podem obrigar as pessoas idosas a reduzir outras despesas básicas, como alimentos ou moradia. As abordagens universais, combinadas com políticas direcionadas e financiamento, são necessárias para garantir segurança financeira e acesso equitativo aos serviços de saúde. Essas informações indicam uma área para ação, e as pessoas idosas devem ser integrados nos programas nacionais, incluindo a cobertura universal de saúde (CUS).

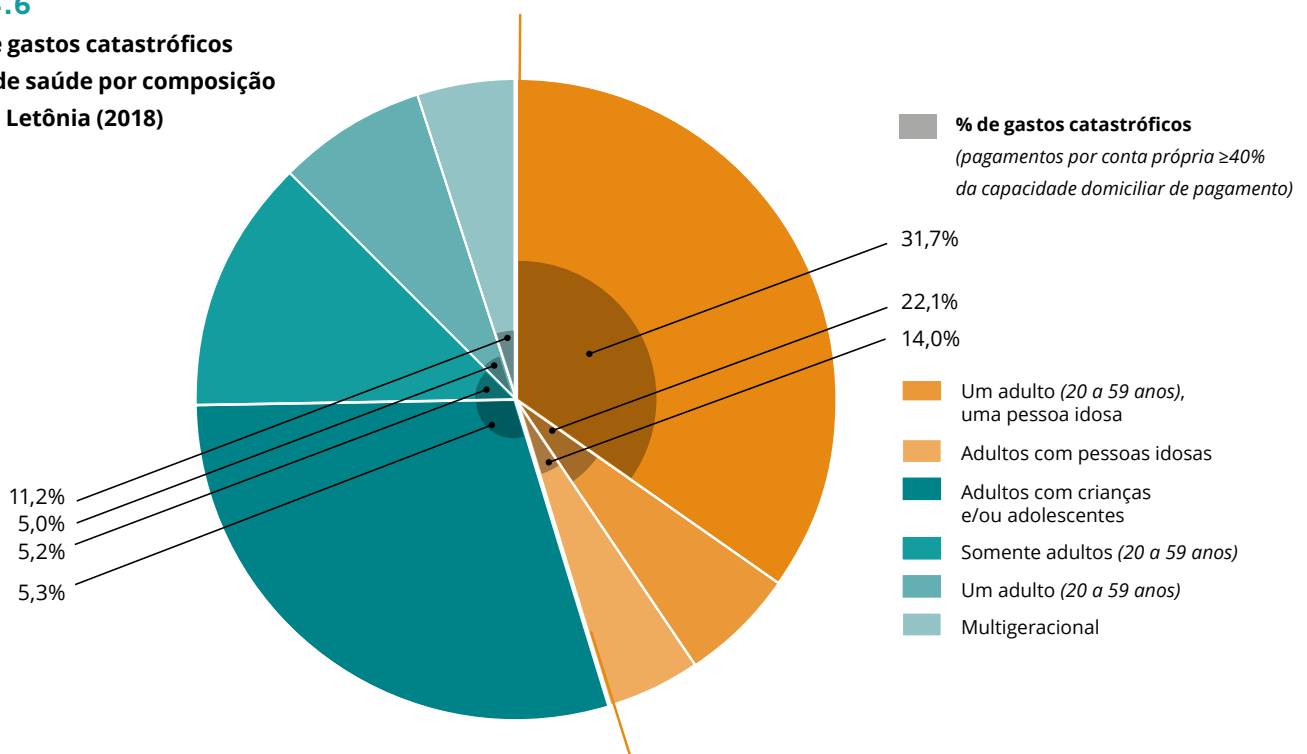
A importância de incluir as pessoas idosas na CUS para permitir acesso a serviços de saúde efetivos, sem incorrer em dificuldade financeira, é relevante em todos os países.<sup>190</sup>

O **Senegal** implementou o Plan Sesame, que busca fornecer acesso a serviços públicos de saúde a todos os cidadãos senegaleses de 60 anos ou mais, e cobrança de tarifas adicionais para usuários. Quase a metade das pessoas idosas senegalesas estão registradas no Plan Sesame<sup>191</sup> e têm acesso a consultas, medicamentos e serviços hospitalares.

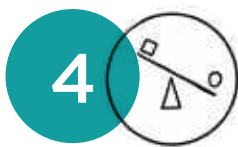
**Botsuana** adotou uma abordagem diferente para reduzir os gastos catastróficos em saúde, nos domicílios multigeracionais, e permitiu que os funcionários públicos incluíssem os pais idosos em seus planos de seguro saúde do governo.<sup>192</sup> A iniciativa foi expandida para todo o país.

A avaliação posterior desses programas, e os de outros países, ajudaria a entender quem não está registrado ou coberto pelos serviços (como as pessoas idosas em áreas rurais).

**FIGURA 4.6**  
Incidência de gastos catastróficos em serviços de saúde por composição domiciliar na Letônia (2018)







## APRENDER como pode ser feito

Muitos países estão implementando sistemas de cuidados de longo prazo, que podem otimizar a habilidade funcional das pessoas com capacidade intrínseca reduzida, e manter sua dignidade e seus direitos humanos. Fazer um piloto de um novo sistema de cuidados em pequena escala, com uma avaliação robusta, dá uma compreensão do que funciona ou não, antes de expandir para todo o país.

**Fazer um piloto de um novo sistema de cuidados em pequena escala, com uma avaliação robusta, dá uma compreensão do que funciona ou não, antes de expandir para todo o país.**

Em 2018, a Rússia lançou um estudo piloto de sistema de cuidados de longo prazo em seis regiões. Após aprender com a fase inicial, o piloto foi ampliado para 18 regiões. Os departamentos do governo colaboraram com a *Starost v Radost*, uma instituição de caridade especializada em envelhecimento, para implementar e avaliar o piloto.<sup>193</sup>

Mais de 54.600 pessoas nas regiões piloto receberam apoio do sistema, 13 regiões revisaram as normas de prestação de serviço e adotaram regulamentações atualizadas, e mais de 5000 pessoas foram treinadas na faculdade de enfermagem.

### As etapas básicas para implementar os cuidados de longo prazo na Rússia incluíram:

- identificação das pessoas que necessitam de cuidados de longo prazo;
- avaliação do grau de necessidade de cuidados e designação de um pacote de cuidados adequado;
- treinamento de trabalhadores da saúde e assistência social, e voluntários, para entrega de novos pacotes de cuidados;
- apoio aos familiares, informando sobre os serviços de cuidados e ensinando os fundamentos de atenção domiciliar.

Com a expansão dos programas de cuidados de longo prazo, é importante que as pessoas tenham acesso igual, independentemente de onde vivam, assegurando que ninguém será deixado para trás.<sup>194</sup>

5

## ALCANÇAR expandir e não deixar ninguém para trás

Os modelos novos e inovadores de atenção domiciliar podem melhorar a habilidade funcional das pessoas idosas e manter os custos baixos. Atenção domiciliar pode assegurar que as pessoas idosas envelheçam em casa, com suas necessidades básicas atendidas, incluindo nutrição.

Buurtzorg (ou “cuidados no bairro”) é uma organização holandesa que coordena **equipes de 12 enfermeiros para prestar cuidados a 50 até 60 pessoas, em um bairro.**<sup>195</sup> Formados como equipes autônomas, os enfermeiros realizam todas as tarefas de cuidados, inclusive aqueles tradicionalmente designados a cuidadores com menor remuneração, e criam parcerias com serviços comunitários e clínicos gerais. Os enfermeiros no programa custam mais, por hora, que os cuidados tradicionais (por exemplo, serviços de atenção domiciliar fornecidos por organizações de assistência domiciliar, contratados por seguradoras financiadas pelo governo). Porém, são necessárias menos horas, o que resulta em economia. As pessoas idosas têm níveis mais altos de satisfação do que com atenção tradicional, e menor probabilidade de utilização de serviços hospitalares de emergência.

Buurtzorg começou com uma equipe de quatro enfermeiros em um bairro. Atualmente emprega mais de 10.000 enfermeiros, em 800 equipes. Novas equipes são formadas por enfermeiros, que se candidatam a Buurtzorg para montar um time em

### O MODELO BUURTZORG<sup>195</sup>

*Pessoa  
que necessita  
de apoio*

*Cliente de automanejo*

*Redes informais*

*Equipe Buurtzorg*

*Redes formais*

seu bairro, como se fosse uma franquia. As novas equipes recebem grande apoio, com orientações de um treinador especializado, para garantir que compartilhem a visão da organização e tenham um sentimento de propriedade.

**Buurtzorg começou com uma equipe de quatro enfermeiros em um bairro. Atualmente empregam mais de 10.000 enfermeiros, em 800 equipes**

A organização expandiu seu alcance na Holanda ao adicionar serviços para pessoas idosas com diferentes necessidades – incluindo atenção domiciliar, fisioterapia, terapia ocupacional, serviços comunitários de saúde mental, e apoio a famílias e jovens. Essas iniciativas são criadas em resposta às necessidades locais, e são lideradas por enfermeiros de Buurtzorg, funcionários e equipe clínica. Além disso, o modelo foi expandido para outras partes da Europa (Alemanha, Áustria, Reino Unido, Rússia e Suécia), Ásia (China, Índia, Japão) e Estados Unidos.

O modelo contém quatro componentes principais (ver acima) e demonstrou que uma abordagem colaborativa, de baixo para cima, pode resultar em uma expansão de serviços de atenção domiciliar.



## ACELERAR IMPACTO

### alcançar os objetivos dentro de um prazo

**A República da Irlanda** deseja que “cada condado da Irlanda seja um lugar excelente para envelhecer”. O Programa Irlanda Amigável Amiga das Pessoas Idosas foi lançado em 2018, quando se tornou o primeiro país a ser reconhecido pela OMS como amigável às pessoas idosas.<sup>196</sup>

O programa amigável às pessoas idosas aborda oito áreas principais para viver bem na velhice:

- moradia,
- transporte,
- participação social,
- inclusão,
- participação cívica,
- comunicação,
- apoio comunitário e serviços de saúde, e
- espaços externos e construções.

**Todas as 31 áreas de governos municipais** na República da Irlanda se comprometeram a criar uma sociedade inclusiva e equitativa, onde as pessoas idosas podem experimentar uma vida plena e saudável. O programa Irlanda Amigável Amiga das Pessoas Idosas apoia e oferece orientações técnicas para cada governo municipal. É responsável por fortalecer e incorporar os programas locais; expandir e replicar as melhores práticas; medir, monitorar e compartilhar aprendizados; e criar políticas nacionais.

O modelo Irlanda Amigável às Pessoas Idosas combina uma abordagem participativa, de baixo para cima, em âmbito local e comunitário, com compromisso político e recursos, de cima para baixo, liderado por agência (**Figura 4.7**). As opiniões das pessoas idosas estão no cerne deste programa, e os conselhos de pessoas idosas são representados nos níveis municipal e nacional.

**FIGURA 4.7**

#### Estrutura do programa Irlanda Amigável às Pessoas Idosas



# CAPACIDADE DE APRENDER, DESENVOLVER E TOMAR DECISÕES

O crescimento pessoal contínuo – mental, físico, social e emocional – é importante para capacitar as pessoas idosas a fazer o que valorizam, e a capacidade de tomar decisões é fundamental para o sentimento de controle das pessoas idosas.





## ESCLARECER áreas de ação

### As áreas importantes para a ação incluem:

- Questionar as atitudes negativas e estereótipos
- Melhorar a alfabetização das pessoas idosas
- Investir em oportunidades acessíveis para aprendizagem e desenvolvimento contínuos
- Facilitar escolhas e controle.



## IDENTIFICAR as intervenções e as evidências para apoio

Promover a aprendizagem contínua pode melhorar o bem-estar, a conectividade social, e saúde física e mental das pessoas idosas, assim como outros desfechos. Os benefícios incluem também buscar os interesses e as metas pessoais – um elemento chave no envelhecimento saudável. Uma revisão de avaliação dos programas de ensino em idade avançada, no mundo todo, identificou muitos programas informais de aprendizagem e atividades, como as Universidades da Terceira Idade (U3A).<sup>197</sup>

Os programas apresentaram evidências de **melhorias em satisfação de vida, qualidade de vida, estado de saúde (incluindo aptidão física e bem-estar psicológico), disponibilidade de redes de apoio social, estratégias de enfrentamento das pessoas idosas, e outros resultados significativos**<sup>197</sup> – como a diminuição de sintomas depressivos,<sup>198</sup> e afeto negativo,<sup>199</sup> casos reduzidos de negligência,<sup>200</sup> melhor busca de informações, melhor equilíbrio emocional, aumento de atividades sociais,<sup>199</sup> e melhor qualidade de vida.<sup>201</sup> As oportunidades de ensino no curso da vida podem combater as atitudes negativas das pessoas idosas em relação ao envelhecimento, e aumento da autopercepção positiva – um impacto chave da Década.<sup>199</sup>

Há também evidências sobre formas de capacitar as pessoas idosas para tomar decisões sobre sua saúde. Uma revisão Cochrane, de três estudos sobre intervenções para envolver as pessoas idosas com várias doenças, demonstrou que os participantes tinham mais probabilidade de perceber seus cuidados alinhados com suas prioridades (nível moderado de evidência).<sup>202</sup> Futuras avaliações em diversos contextos irão melhorar a compreensão global de como ampliar a aprendizagem contínua, e manter a independência e autonomia das pessoas idosas.



## PROJETAR E AVALIAR o que pode ser feito

Algumas cidades estão conduzindo maneiras criativas para as pessoas idosas aprenderem e se desenvolverem. Em Gotemburgo, Suécia, o projeto Life Filming (Filmagem da Vida) explora as histórias e perspectivas das pessoas idosas, enquanto ensina letramento digital.<sup>203</sup> Em uma oficina de cinco semanas, os participantes idosos viram cineastas: aprendem a usar um tablet e a câmera, e a usar técnicas de fotografia e cinema. Utilizam este conhecimento para criar e discutir seus próprios filmes de curta-metragem e fotografias, que mostram o mundo através de suas perspectivas. Cerca de 120 pessoas idosas já participaram das oficinas.

**Life Filming também propiciou a Gotemburgo uma fonte única de feedback sobre maneiras da cidade se tornar mais amigável às pessoas idosas.**<sup>204</sup> Em 2016, em parceria com o centro de desenvolvimento da cidade (Gotemburgo Sênior) e a unidade de promoção da saúde, as pessoas idosas fizeram fotografias e filmes sobre o tema “ambiente exterior”. **As imagens e filmes mostraram as dificuldades encontradas em seu próprio meio urbano, e como poderia ser melhorado.** *Life Filming* adota uma abordagem criativa para o modelo de aprendizagem contínua, que também pode dar voz às pessoas idosas e melhorar outros domínios da habilidade funcional. Deve-se estimular as abordagens inovadoras ao elaborar os programas de aprendizagem contínua. Os programas devem ser avaliados na perspectiva das pessoas idosas e como são capacitados para contribuir com a sociedade.

**As pessoas idosas não são os temas dos filmes, mas os cineastas, e têm a oportunidade de apresentarem seu ponto de vista.**



## APRENDER como pode ser feito

As práticas baseadas em evidências de outros contextos podem contribuir para facilitar a escolha e autonomia das pessoas idosas, incluindo gestão de autocuidado e uso de serviços de saúde. Porém, deve-se avaliar a efetividade das práticas em cada novo contexto. O Departamento de Saúde Pública da Arábia Saudita implementou os “passaportes de saúde das pessoas idosas” nos centros de atenção primária. As experiências de aproximadamente 2.000 pessoas idosas, entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, contribuíram para as avaliações.

Baseados no conceito de passaportes de saúde de outros locais, os documentos contêm informações individuais sobre:<sup>205,206</sup>

- planos de saúde e tratamentos;
- resultados de avaliações de saúde (por exemplo, sinais vitais, avaliação geriátrica, etc.);
- resumos de tratamentos de saúde/cuidados;
- mensagens para os cuidadores;
- espaços para anotações pessoais ou perguntas sobre sua saúde;
- informações sobre saúde geriátrica;
- informações gerais (por exemplo, telefones de emergência).

Ao reunir estas informações em um “passaporte” conveniente que as pessoas idosas carregam, **o projeto busca ajudar as pessoas idosas a discutirem sobre sua saúde e planos de cuidados com profissionais, familiares e amigos, tomarem sua própria decisão sobre sua saúde, e aprenderem sobre práticas de estilo de vida saudável.**

---

Para facilitar a escolha e autonomia das pessoas idosas, pode-se aprender com práticas baseadas em evidência de outros locais. Contudo, a efetividade dessas práticas deve ser avaliada em cada novo contexto.

---

Uma equipe de profissionais clínicos e de pesquisa foi formada para desenvolver versões do passaporte de saúde, e uma equipe de médicos (as) da atenção primária e enfermeiros (as) foi treinada para distribuir os passaportes.<sup>207</sup> Foram aplicados questionários semiestruturados antes e depois da implementação, para pessoas idosas e cuidadores, que avaliaram a experiência das pessoas idosas com serviços de saúde e conhecimento de sua saúde, e identificaram quaisquer barreiras ou facilitadores no uso dos serviços. A questão é apoiar as pessoas idosas para tomar decisões sobre sua própria saúde.



## ALCANÇAR expandir e não deixar ninguém para trás

O investimento nos programas que ensinam as habilidades de letramento digital para as pessoas idosas pode proporcionar oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento contínuos. Muitas pessoas idosas identificaram esta questão como uma prioridade de pesquisa, em uma consulta global da OMS, em 2017.

+Simple é um programa de letramento digital em Buenos Aires, Argentina, que oferece cursos online e presenciais para pessoas idosas sobre habilidades digitais, e tablets gratuitos com a plataforma +Simple. Esta é uma interface amigável às pessoas idosas, para acessar notícias, jogos, conectar as redes sociais, comunicar com familiares e amigos, assistir aulas, e ter encontros online.<sup>208</sup> Os usuários também podem usar +Simple para aprender sobre sua saúde, administrar medicamentos e consultas, facilitando a tomada de decisões sobre sua saúde. As pessoas idosas participam de um treinamento de letramento digital de 2 horas, em uma das 40 salas de aula digitais, para aprender a usar os tablets e aplicativos na plataforma +Simple.<sup>209</sup>

**Entre 2016 e meados de 2020, o programa tinha distribuído mais de 130.500 tablets, e treinado quase 65.000 pessoas idosas, o que corresponde a 21% da população com 60 anos ou mais.**<sup>210</sup> A expansão rápida foi facilitada por financiamento do governo e parcerias, incluindo empresas privadas que desenvolveram e entregaram os produtos, e as instituições locais que forneceram os espaços para treinamento digital. Na expansão, o programa promoveu o objetivo de não deixar ninguém para trás.

**Com base no *feedback* constante dos usuários,** a plataforma foi ampliada para atender a outras necessidades das pessoas idosas.<sup>210</sup> Isso inclui **jogos de carta populares, um aplicativo para compartilhar receitas culinárias, um aplicativo para encontros online, e um mapa dos locais acessíveis na cidade, e farmácias próximas.**<sup>208,210,211</sup>

As parcerias entre diferentes ministérios do governo (por exemplo, social, desenvolvimento, educação, ciência e tecnologia) e partes interessadas possibilitaram essas inovações. As salas de aula digitais do +Simple também fizeram simulações nos tablets para ensinar as pessoas idosas a usarem caixas eletrônicos para sacar dinheiro das contas de aposentadoria.<sup>212</sup>

Em 2019, o +Simple foi lançado como um aplicativo Android, de modo que mais pessoas idosas pudessem acessá-lo em seus celulares, levando a uso mais amplo.<sup>213</sup>





## ACELERAR O IMPACTO alcançar os objetivos dentro de um prazo

As avaliações dos programas de Universidades da Terceira Idade (U3A) mostram o impacto positivo no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas idosas.<sup>197</sup> Os programas têm o potencial de acelerar o impacto até 2030. Por exemplo, o programa da *University for Seniors* (UfS) [Universidade dos Idosos] da Universidade Americana de Beirute (AUB), no Líbano, foi lançado em 2010, após extensas pesquisas sobre programas de Universidades da Terceira Idade da França e dos EUA, e para responder às necessidades das pessoas idosas no Líbano. Desde então, UfS cresceu de 100 para 600 membros por ano, permitindo a cerca de 2.000 pessoas idosas assistir aulas, viajar nos programas culturais, e fazer vínculos intergeracionais com os estudantes mais jovens. Os estudantes da UfS têm idade de 50 a 95 anos, e diferentes formações acadêmicas e níveis de escolaridade. Em um estudo qualitativo do programa, os alunos descreveram os muitos benefícios sociais, cognitivos e psicológicos que experimentaram, incluindo maior motivação e felicidade.<sup>214</sup>

O programa da UfS envolve a colaboração de partes interessadas com administradores e funcionários da AUB, especialistas em envelhecimento e aprendizagem contínua, e comitês de representantes da UfS – as próprias pessoas idosas – e todos contribuem para as políticas e os procedimentos. O programa assegura sua sustentabilidade ao institucionalizar oficialmente a UfS através dessas políticas, e integrar completamente os membros da UfS no campus e na vida comunitária da AUB. Devido à participação intergeracional na UfS, os estudantes da AUB matricularam seus próprios pais e familiares mais velhos na UfS; como resultado, as pessoas idosas são bem recebidas nos espaços que antes eram designados para os jovens. O programa da UfS, inclusive seu alcance nas redes sociais, foi replicado e adaptado para criar a UfS em Belém, na Palestina.

### PRÓXIMOS PASSOS

*A UfS está trabalhando para ampliar ainda mais suas atividades com uma campanha nacional contra o idadismo e para alcançar as pessoas idosas em instituições de cuidados a longo prazo ou que não podem sair de suas casas.*



# CAPACIDADE DE TER MOBILIDADE

As mudanças nas capacidades física e mental, comuns em pessoas idosas, podem limitar a mobilidade. Porém, pode-se aumentar a capacidade, e os ambientes têm o poder de facilitar o que uma pessoa pode fazer.



1



## ESCLARECER áreas de ação

### As áreas importantes para a ação incluem:

- Fortalecer o que as pessoas idosas podem fazer – sua capacidade intrínseca de movimentar-se
- Fornecer tecnologia assistiva para ajudar na mobilidade
- Reduzir as barreiras nas áreas edificadas
- Projetar moradias e bairros que permitem envelhecer no local de residência (aging in place)
- Melhorar a disponibilidade e acessibilidade de transporte sustentável
- Criar oportunidades para as pessoas idosas participarem.

2



## IDENTIFICAR as intervenções e as evidências de apoio

Uma das primeiras maneiras para capacitar as pessoas a chegarem onde precisam é fortalecer sua capacidade de movimento. Isto inclui prevenir quedas e lesões por quedas, lidar com o medo de quedas, pois todos estes fatores podem limitar a mobilidade das pessoas idosas. Em geral, as pessoas idosas devem ter a capacidade de dirigir, caminhar ou usar transporte público para ir aonde desejam.

As intervenções incluem frequentemente exercícios, como aumentar força, equilíbrio, coordenação, flexibilidade e aptidão aeróbica. Os exercícios podem ser com ou sem supervisão, ou mistos, e dados por profissionais da saúde, educadores físicos ou voluntários treinados e a avaliação mostra o impacto alto na redução de quedas e lesões relacionadas. Por exemplo, exercícios funcionais e de equilíbrio reduzem a taxa de quedas em 24%, e o número de pessoas com uma ou mais quedas em 13%. Tai Chi também pode reduzir o número de pessoas que apresentam quedas em 20%.<sup>215</sup>

A busca na *Cochrane Campbell Global Ageing Partnership* mostra revisões de evidências moderadas a fortes dos programas de exercícios, intervenções em modificações domiciliares, terapia ocupacional em casa e na comunidade, e cronogramas de alta precoce com apoio → 4.5.

*A OMS planeja lançar o Step safety em 2021, uma atualização de evidências sobre prevenção e tratamento de quedas, incluindo as pessoas idosas e uma caixa de ferramentas prática.*



## PROJETAR E AVALIAR o que pode ser feito

Muitos países estão avançando para melhorar o acesso de pessoas idosas a transportes e reduzir as barreiras nas áreas edificadas. Apesar de algumas cidades terem feito piloto e implementado programas, poucas fornecem informações específicas sobre o tamanho do efeito – ou impacto mensurável – nas capacidades das pessoas idosas. As informações sobre o impacto seriam úteis para outras áreas que queiram implementar programas semelhantes. Contudo, vários programas demonstraram que é viável propiciar um ambiente sem riscos, seguro, acessível e bem conectado para as pessoas idosas. Alguns exemplos:

### HADANO, JAPÃO

criou o “Tochicubo Shopping Club”, que oferece transporte para um supermercado, uma vez por semana, para adultos de 60 anos ou mais.<sup>216</sup>

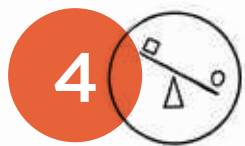
### RENNES, FRANÇA

*Le mobilier urbain au d’essai banc* em Rennes, França, reuniu pessoas idosas e pessoas com deficiência para examinar os assentos públicos em Rennes, e recomendar como adaptá-los às necessidades das pessoas com a capacidade reduzida. As recomendações foram integradas no orçamento da cidade e os ajustes estão sendo realizados.<sup>217</sup>

### VALPARAÍSO, CHILE

O Gerópolis Center, da Universidade de Valparaíso, Chile, em parceria com a autoridade municipal de saúde e pessoas idosas, estão criando o “Observatório Comunitário de Administração e Controle de Informações Territoriais”. O resultado desta colaboração é uma plataforma de crowdsourcing chamada DIMEapp (ver abaixo), onde as pessoas idosas podem relatar os problemas ambientais que afetam a mobilidade e acessibilidade, e criar um panorama do ambiente municipal. **Este é um exemplo do uso em tempo real de dados e georreferenciamento para facilitar a habilidade funcional, pois as pessoas idosas estão envolvidas em todas as etapas do processo, desde o mapeamento de acessibilidade no ambiente até o desenvolvimento de aplicativos.**<sup>218</sup> As informações são usadas para agilizar a priorização, gestão de casos, e monitoramento das questões de acessibilidade, pelo governo local e a comunidade. A meta é assegurar que os ambientes sejam mais acessíveis para as pessoas idosas e a comunidade. A intenção é que o aplicativo e as suas informações empoderem as pessoas idosas para reivindicar mudanças nas questões ambientais que as afetam.





## AVALIAR como pode ser feito na prática

Os países estão avaliando as necessidades das pessoas idosas e colocando em prática programas baseados em evidência, que envolvem as partes interessadas, inclusive as pessoas idosas. Por exemplo, o Tajiquistão desenvolveu uma Lista Nacional dos Dispositivos de Suporte Prioritários (APL).<sup>219,220</sup> Ter acesso à tecnologia assistiva acessível, apropriada e de qualidade, é fundamental para manter e melhorar a habilidade funcional das pessoas idosas, incluindo a mobilidade.

Antes, no **Tajiquistão**, apenas as pessoas com deficiência registradas podiam ter acesso a dispositivos de suporte financiados pelo governo; as pessoas idosas não podiam se beneficiar desses esquemas financeiros. Para corrigir essa situação, as seguintes medidas foram tomadas:<sup>220</sup>

- uma pesquisa rápida com 200 pessoas com deficiência e pessoas idosas, de diferentes regiões do país;
- 12 grupos focais com mais de 100 pessoas com deficiência e pessoas idosas de todo o Tajiquistão; e
- uma análise de sistemas dos órgãos do governo e organizações não governamentais (ONGs) que fornecem tecnologia assistiva, incluindo políticas, provisão, produtos, compras, financiamento e recursos humanos.

Os resultados foram depois discutidos em uma reunião de consenso, com tomadores de decisão dos ministérios envolvidos, grupos de usuários (incluindo pessoas idosas), parceiros de

desenvolvimento, profissionais, órgãos da ONU, e ONGs nacionais e internacionais. O resultado foi uma lista prioritária corrigida, aplicável a pessoas idosas, **que aumentou o número de produtos essenciais, de 12 para 30, e muitos deles melhoram a mobilidade.**

O governo adotou esta lista e tomou medidas para implementar esta nova política, incluindo a elaboração dos critérios de elegibilidade, expansão dos centros de tecnologia assistiva em várias cidades, e treinamento da equipe local. A OMS ajudou a estabelecer a relação entre o Ministério da Saúde e o *China Assistive Devices and Technology Centre* (CADTC [Centro de Dispositivos e Tecnologia Assistiva da China]) para compras de produtos. A avaliação do impacto do APL Nacional na população em questão está em andamento. As lições aprendidas do Tajiquistão serão úteis para outros países que planejam desenvolver um APL nacional, que incluía as pessoas idosas em locais com poucos recursos – um indicador de progresso nacional, com o qual todos os países se comprometeram como parte da Década.



## ALCANÇAR

### expandir e não deixar ninguém para trás

Promover um estilo de vida saudável e ativo é fundamental para Plano de Ação de Cingapura para o Envelhecimento Bem Sucedido (2015). O Comitê de Promoção da Saúde (HPB) lançou o *National Steps Challenge*<sup>™</sup> [Desafio Nacional dos Passos], em 2015, incorporando dispositivos inteligentes, vestíveis, e elementos característicos de jogos, para incentivar os residentes a permanecerem ativos. 114 Monitores de passos gratuitos (que depois incluíram uma função de monitoramento de frequência cardíaca) e um aplicativo dedicado para celular ("Healthy 365") foram oferecidos a todos os residentes para rastrear atividades. O programa teve sucesso e incentivou mais de 1,3 milhões de adultos para fazerem mais atividade física, com uma melhoria média de 3.950 passos por dia.

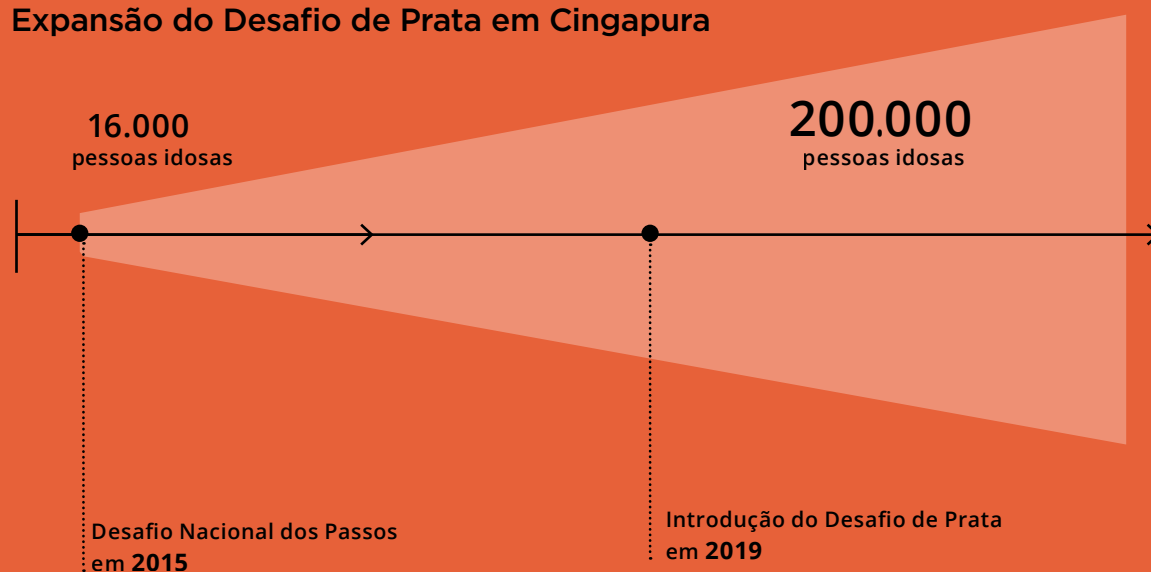
Com base nesse impressionante sucesso, HPB introduziu o **Desafio Nacional de Passos - Desafio**

**de Prata**, em 2019, para estimular a participação de pessoas idosas nas atividades físicas, alinhadas a seus interesses específicos. Este desafio dedicado promove atividade física em trilhas interativas guiadas em Cingapura. As pessoas idosas são incentivadas a manter seu estilo de vida mais saudável, através da participação nos Programas de Envelhecimento Ativo, como exercícios em grupo e oficinas de saúde em suas comunidades. O alcance do desafio aumentou por meio de centrais de atendimento que integram, de modo efetivo, as pessoas idosas com pouco letramento digital.

O número de pessoas idosas participando do Desafio Nacional de Passos **aumentou mais de 11 vezes**, de 16.000 pessoas em 2015, para mais de 200.000 pessoas, em 2020. O número diário médio de passos registrados por aqueles com mais de 60 anos subiu de 6.900 em 2015, para 10.500 em 2019, um sucesso notável (**Figura 4.8**).<sup>114,221</sup>

#### FIGURA 4.8

#### Expansão do Desafio de Prata em Cingapura



DEFENDER, CAPACITAR,  
AGILIZAR

EXPANSÃO  
ACELERADA



## ACELERAR O IMPACTO

### alcançar os objetivos dentro de um prazo

Para melhorar a capacidade intrínseca, promover a habilidade funcional (incluindo mobilidade), e minimizar a dependência de cuidados, a OMS publicou diretrizes sobre Atenção Integrada para as Pessoas Idosas (ICOPE), em 2017. As recomendações baseadas em evidência foram definidas por consenso, com mais de 100 especialistas de 85 países.<sup>222</sup>

A primeira fase do programa piloto de implementação do ICOPE começou na França, Andorra, China, Índia, Itália, Quênia, México, Catar e Vietnã, para avaliar a viabilidade e aceitabilidade. Na região de Occitania, na França, o programa foi somado à rotina clínica diária para pessoas de 60 anos ou mais.<sup>223,224</sup> O sucesso foi creditado à participação intensa das autoridades regionais, força de trabalho em saúde da comunidade e de hospitais.

#### Os roteiros de atenção do ICOPE têm cinco etapas:

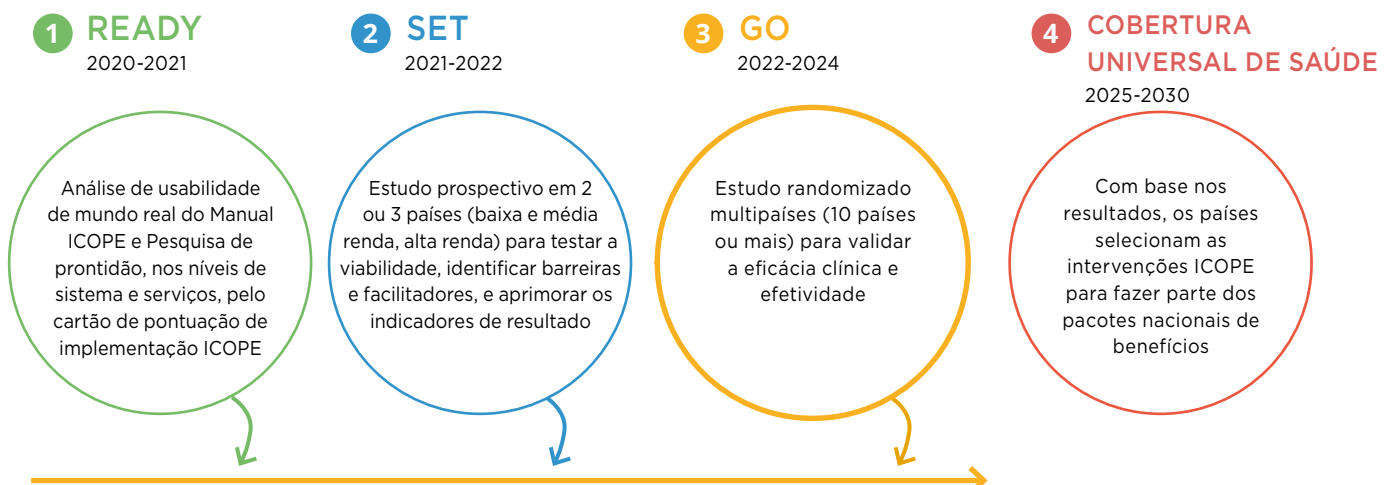
1. rastrear perdas na capacidade intrínseca;
2. avaliação centrada na pessoa na atenção primária;
3. elaborar plano de cuidado personalizado;
4. garantir os encaminhamentos e monitorar o plano de cuidado; e
5. envolver as comunidades e apoiar os cuidadores.

O treinamento em implementação é necessário para todas as partes interessadas – incluindo pessoas idosas e seus cuidadores – para garantir uma transição sem percalços, em cada etapa.

A abordagem *Ready-Set-Go* [Um, dois, três e já!] do ICOPE para testar e aprender com os pilotos de viabilidade e aceitabilidade, assim como estudos para avaliar a eficácia clínica e efetividade estão planejados para terminar até 2024 (Figura 4.9). A partir de 2025, ICOPE será desenvolvido na atenção primária em mais países. Com as informações favoráveis de custo/efetividade, ICOPE será adaptado e incluído nos pacotes de benefícios de cobertura universal de saúde dos países.

FIGURA 4.9

### Etapas para avaliar e expandir ICOPE



Adoção e implementação do ICOPE (tradução, treinamento, capacitação, modificação das ferramentas ICOPE, transformação de sistemas e serviços)

# CAPACIDADE DE CONSTRUIR E MANTER RELACIONAMENTOS

Ao enfrentar declínio de capacidade, as pessoas idosas podem achar difícil manter as redes sociais.







## ESCLARECER áreas de ação

### As áreas importantes para a ação incluem:

- **Identificar e combater solidão e isolamento social**
- **Criar oportunidades para papéis sociais significativos e relacionamentos recíprocos**
- **Considerar o impacto de edifícios públicos, transporte, moradia e unidades de saúde nas redes sociais**
- **Melhorar o acesso às tecnologias de informação e comunicação.**



## IDENTIFICAR as intervenções e as evidências de apoio

O isolamento social (a falta objetiva de interações sociais) e a solidão (a avaliação subjetiva de contato social insuficiente) são dois grandes problemas para as pessoas idosas, com consequências negativas para a saúde mental e física.<sup>77</sup>

**Várias intervenções podem ser implementadas para combater a solidão e o isolamento social das pessoas idosas** – incluindo psicoterapias, cuidados de saúde e assistência social, intervenções com animais, intervenções para fazer amizades, e intervenções para desenvolver habilidades/lazer.<sup>225</sup>

A adaptabilidade ao contexto local, atividades produtivas em vez de passivas, e as abordagens de desenvolvimento comunitários foram características comuns identificadas como efetivas. Uma revisão Cochrane encontrou que a participação em atividades de melhoria e conservação do meio ambiente,<sup>226</sup> é benéfica não apenas para o meio ambiente e desenvolvimento de habilidade, mas também para promover autoestima e sentimento de pertencimento à comunidade.

**As pessoas idosas buscam relacionamentos e se desenvolvem com amigos, familiares e relacionamentos íntimos.** As concepções errôneas sobre a velhice, incluindo os estereótipos sobre a interações sexuais de pessoas idosas, em geral resultam de falta de apoio suficiente para prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST). As atividades sexuais são uma parte importante, mas frequentemente ignorada, das atividades interpessoais das pessoas idosas. Uma revisão sistemática recente sobre intervenções – não farmacológicas – para prevenir IST em pessoas idosas<sup>227</sup> mostrou que workshops presenciais podem ser úteis para aumentar o conhecimento a curto prazo sobre IST. A revisão também destaca a falta de evidências de alta qualidade sobre as intervenções com os efeitos a longo prazo, ou mudanças comportamentais, nas populações de pessoas idosas sexualmente ativas.





## PROJETAR E AVALIAR o que pode ser feito

Os programas intergeracionais podem ser uma maneira efetiva de envolver as pessoas idosas em oportunidades para desenvolver papéis sociais significativos e relacionamentos recíprocos, ao aprender, desenvolver e participar da comunidade. Essas atividades também podem combater o idadismo, ao mudar a forma como sentimos e agimos em relação às pessoas com base em sua idade.

Em **Jacó, Costa Rica** um programa foi elaborado para fornecer para as pessoas idosas em um centro-dia, e que vivem na comunidade, os meios para transferir seus conhecimentos de agricultura tradicional para outras pessoas. Os participantes mais jovens acompanham as pessoas idosas nos campos de cultivos, onde aprendem os procedimentos tradicionais mediante observação e recebem instruções das pessoas idosas. O programa coleta e preserva os conhecimentos tradicionais desses especialistas mais velhos, ao mesmo tempo que **proporciona oportunidades de interação social e conectividade com outras pessoas idosas e jovens.**

Em **Noida, Índia**, uma abordagem intergeracional foi implementada para apoiar estudantes de baixa renda. As pessoas idosas que estudaram e são funcionalmente independentes foram treinados pelos especialistas educacionais para

serem mentores desses estudantes. O programa teve o piloto durante um ano, demonstrando que os participantes idosos apreciaram a oportunidade de retribuir à comunidade, com sentimento de pertencimento – e o desempenho dos estudantes melhorou.

Essas intervenções são promissoras, mas é necessário avaliar o impacto em redes sociais, conectividade, sentimento de contribuição, utilidade e satisfação das pessoas idosas, para documentar sua efetividade e ajudar alocar recursos para replicar essas intervenções em novas áreas.

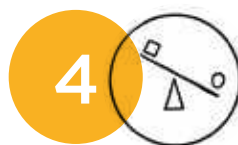





---

As pessoas idosas participaram do desenvolvimento do projeto desde o começo, ao avaliarem suas preferências e interesses, e se tornarem parceiros no desenho das atividades.

---



## AVALIAR

### como pode ser feito na prática

*Green and Growing*, uma intervenção de horticultura terapêutica implementada em Salford, no Reino Unido, **reuniu pessoas idosas que viviam em abrigos, moradias de apoio, e residências independentes**. As pessoas idosas recebem recursos e facilitadores, que em troca fornecem informações e orientações, quando necessário, para ensinar como cultivar diferentes plantas ao longo do ano.<sup>228,229</sup>

O projeto foi desenvolvido em colaboração com pessoas idosas, setor público e organizações voluntárias. As pessoas idosas participaram do desenvolvimento do projeto desde o começo, ao avaliarem suas preferências e interesses, e se tornaram parceiros do desenho das atividades.

Os participantes declararam que participar dos grupos de horticultura lhes deu um significado. Além disso, puderam estabelecer novas conexões e conhecer novas pessoas, e informaram ter um sentimento de camaradagem e diversão, que se estendeu às pessoas idosas fora do grupo ativo de horticultura (por exemplo, pessoas idosas com declínios na capacidade intrínseca estavam presentes no jardim).<sup>230</sup>

Financiamento é uma barreira frequente ao lançar programas comunitários semelhantes. Uma empresa local com interesse comunitário, Incredible Education, criou uma caixa de ferramentas com dicas para lançar um programa comunitário crescente, de modo que qualquer indivíduo (incluindo pessoas idosas) ou grupo pequeno pode começar um projeto semelhante com poucos ou nenhum recurso.<sup>228,231</sup> A caixa de ferramentas inclui informações sobre as tarefas a serem realizadas ao longo do ano, uma lista de verificação com os equipamentos sugeridos, um glossário com termos relevantes para o processo de aprendizagem, assim como ideias práticas sobre como replicar a ideia em outras comunidades.





## ALCANÇAR expandir e não deixar ninguém para trás

No **Vietnã**, os Clubes de Autoajuda Intergeracional (ISHCs, do inglês Intergenerational Self-Help Clubs) são um modelo efetivo e sustentável de dar oportunidades para vínculos sociais e intergeracionais, assim como melhorar outros domínios de habilidade funcional. Esses clubes são organizações comunitárias **implementadas, administradas, monitoradas e de propriedade de seus membros, que são principalmente pessoas idosas**. Os membros do ISHC escolhem uma diretoria, que é responsável por identificar os interesses e as necessidades dos membros, e elaborar as atividades e grupos de interesses para abordar essas questões. As atividades ajudam as pessoas idosas a socializar, gerar renda, promover saúde, continuar a aprender e permanecer ativos. Também captam recursos para que aqueles com maiores necessidades (membros de ISHC ou não) não sejam deixados para trás. A solidariedade com os que mais precisam é um exemplo dos serviços prestados à comunidade.<sup>232</sup>

O objetivo dos clubes é promover equidade ao atender os mais desfavorecidos – principalmente pessoas idosas com menor renda, que vivem sozinhas, ou com um cônjuge idoso, que apresentam deficiências, ou que são o principal cuidador, sem acesso a folga nos cuidados.

Como descrito no Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde,<sup>13</sup> em 2015, 700 ISHCs foram criados em 13 províncias/cidades. Posteriormente, um projeto nacional de replicação foi estabelecido para expandir o modelo no país, com apoio das pessoas idosas, Associação dos Idosos do Vietnã, e autoridades locais. Os projetos de financiamento internacional, administrados por *HelpAge International*, apoiaram as iniciativas de capacitação, com expansão para novas áreas. Como resultado, ao final de 2019, o número de ISHCs tinha mais do que quadruplicado, para 2.900 centros, e o número de províncias/cidades com ISHCs aumentou para 60.

A abordagem dos ISHCs provou ser sustentável, atendendo pessoas em áreas urbanas e rurais, e incluindo as populações de minoria étnica, assim como pessoas com diferentes experiências e crenças. Um projeto nacional de replicação busca acrescentar cerca de 3.000 ISHCs, entre 2021 e 2025.<sup>232</sup> HelpAge continuará prestando apoio aos ISHCs existentes para melhor suprir as necessidades dos seus membros, e às associações locais de pessoas idosas para capacitá-las a criar, operar e administrar os ISHCs.

**O objetivo dos clubes é promover equidade ao atender os mais desfavorecidos.**



## ACCELERAR IMPACTO alcançar os objetivos dentro de um prazo

O Plano de Ação para o Envelhecimento com Êxito, de Cingapura, lançado em 2015, investe 2,2 bilhões de dólares americanos em seu plano nacional para envelhecimento. Assim, garante que as pessoas idosas permaneçam ativas e participem de modo significativo, sejam parte de uma sociedade cuidadosa e inclusiva, e envelheçam com segurança – uma iniciativa de colaboração entre agências governamentais e diversos setores.<sup>114</sup> Várias iniciativas fomentam as inovações sociais que mobilizam a comunidade, envolvem cada vez mais novas partes interessadas, e apoiam pessoas idosas para estabelecer conexões e relacionamentos fortes.

Ao reconhecer a importância de prevenir o isolamento social, a iniciativa Community Networks for Seniors (CNS) conecta partes interessadas nos bairros, para entregar serviços sociais de apoio às pessoas idosas. Os voluntários comunitários do Silver Generation Office entram em contato com as pessoas idosas, com o objetivo de compreender suas necessidades,

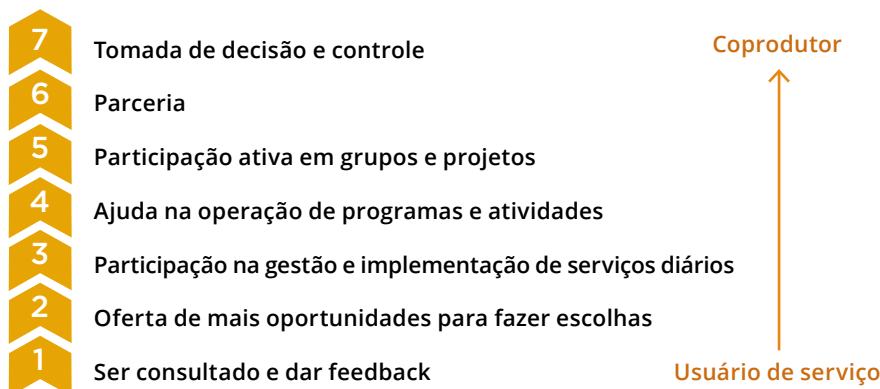
Como voluntários, as pessoas idosas participam e se empoderam ao passar de usuários de serviços a coprodutores da organização e entrega de programas e atividades.

de forma proativa. A iniciativa CNS, embasada por informações fáceis de usar e mostradas em painéis, promove programas de saúde preventiva e de envelhecimento ativo, companhia a pessoas idosas solitárias que vivem sozinhas, e conecta serviços de apoio social e de saúde para pessoas idosas com necessidades sociais e de saúde complexas.

O Community Befriending Programme convida as pessoas idosas para serem amigos voluntários, e visitar pessoas idosas isoladas socialmente e solitárias, em sua casa, e acompanhá-las por chamadas telefônicas regulares.<sup>233</sup> Este programa reconhece o papel valioso e as habilidades que as pessoas idosas podem trazer para as iniciativas comunitárias de apoio. Como voluntárias, as pessoas idosas participam e se empoderam ao passar de usuários de serviços a coprodutores da organização e da entrega de programas e atividades, como mostrado nos passos da **Figura 4.10**.

**FIGURA 4.10**

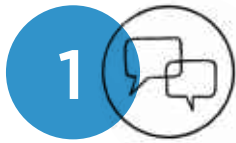
### Escada de participação de usuário em serviços para pessoas idosas, de usuários de serviços a coprodutores



# CAPACIDADE DE CONTRIBUIR

Esta capacidade cobre inumeráveis contribuições que as pessoas idosas dão a suas famílias e comunidades. Isso requer uma variedade de políticas e práticas que facilitam a capacidade das pessoas idosas de trabalhar e ser voluntário de modo a promover o Envelhecimento Saudável





## ESCLARECER áreas de ação

### As áreas importantes para a ação incluem:

- Questionar o idadismo, criar ambientes inclusivos que abarquem a diversidade de idade e escutar vozes diversas
- Abolir idades de aposentadoria compulsória
- Reformar os sistemas de pensão que incentivam a aposentadoria precoce ou penalizam um retorno ao trabalho
- Apoiar as opções de aposentadoria gradual e arranjos flexíveis de trabalho → 2.12
- Considerar os incentivos que estimulam os empregadores a reter, treinar, contratar, proteger e premiar os trabalhadores mais velhos
- Ajudar as pessoas idosas a planejar para a segunda metade de vida e investir em aprendizagem contínua
- Investir em saúde e funcionalidade
- Criar condições para o voluntariado



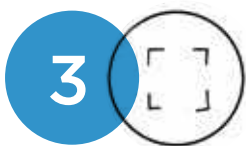
## IDENTIFICAR as intervenções e a evidências de apoio

Uma questão importante é apoiar a participação das pessoas idosas em empregos, abordando tanto fatores individuais, como condições financeiras e de saúde, como fatores ambientais, condições de trabalho e controle das atividades nos locais de trabalho.<sup>234</sup> Especialistas de 11 países europeus criaram a *Joint Platform Initiatives Understanding of Employment Participation* de trabalhadores idosos e identificaram lacunas de conhecimento usando a estrutura lidA (leben em der Arbeit) para trabalho, idade e emprego. A estrutura ilustra uma interação de 10 determinantes-chave da participação no trabalho entre os trabalhadores idosos: mercado de trabalho, legislação e sua implementação, posição financeira, social, doméstica, recursos humanos, trabalho, saúde, capacidade de trabalho, e motivação.<sup>235</sup>

Os estudos de muitos países de alta renda identificam intervenções que promovem participação no trabalho de empregados de 45 anos ou mais.<sup>236</sup> Os achados sugerem que as intervenções de multicomponentes podem prevenir a perda de emprego e aposentadoria precoce entre os trabalhadores idosos. As intervenções incluem, pelo menos, dois componentes da prestação de serviços de saúde (por exemplo, orientação de reabilitação para doenças crônicas), coordenação de serviços (por exemplo, participação de empregadores e profissionais da saúde) e modificações no trabalho (por exemplo, avaliação de barreiras e adaptações no local de trabalho). Porém, as intervenções isoladas têm menos suporte de evidências.

O Conselho de Saúde da Holanda identificou intervenções para apoiar a empregabilidade de trabalhadores idosos. As intervenções poderiam abranger as oficinas de desenvolvimento profissional, promoção da saúde no local de trabalho, consultas ocupacionais, e avaliação de riscos para a saúde baseada na Internet. <https://globalageing.cochrane.org/cochrane-reviews><sup>237</sup> São necessárias mais evidências para recomendar as intervenções mais efetivas para as pessoas e situações de trabalho específicas.





## PROJETAR E AVALIAR o que pode ser feito

Muitas organizações incentivam as pessoas idosas a participarem nas atividades voluntárias e de emprego depois da aposentadoria. O equilíbrio entre trabalho voluntário e remunerado é importante, e mais avaliações seriam úteis para analisar as maneiras de facilitar e melhorar a capacidade de contribuição das pessoas idosas. Dois casos do banco de dados global *Age Friendly World* sobre práticas amigáveis às pessoas idosas ilustram formas de elas participarem e contribuírem com seus conhecimentos, talentos e habilidades para suas comunidades e a sociedade de modo geral:

Muitas organizações estimulam as pessoas idosas a participar nas atividades voluntárias e de emprego depois da aposentadoria.



### **Elderly Council<sup>238</sup> (Antalya, Turquia):**

Criado em 2019, o *Elderly Council* é para pessoas de 60 anos ou mais, para que possam se manifestar sobre a cidade em que vivem. O conselho incorpora as perspectivas e opiniões dos residentes idosos para tornar seu ambiente mais amigável às pessoas idosas. O conselho tem 60 membros voluntários (30 homens e 30 mulheres) e conta com sete subcomitês: direitos das pessoas idosas, cidade sustentáveis e acessíveis, meio ambiente, relacionamentos intergeracionais, envelhecimento saudável, aprendizagem contínua, cultura e arte. As pessoas idosas envolvidas no conselho disseram que se sentiram valorizadas e produtivas, pois puderam expressar e contribuir para sua comunidade.

### **BABA Trondheim<sup>239,240</sup>**

#### **(Trondheim, Noruega):**

BABA é uma organização local que capacita as pessoas idosas a contribuir para atividades culturais. Os membros, tanto imigrantes mais velhos quanto noruegueses idosos, têm reuniões periódicas e oficinas para criar música, danças e peças de teatros com pessoas mais jovens. As atividades culturais mostram a diversidade da comunidade de Trondheim, e oferecem oportunidades para interação intergeracional.





4

## APRENDER como pode ser feito

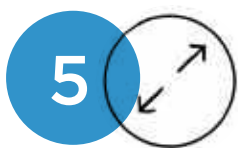
A tecnologia pode fornecer novas abordagens para criar oportunidades para as pessoas idosas encontrarem funções voluntárias ou emprego que atendem a seus interesses. O *Active Assisted Living (AAL) Programme – Ageing Well in the Digital World* é um programa com financiamento europeu, que busca fortalecer tecnologia e inovação para apoiar o envelhecimento saudável. O AAL financiou uma ampla gama dos projetos para facilitar voluntariado, empregos, programas intergeracionais, e promoção de uma vida de trabalho saudável.<sup>241</sup>

Testado em organizações comunitárias na Alemanha, Irlanda, Polônia e Suíça, o projeto *Active Retiree and Golden Workers Gate (ActGo-Gate)* é um mercado de trabalho baseado em tecnologia da informação e comunicação (TIC), que capacita as pessoas idosas e pessoas com necessidades a encontrar ocupações voluntárias de curto e longo prazo, que promovem realização pessoal e participação social. O aplicativo Gate-ActGo e o modelo de negócios são um exemplo de um projeto sustentável, que poderia ser estimulado – com demanda das próprias pessoas idosas.<sup>242,243,244,245</sup>

Esta plataforma de mercado de trabalho reúne pessoas idosas, empregadores potenciais (organizações para prestação de cuidados, voluntários não remunerados e emprego) e integradores (pessoas quem apoiam as pessoas idosas no uso da plataforma e dão orientação e

treinamento sobre trabalho).<sup>246</sup> O aplicativo foi desenvolvido na Alemanha, Suíça e Polônia por parceiros que incluíam institutos de assistência social e de pesquisa, uma organização voluntária, e um grupos promovendo inovações nos negócios e comércio.

Três módulos ocupacionais foram testados: o **“servir a comunidade”** (trabalho voluntário informal), a **“ocupação flexível”** (empregos em regime de tempo parcial) e o **“participar em módulos de organizações”** (projetos sociais). Os empregadores potenciais deram um feedback positivo. Futuras avaliações poderiam mostrar o impacto do aplicativo ao parear as necessidades e meta das pessoas idosas, com as oportunidades para contribuir.



## ALCANÇAR

### expandir e não deixar ninguém para trás

A experiência valiosa em áreas locais pode ser a base para planos de expansão no âmbito nacional.

Na República da Coreia, o governo metropolitano de Seul lançou a *Seoul 50 Plus Policy Initiative* em 2016, para assegurar que pessoas de 50 anos ou mais permaneçam ativas e participando da sociedade. O objetivo da iniciativa é propiciar um ambiente propício para pessoas idosas na transição para a vida pós trabalho, e buscar novos interesses, aprender novas habilidades e encontrar novas oportunidades de emprego e participação social – **uma trajetória positiva de envelhecimento saudável**. O processo da política empregou uma variedade de métodos para obter evidências sobre as características e necessidades da geração com 50 anos ou mais, e envolver as diversas partes interessadas, especialistas, formuladores de políticas, e organizações sem fins lucrativos.<sup>247,248</sup>

A *Seoul 50 Plus Foundation* coordena os campi e centros 50 Plus, que oferecem educação, orientação e formação de redes de trabalhos. As parcerias público-privadas promovem a operação

de negócios “empregos de Boram”. Esses são empregos voluntários assalariados, que permitem que adultos de 50 anos ou mais contribuam com seu conhecimento e experiência para diferentes funções, como prestar serviços de bem estar social, mentoria para gerações mais jovens, e outros apoios comunitários, e recebendo compensação financeira. Até agosto de 2017, os campi 50 Plus ofereceram mais de 300 cursos, com 600 pessoas participando em empregos de Boram. Para alcançar todas as pessoas idosas, a Fundação planeja ter pelo menos um campus ou centro em 25 distritos administrativos, com cada centro refletindo as características e necessidades da área local. O objetivo é expandir para 12.000 empregos de Boram, em colaboração com os setores públicos e privados.<sup>247</sup> O governo nacional também planejou ampliar a política 50 Plus no país, para além de Seul. O exemplo de Seul e seus programas conectados serão usados como comparação (*benchmark*) para outras cidades e municípios da República da Coreia.

---

O objetivo da iniciativa é propiciar um ambiente favorável para as pessoas idosas na transição para a vida pós trabalho, e buscar novos interesses, aprender novas habilidades e encontrar novas oportunidades de emprego e participação social – uma trajetória positiva de envelhecimento saudável.

---



## ACCELERAR O IMPACTO

### alcançar os objetivos dentro de um prazo

Formar uma rede colaborativa de voluntários entre diferentes partes interessadas pode acelerar a capacidade das pessoas idosas de contribuir para suas famílias, comunidades e sociedade. A AUSER, uma rede nacional para o envelhecimento ativo, é uma associação italiana de aproximadamente 46.000 voluntários, com cerca de 8 milhões de horas doadas por ano, voltada para direitos sociais e bem-estar comunitário. A AUSER promove diversos trabalhos voluntários que envolvem pessoas de todas as idades – com maioria esmagadora acima de 60 anos. As pessoas idosas são também responsáveis pela administração da AUSER, e criaram um ambiente facilitador para as pessoas idosas contribuírem – para apoiar as outras pessoas idosas que estão sozinhas e participar em atividades comunitárias, como serviços sociais, aprendizagem contínua, apoio a migrantes, e diálogo entre gerações.<sup>249</sup>

Estabelecido em 1989 por um grupo de mulheres em Turin, o grupo voluntário AUSER inicialmente lidava com a solidão das pessoas idosas através de contato telefônico. Durante as três últimas décadas, a AUSER ampliou gradualmente sua missão e alcance geográfico em toda a Itália, e participou em diversas atividades no país para serviços de assistência social. Em especial, a AUSER respondeu ao programa de assistência nacional de verão para as pessoas idosas, lançado pelo Ministério da Família e Solidariedade Social. Desde 1994, desenvolveu uma rede nacional para reduzir risco de insolação e solidão em pessoas idosas, por contato telefônico, disponível por 24 horas, serviços domésticos, monitoramento de grupos vulneráveis, e organização de atividades recreativas em centros com ar-condicionado. A associação está ativamente envolvida nas redes internacionais da Universidade de Terceira Idade e ONGs. Os voluntários participam em pesquisa relevante para o envelhecimento saudável: em 2020, foi incluído o estudo TAPAS (*Time and Places and Space in Ageing*, Tempo e Lugares e Espaço no Envelhecimento em tradução livre), que investigou o bem-estar das pessoas idosas durante a pandemia de COVID-19.



Revista AuserInforma -  
setembro-outubro de 2020



## ACELERAR O IMPACTO REQUER

# APRENDER POR MEIO DAS DOENÇAS – PERSPECTIVAS BASEADAS EM DOENÇAS

A aceleração do impacto requer que todas as boas ideias e programas sejam considerados, e aqueles avaliados como impactante sejam aplicados em novos locais. Este espírito estimula a aprendizagem pelos programas centrados em doenças, e especialmente as abordagens para reduzir riscos, tratar doenças, e promover prevenção secundária de DNTs entre as pessoas idosas. **Já que as doenças crônicas não transmissíveis estão entre as 10 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), nas pessoas idosas em escala mundial, merecem atenção especial (Anexo 6).** A prevalência de pessoas que vivem com as DNTs reflete os efeitos acumulados de:

- seus comportamentos, vulnerabilidades e exposições aos riscos (por exemplo, tabagismo, desnutrição ou poluição do ar);
- os serviços de saúde e assistência social que recebem (por exemplo, diagnóstico, tratamento e cuidados de longo prazo, e serviços de reabilitação); e
- o contexto de ambientes sociais, físicos e naturais, e condições socioeconômicas (por exemplo, progresso nacional em direção a cobertura universal de saúde, decisões sobre políticas para fortalecer os sistemas sociais e de saúde, e políticas para construir ambientes saudáveis e inclusivos).

Ademais, a pandemia de COVID-19 mostra a importância das doenças de base,<sup>250</sup> principalmente as DNTs, pois aumentam o risco de gravidade de doença e a morte, que estão concentrados ou elevadas entre pessoas idosas em muitos países.<sup>251</sup>

A aprendizagem efetiva é uma via de mão dupla, com metas compartilhadas. A maioria dos sistemas de saúde objetivam abordar as doenças agudas individuais em vez das condições afecções da idade avançada.

**Os que defendem o envelhecimento saudável devem influenciar aqueles que são responsáveis pela prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.**

Isto inclui testar os benefícios dos cuidados integrados centrados na pessoa, serviços de saúde primários abrangentes que atendem às necessidades das pessoas idosas. Serviços adequados, medicamentos e dispositivos de suporte, juntamente com financiamento justo, irão mobilizar os países para assegurar que mais pessoas idosas se beneficiem da cobertura universal de saúde até 2030.

**Ainda, alavancar e aproveitar outras ideias e recursos podem ativar a inovação.**

Aumentar a coerência de políticas nas estratégias e planos de ação globais e nacionais (incluindo demência,<sup>252</sup> DNTs,<sup>253</sup> reabilitação,<sup>254</sup> e vacinas<sup>255</sup>), para que apoiem o envelhecimento saudável e incluam as pessoas idosas, também irá acelerar a ação.

Juntas, essas iniciativas irão impulsionar uma ação chave da Década, ou seja, expandir serviços de atenção primária amigáveis às pessoas idosas, oferecer um vasto conjunto de serviços, incluindo vacinação, triagem, prevenção, e tratamento de DNTs e doenças transmissíveis, assim como as condições relacionadas à idade. A pesquisa e inovação são igualmente importantes para todas as ações da Década: reduzir a discriminação por idade, promover comunidades amigáveis às pessoas idosas, e fortalecer os cuidados de longo prazo.

Uma narrativa final abordando a prevenção e o tratamento das DNTs destaca os programas que teriam começado como baseados em doença, mas são transformados em abordagens integradas, centradas na pessoa, e inclusivos às pessoas idosas. Esta é uma tendência que dever ser estimulada.<sup>253</sup>

# ABORDAR AS DNTS POR MEIO DE UMA ABORDAGEM INTEGRADA, CENTRADA NA PESSOA



## ESCLARECER áreas de ação

As DNTs podem afetar pessoas de qualquer idade, sexo, ou região, mas são especialmente comuns nas faixas etárias mais velhas. As DNTs podem afetar as capacidades físicas e mentais (capacidade intrínseca) de uma pessoa e a habilidade funcional.

Reduzir os fatores de risco e prestar serviços de saúde de alta qualidade podem prevenir e ajudar a controlar as DNTs. A promoção do envelhecimento saudável no curso de vida e para as pessoas idosas pode fortalecer e manter a capacidade intrínseca das pessoas idosas, e reduzir a susceptibilidade a doenças transmissíveis e DNTs.

## Envelhecimento saudável não significa que as pessoas não têm doenças.

**O envelhecimento saudável na presença de doença reflete uma abordagem de viver bem, e otimizar a habilidade funcional, mas também significa assegurar cuidados coordenados que tratem a doença com uma ênfase em metas pessoais dos indivíduos.**

Como a expectativa de vida aumenta em todo o mundo, algumas pessoas idosas terão uma vida mais longa com as DNTs.<sup>256</sup> É vital que as pessoas idosas recebam cuidados contínuos e integrados que incluem promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e serviços paliativos. Os programas de doenças transmissíveis também irão se beneficiar com a adoção de uma abordagem de envelhecimento saudável.

Os governos podem reduzir as exposições que levam a maiores riscos de DNTs – como poluição do ar. Podem também integrar o tratamento de DNTs na cobertura universal de saúde, e aliviar as cargas individuais e sociais.<sup>257</sup> Os investimentos na saúde e no bem-estar das pessoas e suas famílias também oferecem benefícios significativos.

Para atingir a meta do Envelhecimento Saudável – otimizar a habilidade funcional – e promover o bem-estar na presença de risco para DNTs e sua evolução, as estratégias e orientações da OMS destacam a importância de ações nos países de alta, média e baixa renda, nas seguintes áreas:<sup>253,258</sup>

- redução de risco, incluindo prevenção primária e secundária de fatores de risco ambientais, metabólicos e comportamentais;
- apoio ao tratamento de DNTs nos cuidados integrados e centrados na pessoa para as pessoas idosas;



## IDENTIFICAR

### as intervenções e evidências de apoio

- a integração das DNTs no pacote definido de serviços dentro do esquema nacional de cobertura universal de saúde através de triagem efetiva, diagnóstico, prevenção de fatores de risco, tratamento e manejo de doenças ao longo do tempo, e através de provedores e níveis do sistema de saúde;
- a inclusão das pessoas idosas nas iniciativas de promoção da saúde, ao abordar fatores de risco preveníveis e determinantes sociais adversos; e
- avaliação dos programas para melhorias e inovação para o envelhecimento saudável.

Essas ações ficam ainda mais críticas quando o risco de doença transmissível for maior. As condições pandêmicas têm um impacto negativo direto na capacidade dos sistemas de saúde de cuidar de pessoas que vivem com DNTs, mas também reduzem a capacidade dos sistemas de saúde de capacitar as pessoas idosas para ter acesso a cuidados que recebiam antes da pandemia. A interrupção dos serviços pode afetar procedimentos de triagem, diagnóstico e tratamento, como documentado em 2020 com relação à pandemia de COVID-19.<sup>259</sup>

Várias DNTs estão estreitamente interrelacionadas. São prevenidas e tratadas de modo mais efetivo ao aplicar um pacote de intervenções de saúde em uma perspectiva centrada na pessoa – o que é bom para seu coração é também bom para seu cérebro.

As evidências globais sobre promoção e proteção da saúde cardiovascular (nos Anexos 6 e 8) mostram que condições diversas – incluindo coronariopatia, acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, deficiência cognitiva e demência – podem ser prevenidas por promoção de comportamentos saudáveis (por exemplo, dieta saudável, evitar tabagismo e uso prejudicial de álcool, manter atividade física regular).<sup>260</sup>

**Capacitar as pessoas idosas para fazer essas escolhas, porém, demanda que os determinantes sociais da saúde sejam abordados para ampliar as oportunidades para envelhecimento saudável.** Mais evidências documentam a gestão efetiva dos fatores de riscos e de doenças depois de 65 ou 70 anos.

O envelhecimento saudável tem diversos determinantes (→ 1.3). Para uma região ou país específico, as estratégias podem ser informadas pelos principais DALYs para pessoas idosas, a base de evidências para abordá-los, e o compromisso das partes interessadas nesta jurisdição. Os principais DALYs (por exemplo, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, DPOC, câncer, doença de Alzheimer e outras demências, diabetes) e evidências relacionadas ao lidar com essas doenças especificamente entre pessoas idosas, estão no Anexo 6.<sup>261</sup> As políticas públicas e intervenções de saúde populacionais podem evitar muitas DNTs, incluindo nas pessoas idosas.<sup>262</sup>



## PROJETAR E AVALIAR o que pode ser feito



As melhores evidências podem beneficiar as pessoas idosas, suas famílias e comunidades se forem avaliadas na prática de mundo real. Podem responder às perguntas, por exemplo, “como isso pode ser feito?”, “quem deve estar envolvido?” e “quais recursos são necessários?” para conseguir os melhores resultados possíveis e não deixar ninguém para trás.

### FINGER: Um estudo geriátrico finlandês

Embora não inevitável, como indicam os resultados na Seção 2, ocorre um declínio nas funções cognitivas com a idade, com diferentes taxas, para diferentes pessoas, em diferentes ambientes. O estudo FINGER, desenvolvido para pessoas com 60 a 77 anos, com risco de demência, demonstrou que as alterações cognitivas podem ser prevenidas através de uma intervenção no estilo de vida com múltiplos domínios,<sup>263</sup> e pode ser efetiva na prática.<sup>264,265</sup> Pesquisadores finlandeses e suecos testaram os efeitos de uma intervenção que incluía “orientação nutricional, exercícios físicos, treinamento cognitivo, atividades sociais, e administração de fatores de risco vasculares e metabólicos” para o grupo intervenção, e orientação de saúde regular para o grupo controle. Os resultados cognitivos melhoraram em 25 a 150% em 24 meses no grupo intervenção.<sup>264</sup>

A intervenção FINGER foi testada em populações com diferentes experiências e diversas características.<sup>264</sup> FINGER foi mais benéfico para pessoas idosas com risco mais elevado de declínio cognitivo, devido à idade e estado mental cognitivo, e para aqueles com fatores de risco vasculares.<sup>265</sup>

Desde 2018, vários países<sup>266</sup> implementaram e avaliaram uma versão adaptada de FINGER através de parcerias de vários níveis entre ministérios, representantes da comunidade, pesquisadores, provedores de serviços de saúde, e pessoas idosas e suas famílias. Diversos países da Europa, América Central e do Sul participaram, juntamente com Austrália, Canadá, China, Cingapura, Estados Unidos, Índia, Japão, Malásia, e República da Coreia.

**O estudo demonstrou que as alterações cognitivas podem ser prevenidas através de uma intervenção no estilo de vida com múltiplos domínios.**





## AVALIAR como pode ser feito

Muitos governos estão empoderando diversos setores e comunidades em suas iniciativas locais para implementar pesquisa para otimizar a habilidade funcional das pessoas idosas na presença de doença.

### CUIDADO DE PESSOAS COM DEMÊNCIA NOS SEUS AMBIENTES (COPRE, DA SIGLA EM INGLÊS – CARE OF PERSONS WITH DEMENTIA IN THEIR ENVIRONMENTS)

*Care of Persons with Dementia in Their Environments* (COPE) [Cuidado de Pessoas com Demência em seus Ambientes] é um programa desenvolvido e implementado nos Estados Unidos, para melhorar a saúde de pessoas de meia-idade e pessoas idosas e suas famílias. COPE é uma intervenção integrada de múltiplos domínios, por quatro meses, que inclui avaliação domiciliar, educação e treinamento por profissionais de saúde domiciliares, sobre maneiras de reduzir os fatores estressantes ambientais, e melhorar o conhecimento e habilidades de cuidadores.<sup>267</sup> COPE foi implementado para 170 lares na **Pensilvânia, EUA**, para pessoas idosas com demência e seus cuidadores familiares. Em comparação aos controles, aqueles que receberam COPE apresentaram bem-estar significativamente maior (aumento na independência, atividade, qualidade de vida e menos sintomas neuropsiquiátricos), e seus cuidadores tiveram mais confiança para lidar com demência.<sup>268</sup>

Em parceria com os serviços de saúde do governo, ONGs, médicos particulares, comunidades e pesquisadores, COPE foi adaptado ao contexto de atenção domiciliar com financiamento público, em Connecticut. Foi implementado para 290 lares, que indicaram os benefícios financeiros potenciais, viabilidade e aceitabilidade para expansão. COPE foi também adaptado e implementado para uso na Austrália.<sup>269,270,271</sup>



## ALCANÇAR expandir e não deixar ninguém para trás

### REDE DE ENCAMINHAMENTOS PARA RETINOPATIA DIABÉTICA, REGIÃO LA LIBERTAD, PERU

O aumento global no número de casos de retinopatia diabética mostra a necessidade urgente de detecção precoce, diagnóstico adequado, e tratamento oportuno, para reduzir e evitar a perda de visão.<sup>272</sup> Uma melhor visão apoia todos os domínios da habilidade funcional. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde do Peru apoiaram um projeto para detecção precoce e encaminhamento para tratamento da retinopatia diabética, depois que uma pesquisa populacional identificou que as principais barreiras para evitar a cegueira prevenível e a má saúde ocular eram custo (26%) e falta de conhecimentos sobre tratamentos (24%).<sup>273</sup>

A iniciativa Rede de Encaminhamento para Retinopatia Diabética coordenada juntamente pelo governo, ONGs, ministério de saúde, provedores de serviço e pesquisadores, considerou todos os níveis de atenção em saúde (primário, secundário e terciário) ao avaliar e tratar a retinopatia diabética.<sup>272</sup> Através de rede de encaminhamento e tratamento no Peru, mais de 11.000 pessoas idosas diabéticas foram triadas em sua unidade de atenção primária, e cerca de 1.000 pacientes elegíveis receberam tratamento.<sup>274</sup> O programa mostrou que o tratamento efetivo e oportuno para retinopatia diabética é possível quando educação, triagem e cuidados estão completamente integrados no sistema de saúde.

O Peru está ampliando o programa para incluir pessoas que vivem em áreas rurais, com o objetivo de promover equidade ao eliminar as barreiras de acesso.



## ACELERAR O IMPACTO alcançar os objetivos dentro de um prazo

Propiciar detecção básica, diagnóstico e tratamento para as pessoas com um alto risco de DNTs oferece uma oportunidade para reduzir, de modo significativo, a carga das DNTs.<sup>260</sup> As iniciativas precisam ser aceleradas como mostra a pesquisa NCD Countdown [Contagem regressiva para DNTs], onde apenas 17 de 194 países estão atualmente no caminho certo para alcançar a meta de ODS 3.4 de “reduzir em um terço a mortalidade precoce por doenças não transmissíveis”.<sup>275,276</sup> As evidências mostram que a prevenção e o controle das DNTs continuam a ser relevantes nas faixas etárias mais velhas.<sup>260</sup> Como demonstrado abaixo, os governos de Índia, México e Vanuatu estão reorganizando a provisão de serviços de triagem básica, diagnóstico e tratamento, através de uma abordagem integrada, de vários níveis, que é inclusiva às pessoas idosas.

### AYUSHMAN BHAR AT, OU “ÍNDIA SAUDÁVEL”<sup>112</sup>

*The National Health Protection Scheme and Health and Wellness Centres* (“Índia Saudável”) é um programa para acelerar a saúde e bem-estar no país, ao eliminar barreiras de acesso aos serviços de cuidados integrais. O programa complementa o Programa Nacional para Saúde da Pessoa Idosa, que fornece, desde 2010, serviços preventivos, de promoção, curativos e de reabilitação dedicados, nos níveis primários, secundários e terciários, incluindo atenção domiciliar.

O “Índia Saudável” tem dois componentes principais: atenção primária universal (através de 150.000 centros de saúde e bem-estar, que oferecem serviços incluindo tratamento e prevenção de doenças transmissíveis e DNTs) e assistência financeira. Atualmente cobre os

custos médicos e despesas de hospitalização para 107,4 milhões de famílias de áreas rurais e urbanas, prestando serviços gratuitos em hospitais públicos e privados selecionados incluídos no programa. **Com o objetivo de promover o envelhecimento saudável, um dos 13 pacotes essenciais expandiu o foco da atenção às pessoas idosas aos idosos, incluindo cuidados paliativos.** É importante destacar que assim muda o foco da doença para o bem-estar.

### ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL DE VANUATU

Em Vanuatu, o governo está tomando medidas para acelerar o acesso a políticas e programas de envelhecimento saudável, e abordar as DNTs que podem levar à incapacidade. Isto inclui prevenir a amputação de pés de pessoas idosas diabéticas, que depois se tornam cadeirantes. Vanuatu está também reformulando seu sistema de saúde para promover a habilidade funcional e propiciar vida mais longa e mais saudável para as pessoas idosas, por meio de melhores cuidados de longo prazo. Esta abordagem empodera as comunidades locais e povoados, através de um enfoque da sociedade como um todo, com parcerias de vários níveis.

As iniciativas de envelhecimento saudável lançadas em Vanuatu, em 2019, incluem:

- triagem em massa para fatores de risco de DNTs e DNTs comuns;
- participação comunitária para identificar questões familiares e comunitárias, riscos e possíveis soluções;
- alcançar grupos não atendidos;
- liderança para envolver toda a comunidade de um povoado ou ilha.

### PROGRAMA NACIONAL DO MÉXICO EM PARA O ENVELHECIMENTO (2019-2024)<sup>277</sup>

O México tem uma parceria multissetorial integrada para mobilizar os recursos nacionais em três áreas de enfoque:

- melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados para as pessoas idosas;
- abolir a discriminação e violência contra as pessoas idosas;
- melhorar o bem-estar das pessoas idosas que são dependentes de cuidados, através de um sistema nacional de cuidados de longo prazo.

O objetivo do programa (Figura 4.11) é alcançar todas as pessoas idosas independentemente de sexo, condição socioeconômica, moradia, origem étnica ou incapacidade – que é crucial para capacitar as pessoas idosas para ter suas necessidades básicas atendidas. Os investimentos significativos nas campanhas de redes sociais pretendem conscientizar sobre discriminação no setor saúde, e aumentar a consciência das pessoas idosas de que seus direitos humanos devem ser respeitados. Além disso, o programa está ampliando a força de trabalho em saúde treinada para cuidados de longo prazo, e abordagens para melhorar a habilidade funcional das pessoas idosas.

**FIGURA 4.11**  
Programa nacional do México para o envelhecimento

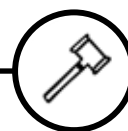


## AS INTERVENÇÕES CONSIDERADAS MAIS ADEQUADAS OU URGENTES IRÃO DEPENDER DO CONTEXTO.

O que tem que ser feito, e em que ordem, irá depender muito do contexto e prioridades nacionais. Porém, todas as atividades devem ser realizadas de modo a envolver as pessoas idosas e superar iniquidade e discriminação por idade.

O acesso desigual aos benefícios dessas intervenções pode ser decorrente de fatores individuais, como gênero, etnia, nível de educação, estado civil, lugar de residência ou estado de saúde. Também pode ser devido ao ambiente, que inclui os determinantes sociais da saúde de forma mais ampla. Juntos, irão influenciar quem tem oportunidades e quem poderá otimizar a habilidade funcional.

# 4



## IMPLICAÇÕES PARA POLÍTICAS

- Os casos do mundo todo destacam o que pode ser feito, e o que podemos aprender uns com os outros. A OMS agradecerá por ser informada sobre outras iniciativas ou pesquisas para promover o envelhecimento saudável, que abordem capacidade intrínseca, habilidade funcional, ou ambientes.
- Tanto as evidências como os casos destacam abordagens de pesquisa, tradução de conhecimento, desenvolvimento e expansão de programas com a participação das pessoas idosas, que os capacitem a usar suas habilidades e talentos, e busquem promover suas capacidades e bem-estar.
- Algumas intervenções promissoras irão demandar mais avaliações e revisão, enquanto novos conhecimentos são necessários em outras áreas. Desenvolver mais as recomendações que abordam todos os componentes do envelhecimento saudável relevantes para as pessoas idosas, contribuirá para diálogos sobre políticas durante a Década.
- Diversas atividades envolvendo as pessoas idosas estão em andamento em muitos países, enfatizando a necessidade dessa participação ser reconhecida e avaliada. Essas atividades irão embasar as ações nacionais e locais para acelerar o impacto.
- O envelhecimento saudável na presença de doença, incluindo as DNTs, reflete uma ênfase na otimização da habilidade funcional, mas também significa assegurar atenção coordenada, que trata a doença com foco nas metas pessoais dos indivíduos. A tendência emergente para transformar as abordagens baseadas na doença em programas centrados na pessoa, inclusivos às pessoas idosas, deve ser promovida e avaliada – junto com diversos setores e parceiros, incluindo a sociedade civil.
- A pesquisa sobre o envelhecimento saudável não deve se concentrar apenas nas questões de saúde. Novos conhecimentos são necessários para vincular os determinantes sociais, biológicos, econômicos e ambientais do envelhecimento saudável em todo o curso de vida. Isto deve refletir o aprendizado de estudos multipaíses, e experiências que captam as diversas necessidades e expectativas das pessoas idosas ..
- São também necessárias as sínteses de evidência que captam o que funciona, para melhorar todos os domínios da habilidade funcional, capacidade intrínseca e ambientes.
- Compreender o que pode ser feito e o que podemos aprender ao longo da vida contribuirá para aprimorar as trajetórias do envelhecimento saudável, que são inclusivas em todas as idades. Durante o curso da Década, a OMS, com os parceiros incluindo as pessoas idosas, espera ter um conjunto de intervenções e programas avaliados, que demonstrem ainda mais o impacto, com detalhes sobre o que funciona e porquê.

Como a Década do Envelhecimento Saudável começa, a participação ativa das pessoas idosas deve ser o novo normal. Os casos do mundo todo mostram que as pessoas idosas estão motivando mudanças e suas contribuições beneficiam suas famílias, comunidades, e a sociedade, assim como seu próprio bem-estar. Agora temos uma linha de base e devemos agir rapidamente para buscarmos o caminho certo para as melhorias que queremos ver ao final da Década, em 2030. Como a seção final desse relatório enfatiza, temos uma oportunidade para incrementar parcerias para mudança e acelerar o impacto até o próximo período de relatório, em 2023.



# 5

## UMA NOVA DÉCADA DE AÇÃO

Quais são os próximos passos?



---

# “Para promover o envelhecimento saudável, temos que trabalhar juntos. Isto deve ser nosso novo normal”.

*Diretor-geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, 28 de julho de 2020*

---

**Envelhecimento saudável é sobre criar as oportunidades que permitem as pessoas serem e fazerem o que valorizam ao longo de sua vida.** Este relatório é uma linha de base, preparando o terreno para a Década. Os casos no relatório demonstram como as pessoas idosas, idosos e formuladores de políticas, governos e a sociedade civil, famílias e as comunidades, serviços de saúde e municípios, pesquisadores e empreendedores, e outros colaboradores e partes interessadas, estão aprendendo e trabalhando em conjunto nos países no mundo todo.

**Mas temos que acelerar as ações para alcançar todas as pessoas idosas e acelerar o impacto para otimizar a habilidade funcional.** É necessária ação urgente para assegurar que toda as pessoas idosas possam ter suas necessidades básicas atendidas. A Década identifica quatro áreas prioritárias para ação – 1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; 2) garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; 3) entregar prestar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas; e 4) propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem.

**É também preciso manter compromissos e parcerias para mudança de modo a realizar as melhorias que queremos ver até 2030.** A Década identifica quatro facilitadores – 1) escutar diversas opiniões e permitir engajamento participativo das pessoas idosas, familiares, cuidadores, e comunidades; 2) criar liderança e capacitação em todos os níveis para ação integrada em todos os setores; 3) conectar diversas partes interessadas em todo o mundo, para compartilhar e aprender com a experiência dos outros; e 4) fortalecer dados, pesquisa e inovação para agilizar a implementação. A via introduzida neste relatório descreve os passos para reunir esses facilitadores, para acelerar a implementação e otimizar a habilidade funcional.

**Acelerar o impacto requer aprendizagem com as práticas nos países.** O envelhecimento saudável é um processo dinâmico, que inclui todas as pessoas idosas e demanda uma abordagem de todo o conjunto da sociedade. As narrativas ao longo da diretriz abordam cada domínio da habilidade funcional (ou seja, atender as necessidades básicas, aprender e tomar decisões, ter mobilidade, construir e manter relacionamentos, e contribuir para famílias, comunidades ou sociedade) e aprendizagem com as abordagens baseadas em doença. As narrativas demonstram o que pode ser feito com as pessoas idosas que impulsionam mudança, o que precisa ser avaliado, e como países e outras partes interessadas estão expandindo ações para aumentar o impacto.



# 2023 É O PRÓXIMO MARCO PARA A DÉCADA

**Acelerar o impacto requer coerência de políticas em toda a OMS e alinhamento com a Organização das Nações Unidas, influenciados pela visão de um mundo em que todas as pessoas possam ter uma vida longa e saudável.** Isto inclui coordenação baseada em valores e metas compartilhados, e colaboração para apoiar governos e partes interessadas, para implementar a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 da ONU, com ações que alcancem todas as pessoas idosas.

A missão da OMS de promover saúde, manter o mundo seguro, e atender os vulneráveis tem três metas audaciosas dentro de seu Programa Geral de Trabalho atual, para melhorar a saúde de bilhões de pessoas. Este é um marco importante na direção da Agenda 2030.<sup>44,120,145,146</sup>

Os índices dos Três Bilhões são também muito relevantes para nossos esforços coletivos de promover o envelhecimento saudável, e acelerar o impacto mensurável na vida das pessoas idosas. Atingir as metas dos Três Bilhões irá aumentar ganhos irreversíveis e mensuráveis, impulsionando a transformação prevista durante a Década, e trabalhando de perto com a ONU, em todos os níveis. As oportunidades para fortalecer a visibilidade das pessoas idosas em cada bilhão são apresentadas.<sup>145,146</sup>

**A missão da OMS de promover saúde, manter o mundo seguro, e atender os vulneráveis, tem três metas audaciosas para melhorar a saúde de bilhões de pessoas.**

## UM BILHÃO A MAIS DE PESSOAS BENEFICIDAS PELA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

Para a relevância programática de alcançar **um bilhão a mais de pessoas beneficiadas pela cobertura universal de saúde**, acelerar o impacto requer aumento das intervenções que cheguem a todas as pessoas idosas que se beneficiariam. A cooperação com países para avançar a cobertura universal de saúde para pessoas de todas as idades é também enfatizada no Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-estar, e na Declaração Política da Reunião de Alto Nível sobre Cobertura Universal de Saúde.

As ações lideradas pelos sistemas de saúde e assistência social são destacadas nas narrativas na Seção 4. Para apoiar as mudanças nos sistemas, são necessárias ferramentas práticas que levam em consideração as pessoas idosas, bem antes de 2023, para projetar e monitorar a prestação de serviços que abordam a capacidade intrínseca e contribuem para otimizar a habilidade funcional.<sup>278</sup> Uma ferramenta, o Compêndio de Cobertura Universal de Saúde (→ 5.1), será lançado em dezembro de 2020. Os mecanismos para financiar esses serviços devem ser fortalecidos, sem ônus adicional para as pessoas idosas e suas famílias. Portanto, os mecanismos nacionais sustentáveis de financiamento público e, quando necessário, assistência ao desenvolvimento que reconheça cada faixa etária, deve ter uma parcela justa dos recursos (→ 5.2).<sup>279</sup>



5.1



## COMPÊNDIO DE COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

### Serviços para beneficiar mais pessoas, inclusive as pessoas idosas

O Compêndio de Cobertura Universal de Saúde contém uma lista abrangente de cerca de 5.000 intervenções de saúde, em um formato padronizado.<sup>280</sup> **Os países podem olhar este catálogo e são incentivados a ampliar seus pacotes de benefícios de cobertura universal de saúde para um conjunto abrangente de serviços** para as pessoas idosas. O Compêndio baseia-se em orientação existente da OMS, e traz intervenções para lidar com condições e necessidades comuns no curso de vida. Inclui informações sobre os grupos de beneficiários, efetividade e implicações de recursos, e orientações para os países desenvolverem pacotes de serviços e benefícios. Para as necessidades de saúde e assistência social das pessoas idosas, o Compêndio inclui serviços que refletem uma abordagem integrada para promover o envelhecimento saudável.

A estrutura do Compêndio de Cobertura Universal de Saúde permite aos usuários mapear intervenções e suas ações associadas, conforme o contexto local e em diferentes plataformas de entrega. As ações descritas no Compêndio estão vinculadas a produtos e competências de força de trabalho de saúde, e a requisitos para alocação de recursos no sistema de saúde. As recomendações baseadas em evidência para abordar as necessidades específicas de saúde das pessoas idosas – incluindo as intervenções de Atenção

**Ao incluir as intervenções ICOPE, o Compêndio apoia o envelhecimento saudável, ao tratar as condições prioritárias associadas aos declínios em todos os domínios da capacidade intrínseca, inclusive perda de audição e visão.**

Integrada para as Pessoas Idosas (ICOPE) da OMS – podem ser facilmente encontradas no Compêndio. Ao incluir as intervenções ICOPE, o Compêndio apoia o envelhecimento saudável, ao tratar as condições prioritárias associadas aos declínios em todos os domínios da capacidade intrínseca, inclusive perda de audição e visão. O Compêndio também inclui entradas específicas para tratamento de doenças crônicas, e lesões – que também são relevantes para as pessoas idosas.



## Assistência ao desenvolvimento por faixas etárias, em relação à carga de doença

O fluxo da assistência ao desenvolvimento para saúde (DAH, do inglês development assistance for health) por faixas etárias ou condições específicas poderia ser mais bem pareado com carga de doença (morbidade e mortalidade) nas faixas etárias (Figura 5.1).<sup>281</sup> DAH beneficia as pessoas idosas.<sup>282,283</sup> Porém, é mais voltado para as faixas etárias mais jovens que envelhecidas, em relação a sua carga de doença. Sem esforços coordenados, estima-se que esta discrepância aumente ainda mais até 2030-2040.<sup>284</sup>

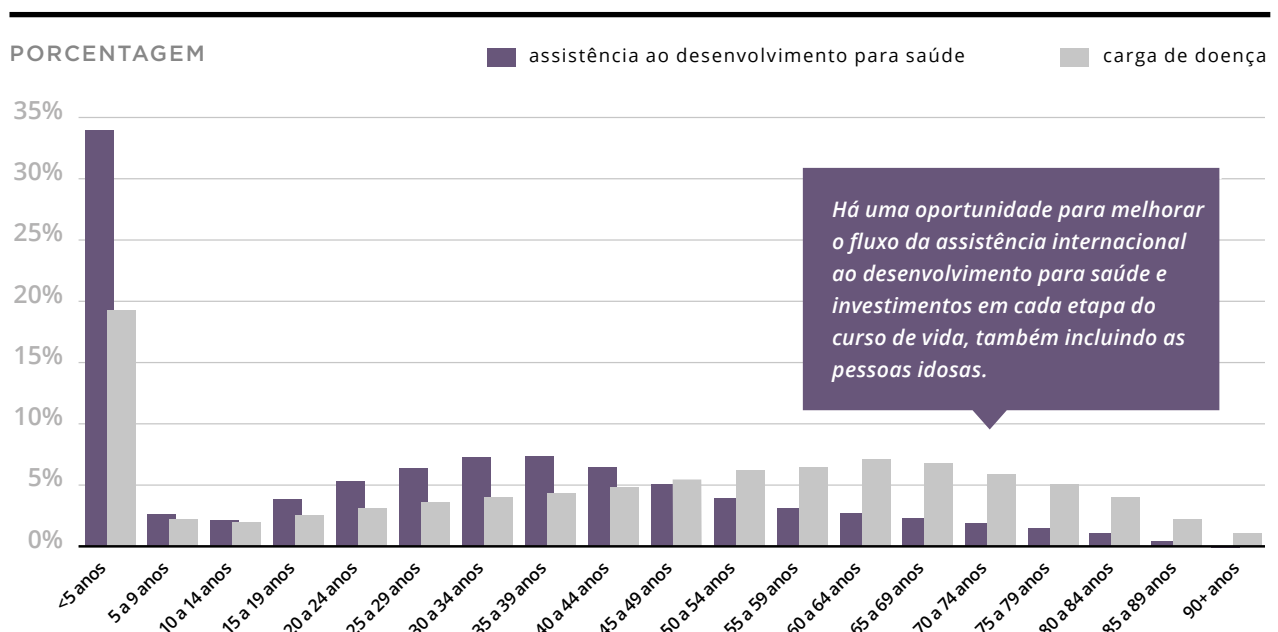
Esta disparidade está no contexto mais amplo do fluxo de assistência ao desenvolvimento internacional para saúde. Do total de 40,6 bilhões de dólares americanos em DAH para 2017, 32% foram para saúde materna, neonatal e infantil; 25% para HIV/AIDS; pouco mais de 6% para malária, 4% para tuberculose, quase 6% para outras doenças infecciosas, e menos de 2% para DNTs. Menos de 14% foram alocados para o fortalecimento de sistemas de saúde ou apoio a todo o setor.

Outras ideias sobre as oportunidades de investimentos em cada etapa do curso da vida podem identificar quais ações estimulam as trajetórias positivas de desenvolvimento e envelhecimento saudável (por exemplo, formar capacidade intrínseca quando mais jovem, inclusive reservas, e abordagens para retardar declínios e desacelerar a taxa de eventuais declínios).

Cada país pode usar informações sobre a carga de doença nas faixas etárias como parte da descrição do contexto nacional, e identificar o que pode ser feito – incluindo reduzir as dificuldades financeiras. Isto pode ser discutido com os parceiros de desenvolvimento e as partes interessadas do país, de modo a garantir que os dados e as informações sejam integrados nos processos de planejamento nacionais, orçamentos, captação de recursos e definição de marcos.

### FIGURA 5.1

Assistência ao desenvolvimento para saúde e carga de doença em 2017, por faixas etárias<sup>283</sup>



## UM BILHÃO A MAIS DE PESSOAS MAIS PROTEGIDAS DAS EMERGÊNCIAS DE SAÚDE

Para a relevância programática de alcançar **um bilhão a mais de pessoas mais protegidas das emergências de saúde**, a aceleração do impacto deve incluir como prevemos e respondemos a emergências naturais e produzidas pelo homem, e a outros fatores ambientais.

O começo da Década mostrou os pontos fortes das pessoas idosas ao tratar a pandemia de COVID-19. Isto salienta a necessidade de abordar a combinação nociva de discriminação por idade, idadismo, e comorbidades que aumentaram a susceptibilidade das pessoas idosas à doença, e sua gravidade nesta faixa etária, e resultou em taxas de mortalidade consideravelmente maiores até novembro de 2020. Também destaca a importância de aprender e influenciar as abordagens baseadas em doença, e avaliar o funcionamento de forma mais integral para apoiar a



## A relevância das quatro áreas de ação da Década para COVID-19<sup>285</sup>

A pandemia no começo desta década enfatiza intensamente a importância de foco, investimento e ação orquestrados e constantes, para estimular o envelhecimento saudável. **O que podemos fazer?**

1


### Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento

Deve-se aumentar os esforços para combater o idadismo em todas as políticas, contextos e práticas, chamar atenção para estereótipos negativos, preconceitos e discriminação por idade, violência contra pessoas idosas, inclusive durante isolamento e restrições de deslocamentos. A Década oferece uma oportunidade para atrair a mídia, atualizar informações, e promover a solidariedade entre as gerações, em vez jogá-los uns contra os outros. “Nenhuma pessoa, jovem ou idosa, é dispensável”.

2

### Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas

Uma resposta rápida ao ambiente em transição causado pela COVID-19 requer alavancar a infraestrutura existente nas cidades e as comunidades para: 1) identificar quem corre risco; 2) difundir informações; 3) suprir as necessidades básicas de alimentos, dinheiro e medicamentos; 4) implementar mecanismos para o apoio social; e 5) manter a saúde e assistência social. As estratégias devem ser elaboradas em estreita colaboração com os provedores locais de serviço, negócios, sociedade civil e redes comunitárias (incluindo associações de pessoas idosas) para determinar ação efetiva para interromper a transmissão local da COVID-19, e mitigar os impactos secundários da pandemia.

prevenção e o tratamento da doença. Para nos prepararmos para o próximo desafio, devemos incorporar o aprendizado desta pandemia. As quatro áreas de ação prioritárias da Década podem ajudar a desenvolver uma resposta acelerada e recuperação que envolve as pessoas idosas e suas famílias  **5.3**. Um aumento até 2023 poderia nos colocar no caminho certo para ver as melhorias até 2030; ao passo que a falta de atenção nesta área pode contribuir para estagnação ou deterioração.

3

### Entregar Prestar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas

Cuidados de atenção primária centrados na pessoa, não discriminatórios, acessíveis e integrados à assistência social devem apoiar as comunidades para promover e manter as capacidades das pessoas idosas, durante e depois da pandemia. A expansão dos cuidados integrados para as pessoas idosas irá demandar investimento e transformação dos sistemas de saúde. Isto requer incluir as pessoas idosas nos estudos clínicos, desenvolver novas tecnologias e aplicação prática de telessaúde/telemedicina, e trabalhar com os setores fora da saúde para criar oportunidades para as pessoas desenvolverem e manterem capacidades e habilidades.

4

### Propiciar acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem **3.2**

Para aumentar a disponibilidade de cuidados de longo prazo, as atividades durante a Década irão: 1) acelerar o desenvolvimento de diretrizes relevantes, caixas de ferramentas e boas práticas; 2) defender mais recursos humanos e financiamento, e para padrões de moradia e governança nesses locais; e 3) intensificar os esforços para melhores dados desagregados sobre os serviços e instalações de cuidados de longo prazo. A Década pode aprender as lições da pandemia – incluindo como priorizar o teste de pessoas suscetíveis nestas situações – e resultar em ações concretas, para prestar serviços sustentáveis e equitativos, de cuidados a longo prazo, inclusive nos domicílios e nas comunidades.

## UM BILHÃO A MAIS DE PESSOAS GOZANDO DE MAIS SAÚDE E BEM-ESTAR

Para a relevância programática de alcançar **um bilhão a mais de pessoas gozando de mais saúde e bem-estar**, uma ampla gama de determinantes pode ser abordada na perspectiva das pessoas idosas, incluindo ar limpo e água, estradas seguras, nutrição, violência doméstica e maus-tratos às pessoas idosas. Como os casos neste relatório ilustram, o impacto requer coordenação multissetorial e captação de inovação, e o setor saúde frequentemente, mas nem sempre, está na liderança.

Assegurar a participação de tomadores de decisão, pessoas idosas e partes interessadas em cada país é fundamental para acelerar as ações e o impacto, que não deixam ninguém para trás. As ações devem fortalecer as conexões entre as diferentes atividades em cada jurisdição. Uma oportunidade é buscar sinergias entre diferentes redes de cidades e comunidades em relação ao que esses compromissos podem fazer para promover o envelhecimento saudável → 5.4.

Outras oportunidades para alinhar os compromissos com as da Década devem ser buscadas implacavelmente.



### Empoderar cidades e comunidades para estimular a saúde e o bem-estar das pessoas idosas

Há várias redes de cidades e comunidades no mundo, nas regiões e dentro de cada país. Deve-se buscar sinergias para acelerar o impacto na vida das pessoas idosas em cada comunidade, e alcançar as pessoas em todos os países. As redes no âmbito global incluem:

- **Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas - OMS<sup>286</sup>** Estimula a plena participação das pessoas idosas na vida comunitária e promove o envelhecimento saudável e ativo → 2.14.
- **Cidades Saudáveis - OMS<sup>287</sup>** Trabalha para destacar a saúde nas agendas sociais, econômicas e políticas dos governos municipais.
- **Parceria para Cidades Saudáveis<sup>288</sup>** Compromete-se a salvar vidas ao prevenir as DNTs e lesões, por meio de 14 intervenções.

Outras redes globais estão relacionadas ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 11<sup>120</sup> da ONU, sobre cidades sustentáveis (por exemplo, meio ambiente, social e econômico). Há também redes de cidades inteligentes que enfatizam o papel da tecnologia e desenho – na melhoria da interação entre as pessoas e seus ambientes – como essencial para otimizar a habilidade funcional. Assegurar que essas redes incluam as pessoas idosas é vital → 2.15.

A OMS fornece orientação<sup>173</sup> para muitas redes e participa através de diferentes iniciativas, como as iniciativas amigáveis à demência,<sup>289</sup> que capacitam as pessoas com demência e seus cuidadores para participar plenamente na sociedade e ter seu lugar, promovendo uma sociedade inclusiva com as demências.



## PRÓXIMAS ETAPAS

A tarefa da Década reconhece que aquilo que é mensurado leva à ação.

Acompanhar os avanços ao longo da Década irá avaliar a visão e as áreas de ação, e continuar a ampliar outros instrumentos de políticas globais da OMS e da ONU, para incluir as pessoas idosas. Junto com parceiros, a OMS oferecerá ferramentas inovadoras, inclusive uma plataforma online<sup>290</sup> para compartilhar conhecimento e apoiar diversas partes interessadas, para interagir e implementar as ações e um portal de dados,<sup>291</sup> incluindo informações sobre indicadores globais com foco nas pessoas idosas, envelhecimento saudável e compromissos nacionais.

Os Estados Membros serão incentivados a produzir e difundir dados, compartilhar relatórios, e organizar eventos para discutir o progresso e adaptar planos. Os relatórios de progresso também irão utilizar o mecanismo de notificação para o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madri,<sup>292</sup> monitoramento nacional de envelhecimento saudável, e revisões nacionais sobre avanços em relação aos ODS, incluindo notificação de dados desagregados dos indicadores de ODS e metas. Os relatórios de progresso sobre a implementação da Década do Envelhecimento Saudável da OMS serão compilados pela OMS, em colaboração com o Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos Nações Unidas, o Fundo de População das Nações Unidas, outros escritórios das ONU, departamentos e órgãos especializados, e partes interessadas relevantes, incluindo organizações internacionais e regionais, sociedade civil, setor privado, comunidade acadêmica e a mídia.

Espera-se que o próximo (2023) relatório coincida com a conclusão do Décimo Terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS, e esteja alinhado à Quarta Revisão Global do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madri<sup>293</sup>. Posteriormente haverá uma revisão intermediária, em 2026, e uma outra análise, em 2029, antes do final da Década. Um relatório final será alinhado à Agenda 2030 da ONU.

A próxima etapa no monitoramento do progresso aumentará a visibilidade das pessoas idosas dentro dos ODS, e nos indicadores de ODS e metas, ao produzir uma estrutura e abordagem analítica, que utilizam uma ampla gama de fontes

de informação. Esperada em 2021, esta estrutura refletirá a perspectiva das pessoas idosas. A estrutura será desenvolvida com parceiros da ONU, instituições nacionais, incluindo departamentos nacionais de estatística,<sup>294</sup> e organizações da sociedade civil.

### **As estimativas da linha de base indicam que pelo menos 142 milhões de pessoas idosas atualmente não conseguem ter suas necessidades básicas atendidas.**

Devemos trabalhar em conjunto para garantir que todas as necessidades básicas das pessoas idosas sejam atendidas, e para promover todas as capacidades que contribuem para o bem-estar desta população. Este é o cerne do envelhecimento saudável e o que nos comprometemos conjuntamente a impulsionar durante a Década, de modo a termos sociedades inclusivas, onde as pessoas idosas sejam os motivadores de mudanças.

O número de pessoas idosas aumentará constantemente ao longo da Década. Como indivíduos, incentivamos e apoiamos nossas tias e tios, pais, mães, avós e avós, para terem vida mais longa, dignas e com significado, e esperamos o mesmo para nós mesmos, nossas irmãs e irmãos. Desejamos este destino para nossos filhos(as), sobrinhas e sobrinhos e seus filhos(as) – viver em um mundo onde todas as pessoas são aceitas em qualquer idade, e todos podem ser e fazer o que valorizam ao longo de sua vida.

*Na Década, assumimos o compromisso de trabalharmos juntos, com as pessoas idosas mostrando o caminho, para transformar as sociedades e todas as pessoas terem a mesma liberdade*



Nossa visão  
é um mundo onde  
**todas as pessoas**  
possam viver uma vida  
**longa e saudável.**



## ANEXO 1

### Descrição do Envelhecimento Saudável – cada componente e seus domínios

A habilidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente onde vive a pessoa, e como as pessoas interagem com seu ambiente. Para os três componentes do envelhecimento saudável, cada um dos cinco domínios identificados é descrito, em detalhes, a seguir.

#### HABILIDADE FUNCIONAL: CINCO DOMÍNIOS INTERRELACIONADOS

##### Capacidade de ter as necessidades básicas atendidas

Dentre as capacidades, talvez a mais fundamental para as pessoas idosas seja administrar e atender suas necessidades imediatas e futuras, para garantir um padrão de vida adequado, conforme definido no Artigo 25 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas*.<sup>150</sup> Esta capacidade inclui as pessoas idosas poderem comprar alimentos adequados, roupas, ter moradia apropriada, e serviços de saúde e cuidados de longo prazo. Também inclui ter apoio para minimizar o impacto de choques econômicos que podem ocorrer com doenças, incapacidade, perda de cônjuge, ou o meio de sustento.

A incapacidade das pessoas idosas de ter suas necessidades básicas atendidas pode ser tanto causa como efeito da capacidade reduzida. Mas seus ambientes também desempenham um papel crucial. As “políticas sociais precárias, arranjos econômicos injustos [onde os ricos e saudáveis ficam ainda mais ricos, e os pobres, já com maior probabilidade de adoecer, ficam mais pobres] e política ruim” tornam o suprimento de necessidades básicas na velhice muito mais difícil e, portanto, reduzem o que as pessoas idosas podem e poderiam fazer.<sup>13,27</sup>

##### Capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões

A capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões incluem os esforços para continuar a aprender e aplicar conhecimentos, participar de resolução de problemas, continuar o desenvolvimento pessoal, e ser capaz de fazer escolhas. A aprendizagem contínua capacita as pessoas idosas a adquirir conhecimentos e habilidades para administrar sua saúde, manter-se atualizado sobre os avanços de informação e tecnologia, participar (por exemplo, como trabalho ou voluntário), adaptar-se ao envelhecimento (por exemplo, aposentadoria, viuvez ou tornar-se um cuidador), manter sua identidade e continuar interessado na vida. O desenvolvimento pessoal contínuo – mental, físico, social e emocional – é importante para capacitar as pessoas idosas a fazer o que valorizam, e a capacidade de tomar decisões é fundamental para a sensação de controle das pessoas idosas.

A idade está associada a mudanças positivas e negativas na capacidade (ou as percepções das mudanças), que influenciam essas habilidades. As pesquisas mostram que, com o avançar da idade, vários processos cognitivos deterioram, incluindo a velocidade de processamento, memória de trabalho, funções executivas, atenção e inibição. Em contraste, os processos cognitivos automáticos e intuitivos permanecem estáveis ou até melhoram. De modo semelhante, o desenvolvimento social e emocional geralmente aumenta com a idade. O investimento nessas capacidades pode ter impactos positivos em todos os aspectos da vida: saúde, recreação, relacionamentos, vida cívica e de trabalho. As capacidades de aprender, desenvolver e tomar decisões estão fortemente associadas à autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência das pessoas idosas.

## Capacidade de ter mobilidade (locomover-se)

A capacidade de ter mobilidade é importante para o Envelhecimento Saudável. Refere-se a movimento em todas as formas, conduzido pelo corpo (com ou sem um dispositivo assistivo) ou por um veículo. A mobilidade inclui levantar-se de uma cadeira, ou passar da cama para uma cadeira, caminhar por lazer, exercitar-se, fazer tarefas diárias, dirigir um carro e usar transporte público. A mobilidade é necessária para fazer atividades de casa; ter acesso a lojas, serviços e estabelecimentos na comunidade (como parques); e participar de atividades sociais e culturais. As mudanças nas capacidades físicas e mentais são comuns em pessoas idosas e podem limitar a mobilidade. Porém, pode-se aumentar a capacidade, e os ambientes têm o poder de ampliar o que uma pessoa pode fazer. Isso seria mais facilmente demonstrado pela capacidade de ter mobilidade.

A mobilidade é influenciada não só pela capacidade intrínseca das pessoas idosas e os ambientes que habitam, como também pelas escolhas que fazem. As decisões sobre a mobilidade são, por sua vez, definidas pelas áreas edificadas, pelas atitudes das pessoas idosas e outros, e ambos tendo uma motivação e meios para ter mobilidade (como usar dispositivos assistivos ou transporte). Por meio de políticas inclusivas e serviços sustentáveis, a mobilidade pode capacitar pessoas de todas as idades. Chegar aonde uma pessoa quer ir é relevante para todos os domínios da habilidade funcional, especialmente as interrelações.

## Capacidade de construir e manter relacionamentos

Manter relacionamentos é frequentemente identificado pelas pessoas idosas como central a seu bem-estar, e à medida que as pessoas envelhecem, dão mais prioridade a esta capacidade. Um leque de relacionamentos é importante para as pessoas idosas, incluindo suas relações com os filhos e outros familiares, relacionamentos íntimos, e relações sociais informais com amigos, vizinhos, colegas e conhecidos, assim como relacionamentos mais formais com provedores de serviços comunitários.

Esta habilidade é também extremamente interligada a todas as outras capacidades, e pode ter um impacto sobre elas. Por exemplo, a quantidade e a qualidade das relações interpessoais, os níveis de confiança dentro delas, e o sentimento de pertencimento a uma rede de pessoas, com interesses compartilhados, podem influenciar o aproveitamento de outras capacidades, como ter mobilidade e contribuir para a comunidade. A capacidade de construir e manter relacionamentos e redes sociais está estreitamente relacionada a uma variedade de competências, incluindo as capacidades para formar novas relações e de se comportar de maneira socialmente adequada. Está também muito relacionada com os níveis de capacidade intrínseca. Ao enfrentar o declínio de capacidade, as pessoas idosas podem ter dificuldade de manter as redes sociais, que ficam ainda mais reduzidas.

## Capacidade de contribuir

Esta capacidade cobre inúmeras contribuições que as pessoas idosas dão para suas famílias e comunidades – como ajudar amigos e vizinhos, mentoria de pares e de jovens, e cuidar de familiares e da comunidade, de forma mais abrangente. A capacidade de contribuir é estreitamente associada à participação em atividades sociais e culturais.

Oferecer-se como voluntário e trabalhar são duas maneiras importantes dos adultos se realizarem na velhice, e são usados nesta seção para ilustrar a capacidade de contribuir. O termo “trabalho” é utilizado em seu sentido mais amplo, e inclui trabalho não remunerado em casa, ou em uma empresa familiar, trabalho remunerado para uma outra pessoa ou organização na economia formal ou informal, e trabalho autônomo. Voluntariado é trabalho não remunerado que as pessoas idosas decidem fazer para pessoas fora do seu domicílio e para a comunidade.

Embora a ênfase das políticas em muitos países seja ampliar as capacidades das pessoas idosas de contribuir, isso requer outras capacidades a serem aprimoradas, como pré-requisitos. Demanda também uma variedade de políticas e práticas que facilitam a capacidade das pessoas idosas de trabalhar e se oferecer como voluntárias, de modo que promovam o Envelhecimento Saudável.

## CAPACIDADE INTRÍNSECA: CINCO DOMÍNIOS INTERRELACIONADOS

### Capacidade locomotora (movimento físico)

A capacidade física de uma pessoa para movimentar seu corpo é denominada capacidade locomotora, e é essencial para permitir que tenha mobilidade, mantenha independência e evite a dependência de cuidados. A capacidade locomotora é caracterizada pelas funções das articulações, ossos, reflexos e força muscular. As medidas de locomoção incluem velocidade da marcha – ou seja, o tempo que uma pessoa leva para caminhar uma distância específica, um teste de equilíbrio, um teste de levantar da cadeira, e outros testes de desempenho físico. Alguns medicamentos podem dificultar o movimento ou interferir no equilíbrio e, às vezes, não são necessários ou efetivos para uma pessoa específica. A dor persistente pode limitar o movimento ou mesmo impedir exercícios. É importante reconhecer esses fatores ao avaliar a capacidade locomotora. Declínios na capacidade locomotora podem ocorrer devido a alterações na massa ou densidade óssea, e podem progredir a ponto de aumentar o risco de fraturas de forma significativa. Melhorias podem ocorrer com exercícios.

### Capacidade sensorial (inclui visão e audição)

Refere-se à capacidade do sistema nervoso sensorial de processar informações e responder a estímulos. Compreende as funções dos sentidos – visão, audição, paladar, olfato e tato. A visão permite que as pessoas tenham mobilidade, interajam com o ambiente com segurança, e mantenham contato social e independência. Algumas causas comuns de deficiência visual incluem: miopia e hipermetropia, catarata, glaucoma e degeneração macular. A audição ajuda as pessoas a se comunicar, manter autonomia, e manter saúde mental e funções cognitivas. A perda de audição sem tratamento dificulta a comunicação e pode levar ao isolamento social. Problemas sensoriais em geral podem ser tratados de forma efetiva, com estratégias simples e acessíveis.

### Vitalidade (inclui energia e equilíbrio)

O termo “vitalidade” é usado para descrever o estado biofisiológico de um indivíduo e a capacidade de manutenção da homeostase nas exposições usuais diárias, assim como desafios mais extremos e raros ou inesperados, como lesão ou infecção. Portanto, vitalidade poderia ser conceitualizada como a quantidade de capacidade intrínseca que pode ser retida, e pode ser considerada como a base de resiliência de uma pessoa aos desafios, vigor e energia. Nutrição é um dos fatores chave para manter vitalidade na idade mais avançada. As deficiências sensoriais (por exemplo, diminuição do paladar e olfato), saúde oral precária, isolamento, solidão e depressão – separados ou em conjunto – podem aumentar o risco de desnutrição nas pessoas idosas.

### Capacidade cognitiva

A capacidade cognitiva refere-se à capacidade de uma pessoa desempenhar diversas funções mentais, incluindo, mas não limitado a funções de orientação, manutenção e desvio de atenção, psicomotora, memória, linguagem, cálculo, pensamento; e funções cognitivas de nível mais alto que envolvem tomada de decisão, pensamento abstrato, planejar e executar, e decidir que comportamentos são apropriados e em quais circunstâncias. A variação das funções cognitivas e os padrões heterogêneos de modificação com o avançar da idade são influenciados por muitos fatores, como condição socioeconômica, estilo de vida, presença de doença crônica e o uso de medicamentos.

### Capacidade psicológica

A capacidade psicológica está relacionada principalmente às funções emocionais – ou seja, as funções mentais relacionadas com sentimento e componentes afetivos do processo mental. Os “sintomas depressivos” (estado de diminuição do humor ou depressão subliminar), são um aspecto importante da capacidade psicológica para as pessoas idosas que apresentam dois ou mais sintomas simultâneos de depressão, na maior parte do tempo ou constantemente, por pelo menos duas semanas, mas que não atendem os critérios diagnósticos de depressão maior. Outros aspectos, como ansiedade, traços de personalidade, enfrentamento positivo, também demandam medidas complexas. Os sintomas depressivos são mais comuns em pessoas idosas com doenças crônicas e incapacitantes, em isolamento social ou que são cuidadores responsáveis por cuidados complexos.

## AMBIENTES: CINCO DOMÍNIOS INTERRELACIONADOS

### Produtos e tecnologia

Refere-se a produtos ou cadeia de produtos naturais ou manufaturados, equipamentos e tecnologia no ambiente próximo de pessoas, que são coletados, criados, produzidos ou manufaturados. Podem incluir produtos e tecnologia para mobilidade pessoal em áreas internas e externas, transporte, e para capacidades pessoais sensoriais. Os exemplos de produtos assistivos incluem aparelhos auditivos, cadeiras de rodas, auxílios de comunicação, óculos, próteses, caixa organizadora de medicamentos, e auxílios de memória. O objetivo é reduzir os declínios nas capacidades e otimizar a habilidade funcional.

### Áreas naturais e edificadas

Refere a elementos animados e inanimados do ambiente natural ou físico, e componentes desse ambiente que foram modificados por pessoas, assim como características de populações humanas dentro desse ambiente. Podem incluir fatores como clima, qualidade do ar, luz e som; assim como eventos naturais ou causados pelo homem, que podem acarretar ruptura no ambiente físico e na rotina de um indivíduo. Os ambientes do bairro abrangem fatores das áreas edificadas e elementos geográficos que refletem os graus de inclusão e segurança.

### Apoio e relacionamentos

As pessoas ou animais podem dar apoio físico ou emocional prático, promover, acolher, proteger, auxiliar nas relações com outras pessoas, em seu lar, local de trabalho, ou em outros aspectos de suas atividades diárias. O fator ambiental descrito não é pessoa ou animal, mas a quantidade de apoio físico e emocional dado pela pessoa ou pelo animal.

### Atitudes

As atitudes são as consequências observáveis de costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças factuais e crenças religiosas. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e vida social em todos os níveis, de relações interpessoais e associações comunitárias, a estruturas políticas, econômicas e legais. Atitudes individuais ou societárias podem motivar práticas honoríficas ou práticas negativas e discriminatórias. As atitudes são de pessoas externas ao indivíduo cuja situação está sendo descrita. Idadismo é o estereótipo, preconceito e discriminação por idade. As atitudes autodirigidas relacionados a esse preconceito também configuram comportamentos e escolhas feitas pelas pessoas de todas as idades.

### Serviços, sistemas e políticas

**Os serviços** fornecem benefícios, programas e operações estruturados, em diversos setores da sociedade, com o objetivo de atender às necessidades das pessoas, incluindo as pessoas idosas. Os serviços podem ser públicos, privados ou voluntários, e podem ser estabelecidos no âmbito local, comunitário, regional, estadual, nacional ou internacional, por indivíduos, associações, organizações, agências ou governos. As pessoas que prestam os serviços também estão incluídas.

**Os sistemas** dizem respeito ao controle administrativo e mecanismos organizacionais, estabelecidos por governos municipais, regionais, nacionais e internacionais – ou por outras autoridades reconhecidas – que buscam organizar, controlar e monitorar serviços. A conexão entre os sistemas de saúde e de assistência social é relevante para muitas pessoas idosas.

**As políticas** são formadas por regras, regulamentações, convenções, normas e mecanismos financeiros estabelecidos por governos municipais, regionais, nacionais e internacionais, ou por outras autoridades reconhecidas. As políticas regem e regulamentam os sistemas, e não devem codificar a discriminação em idade.

## ANEXO 2

**Os países com as pontuações ou itens disponíveis,  
número de homens e mulheres incluídos na amostra  
e população do país**

	Dados comparáveis		Pessoas incluídas na amostra do estudo			Totais de população do país	
	Algumas necessidades básicas: 3 elementos	Força de apreensão manual/ recordação tardia de palavras	Homens de 60 anos ou mais	Mulheres de 60 anos ou mais	Total de participantes em amostra de estudo do país	População	População com 60 anos ou mais
África do Sul	X	X	1 335	1 745	3 080	2 078 000	576 000
Alemanha	X	X	1.450	1.513	2.963	83.784.000	23.991.000
Áustria	X	X	1.137	1.622	2.759	9.005.000	2.310.000
Bélgica	X	X	1.706	2.026	3.732	11.591.000	2.969.000
Brasil	X	X	2.172	3.260	5.432	212.559.000	29.857.000
Bulgária	X	X	611	830	1.441	6.949.000	1.959.000
Canadá	X	X	8.950	8.899	17.849	37.742.000	9.398.000
Chile	X		1.390	2.119	3.509	19.116.000	3.321.000
China	X	X	4.814	4.923	9.737	1.439.323.000	249.777.000
Chipre	X	X	401	551	952	1.206.000	238.000
Costa Rica	X		1.247	1.414	2.661	5.093.000	767.000
Croácia	X	X	828	956	1.784	4.105.000	1.161.000
Dinamarca	X	X	1.119	1.283	2.402	5.791.000	1.513.000
Eslováquia	X	X	554	583	1 137	5 460 000	1 273 000
Eslovênia	X	X	1.335	1.745	3.080	2.078.000	576.000
Espanha		X	415	912	1 327	59 307 000	5 062 000
Estados Unidos	X	X	970	1 108	2 078	8 657 000	2 189 000
Estônia	X	X	1.550	2.542	4.092	1.326.000	356.000
Finlândia	X	X	669	749	1.418	5.539.000	1.606.000
França	X	X	1.159	1.564	2.723	65.274.000	17.520.000
Gana		X	1.012	1.256	2.268	31.070.000	1.642.000
Grécia	X	X	1.161	1.427	2.588	10.423.000	3.000.000
Holanda	X	X	1.418	1.601	3.019	17.136.000	4.558.000
Hungria	X	X	552	814	1.366	9.661.000	2.585.000
Índia		X	7.500	8.340	15.840	1.380.004.000	139.610.000
Inglaterra	X		3.234	3.867	7.101	67.887.000	16.569.000
Irlanda	X		2.136	2.517	4.653	4.940.000	970.000
Israel	X	X	820	1.050	1.870	8.658.000	1.425.000
Itália	X	X	1.716	1.961	3.677	60.463.000	18.043.000
Letônia	X	X	414	799	1.213	1.888.000	521.000
Lituânia	X	X	474	888	1.362	2.723.000	748.000
Luxemburgo	X	X	445	482	927	625.000	124.000
Malásia		X	1 027	1 204	2.231	32.367.000	3.549.000
Malta	X	X	433	521	954	442.000	126.000

	Dados comparáveis		Pessoas incluídas na amostra do estudo			Totais de população do país	
	Algumas necessidades básicas: 3 elementos	Força de apreensão manual/ recordação tardia de palavras	Homens de 60 anos ou mais	Mulheres de 60 anos ou mais	Total de participantes em amostra de estudo do país	População	População com 60 anos ou mais
México		X	1.222	1.696	2.918	128.934.000	14.491.000
Polônia	X	X	1.516	1.800	3.316	37.849.000	9.818.000
Portugal	X	X	197	229	426	10.195.000	2.994.000
República Tcheca	X	X	1.545	2.246	3.791	10.708.000	2.800.000
Romênia	X	X	653	802	1.455	19.238.000	4.990.000
Sri Lanka	X	X	1 835	2 199	4 034	46 753 000	12 278 000
Suécia	X		394	463	857	21 414 000	3 519 000
Suíça	X	X	1 381	1 567	2 948	10 098 000	2 620 000
	37 países com dados sobre 3 itens para habilidade funcional		57.280	69.854	127.134	2.596.701.000	514.187.000
	36 países com dados sobre 2 elementos para capacidade intrínseca		55.161	65.948	121.109	3.778.931.000	577.677.000
Amostra total	42 países com dados sobre habilidade funcional ou capacidade intrínseca (31 países têm ambos)		68.456	83.262	151.718	4.228.383.000	678.541.000
	Estimativas de População Mundial de 2020 <sup>1</sup>					7.794.799.000	1.049.748.000

Esta tabela não inclui estimativas específicas para cada país. O objetivo desta linha de base (2020) foi identificar os dados existentes correspondentes a cada domínio de envelhecimento saudável, e determinar comparabilidade no maior número de países. Nesta etapa, o propósito não foi comparar os níveis atuais de habilidades ou capacidades dos países. No próximo relatório de progresso (2023), a OMS prevê publicar as estimativas específicas dos países.

As estimativas apresentadas na Seção 2 de relatório representam as melhores estimativas da OMS, com base na evidência disponível até julho de 2020, em vez das estimativas oficiais dos Estados Membros. Foram computadas usando as categorias, definições e métodos padrão para garantir comparabilidade entre países, e podem não ser as mesmas estimativas nacionais oficiais produzidas com métodos alternativos, e potencialmente rigorosos.

### ANEXO 3

## Itens incluídos na lista final para medir cada domínio de capacidade intrínseca ou habilidade funcional, como proposto pelos especialistas técnicos da OMS

(Itens da análise de linhas de base em negrito)

Capacidade intrínseca			Habilidade funcional		
No	Itens	Domínio	No	Itens	Domínio
1	Memória: recordação imediata de 10 palavras	Cognitivo	1	Dificuldade para tomar banho ou quanto desta atividade é um problema	Necessidades básicas
2	<b>Memória: recordação tardia de 10 palavras</b>	<b>Cognitivo</b>	2	<b>Dificuldade para se vestir ou quanto desta atividade é um problema</b>	<b>Necessidades básicas</b>
3	Orientação	Cognitivo	3	Dificuldade para ir ao banheiro sozinho ou quanto desta atividade é um problema	Necessidades básicas
4	Memória: recordação tardia de 10 palavras	Cognitivo	4	Dificuldade para comer sozinho ou quanto desta atividade é um problema	Necessidades básicas
5	Orientação	Psicológico	5	Dificuldade para deitar e levantar da cama ou quanto desta atividade é um problema	Necessidades básicas
6	Acordar frequentemente durante a noite e dificuldade para adormecer	Psicológico	6	<b>Dificuldade para tomar medicamentos ou quanto desta atividade é um problema</b>	<b>Necessidades básicas</b>
7	Acordar frequentemente muito cedo, e não conseguir adormecer novamente	Psicológico	7	Dificuldade para fazer tarefas domésticas ou quanto desta atividade é um problema	Necessidades básicas
8	Sentir-se frequentemente agitado durante o dia, independente de quantas horas de sono	Psicológico	8	Dificuldade para preparar refeições quentes ou quanto desta atividade é um problema	Necessidades básicas
9	Todos os 10 itens do questionário CES-D de 10 itens em variáveis separadas	Psicológico	9	<b>Dificuldade para administrar dinheiro ou quanto desta atividade é um problema</b>	<b>Necessidades básicas</b>
10	Todos os 12 itens do questionário EURO-D em variáveis separadas	Psicológico	10	Dificuldade para comprar produtos alimentícios ou quanto desta atividade é um problema	Necessidades básicas
11	Visão de longe	Sensorial	11	Dificuldade para caminhar em uma sala ou quanto desta atividade é um problema	Mobilidade
12	Visão de perto	Sensorial	12	Dificuldade para caminhar uma distância curta ou quanto desta atividade é um problema	Mobilidade
13	Audição para os participantes que não usam aparelho auditivo	Sensorial	13	Filhos: frequência de encontros (marcados e casuais)	Manter relacionamentos
14	Audição para os participantes que usam aparelho auditivo	Sensorial	14	Filhos: frequência de conversas por telefone	Manter relacionamentos



<b>15</b>	Velocidade de marcha	Locomotor	<b>15</b>	Filhos: escrever ou enviar e-mail	Manter relacionamentos
<b>16</b>	<b>Força de prensão manual</b>	<b>Vitalidade</b>	<b>16</b>	Filhos: comunicar por Skype, Facebook ou outras redes sociais	Manter relacionamentos
<b>Capacidade Intrínseca</b>			<b>Habilidade funcional</b>		
<b>No.</b>	<b>Itens</b>	<b>Domínio</b>	<b>No.</b>	<b>Itens</b>	<b>Domínio</b>
<b>17</b>	Respiração forçada: capacidade vital forçada (CVF)	Vitalidade	<b>17</b>	Familiares: frequência de encontros (marcados e casuais)	Manter relacionamentos
<b>18</b>	Respiração forçada: volume expiratório forçado (VEFFEV)	Vitalidade	<b>18</b>	Familiares: frequência de conversas por telefone	Manter relacionamentos
<b>19</b>	Alento forçadoRespiração forçada: peak flow (PF)	Vitalidade	<b>19</b>	Familiares: escrever ou enviar e-mail	Manter relacionamentos
<b>20</b>	Peso: medido	Vitalidade	<b>20</b>	Familiares: comunicar por Skype, Facebook ou outras redes sociais	Manter relacionamentos
<b>21</b>	Peso: autorreferido	Vitalidade	<b>21</b>	Amigos: frequência de encontros (marcados e casuais)	Manter relacionamentos
<b>22</b>	Altura: medida	Vitalidade	<b>22</b>	Amigos: frequência de conversas por telefone	Manter relacionamentos
<b>23</b>	Altura: autorreferida	Vitalidade	<b>23</b>	Amigos: escrever ou enviar e-mail	Manter relacionamentos
<b>24</b>	IMC: medido	Vitalidade	<b>24</b>	Amigos: comunicar por Skype, Facebook ou outras mídias sociais	Manter relacionamentos
<b>25</b>	IMC: autorreferido	Vitalidade	<b>25</b>	Frequência de cuidado de adultos ou crianças doentes ou incapacitadas	Contribuição
			<b>26</b>	Condição de emprego	Contribuição
			<b>27</b>	Frequência de comparecimento a reuniões de organizações não religiosas	Contribuição

## ANEXO 4

## Medidas antropométricas usadas para pessoas idosas

Medida	Definição	Vantagens	Desvantagens
<b>Peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mensuração do peso individual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ubíquo, barato, acessível ao público</li> <li>Útil como uma medida de alteração quando outros fatores são constantes (por exemplo a altura)</li> <li>Alteração de peso pode predizer a mortalidade em pessoas idosas melhor do que medidas estáticas, incluindo IMC em um único momento nos EUA<sup>295</sup></li> <li>Alterações de peso são também associadas à mobilidade (capacidade locomotora)<sup>296</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando utilizada isoladamente, em um único momento, não há nenhum contexto de formato corporal, onde peso é armazenado, ou altura</li> <li>Para pessoas idosas com alterações de peso/densidade óssea/etc., pode ser menos confiável</li> <li>Poder mudar no dia a dia (ou dentro do próprio dia)</li> <li>Precisão da balança pode reduzir validade</li> </ul>
<b>Índice de massa corporal (IMC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calculado com base no peso e altura.</li> <li>Medida de estado nutricional. Acredita-se que o IMC mais alto indique maior risco de certas doenças (por exemplo, doenças cardiovasculares), pois estão associadas a maior adiposidade<sup>297,298</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Padrão usado por muitas organizações públicas de saúde (incluindo a OMS) e governos, especialmente para medir taxas de obesidade em uma população<sup>298,299</sup></li> <li>Mensuração comum para pessoas mais jovens/de meia idade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMC pode não ser acurado para as pessoas idosas, devido a: <ul style="list-style-type: none"> <li>Medida imprecisa de altura, devido à postura e maiores taxas de escoliose<sup>299,300</sup></li> <li>Perda de massa muscular em idade mais avançada torna os cálculos menos precisos (há uma maior porcentagem de gordura)</li> </ul> </li> <li>As associações são diferentes para pessoas idosas em comparação com outras idades (por exemplo, baixo IMC como um fator de risco para mortalidade para pessoas idosas em comparação a IMC mais alto para predizer mortalidade para adultos de meia-idade)<sup>301,302</sup></li> <li>A quantidade de músculos de uma pessoa pode influenciar muito no IMC</li> </ul>
<b>Circunferência da cintura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medida absoluta ao redor da cintura</li> <li>Usada conjuntamente com IMC<sup>303,304</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilmente interpretada em termos de simples valores de limiares<sup>305</sup></li> <li>Circunferência da cintura prediz a incapacidade em pessoas idosas na América Latina e no Caribe<sup>303</sup></li> <li>A combinação de circunferência da cintura com IMC pode ajudar a melhor identificar a obesidade do que o IMC ou a circunferência da cintura separadamente<sup>303,304</sup></li> <li>Fácil de medir em clínicas ou em casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando usada isoladamente, a circunferência da cintura não representa a composição corporal<sup>302</sup></li> <li>Varia com idade, sexo, etnia, e ambiente, dificultando a determinação de valores padrão<sup>306</sup></li> <li>As diferenças na distribuição de circunferência da cintura nas populações com diferentes tamanhos corporais podem criar problemas para identificar os pontos de corte apropriados, que seriam também sensíveis ao risco para a saúde em todas as populações (por exemplo, o NIH Practical Guide to Obesity sugere que valores de corte para circunferência da cintura são úteis somente até um IMC de 35; para valores acima de 35, a maioria dos indivíduos irá ultrapassar os pontos de corte)<sup>307</sup></li> </ul>

Medida	Definição	Vantagens	Desvantagens
<b>Relação cintura-quadril (RCQ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornece uma medida de adiposidade central (em vez de IMC, que não diferencia onde a massa corporal está armazenada/proporções)<sup>307</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilmente medida</li> <li>• Facilmente interpretada em termos de simples valores de limiares<sup>305</sup></li> <li>• Considerado um preditor de mortalidade por todas as causas para pessoas idosas nos EUA<sup>308</sup></li> <li>• Prevê a mortalidade (todas as causas e mortes circulatórias)<sup>302</sup></li> <li>• Associação forte com infarto agudo do miocárdio<sup>306</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varia segundo idade, sexo, etnia e ambiente<sup>306</sup></li> <li>• Estudo longitudinal australiano sobre envelhecimento não demonstrou relação preditiva entre RCQ e limitação na capacidade locomotora em dois anos<sup>309</sup></li> </ul>
<b>Circunferência da cintura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medida absoluta ao redor de panturrilha</li> <li>• Marcador de massa muscular, já que há perda de massa muscular magra nos membros inferiores com envelhecimento</li> <li>• Sabe-se que está associada ao estado nutricional das pessoas idosas<sup>310</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilmente medida com uma fita métrica em consultório ou em uma clínica</li> <li>• Um estudo sobre pessoas idosas na República da Coreia, demonstrou que a circunferência da panturrilha é um indicador de sarcopenia (pouca força muscular/ insuficiência muscular)<sup>311</sup></li> <li>• Quando corrigida (subtraindo uma medição de prega cutânea na região medial da panturrilha), a circunferência da panturrilha pôde prever quedas em pessoas idosas no Reino Unido<sup>312</sup></li> <li>• Medidas de maior circunferência de panturrilha estiveram associadas a menor fragilidade (balanço calórico negativo, sarcopenia, e redução de força e tolerância aos esforços) e maior desempenho físico/mobilidade (locomoção) na Itália<sup>313</sup></li> <li>• Em um estudo dos Estados Unidos – uma associação inversa significativa com incapacidade foi observada em pessoas de 60 a 84 anos<sup>310</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varia segundo idade, sexo, etnia e ambiente<sup>311</sup></li> </ul>
<b>Outras medidas (exemplos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A altura pode ser estimada por outras medidas, como altura do joelho (comprimento de sob o calcanhar até atrás da patela, mantendo a articulações do tornozelo e joelho em ângulos retos), comprimento do antebraço (comprimento da ulna) ou demi-envergadura do braço (comprimento da raiz do dedo anular à fúrcula esternal), ou hemi-envergadura do braço (comprimento da pontas dos dedos à fúrcula esternal)<sup>314,315,316</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As evidências mostram que essas medidas são replicáveis, reproduzíveis, e demonstram altos coeficientes de correlação com altura.<sup>316</sup></li> <li>• Melhor estimativa de estatura em pessoas idosas com cifose, escoliose, acamados ou cadeirantes<sup>315,316</sup></li> <li>• Pode fornecer uma imagem mais completa de uma pessoa idosa, em combinação com IMC e medidas de peso corporal<sup>315</sup></li> <li>• Demi-envergadura e hemi-envergadura são bem fáceis de medir na maioria dos pacientes<sup>316</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A altura do joelho talvez seja difícil de medir em pacientes com dor<sup>316</sup></li> <li>• As equações que predizem altura podem diferir muito, de acordo com etnia da população do estudo<sup>315,317</sup></li> <li>• Raça, etnia e outros fatores de contextos específicos podem ser determinantes de diferenças na altura; isto traz dificuldade para obter dados normativos referenciais sobre a estatura da população em geral, e mudanças durante o envelhecimento; são necessários mais trabalhos para desenvolver normas nos âmbitos nacional, regional e global<sup>315</sup></li> </ul>

## ANEXO 5

### Indicadores nacionais de progresso

#### COMPROMISSO NACIONAL GERAL PARA OTIMIZAR O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: INDICADORES 1 A 3

**1. Número de países com um ponto focal de envelhecimento e saúde** no Ministério da Saúde

Os pontos focais nacionais são chave para a coordenação e promoção efetivas das atividades e tarefas relacionadas ao envelhecimento no país, para aumentar a comunicação com a comunidade internacional, e alinhar as prioridades nacionais e internacionais.

**2. Número de países com políticas, estratégias e planos nacionais alinhados ao Envelhecimento Saudável**

A governança efetiva do envelhecimento saudável requer a formulação e implementação de políticas e planos baseados em evidência, que envolvam todas as partes interessadas, e deem atenção explícita à equidade, dignidade e direitos humanos inerentes às pessoas idosas.

**3. Número de países com um fórum ou comitê nacional com diversas partes interessadas** sobre envelhecimento e saúde

Esses fóruns podem documentar as necessidades e expectativas, e facilitar a troca de informações, boas práticas e ferramentas nos setores e diferentes atores. A participação da sociedade civil e de diferentes setores governamentais é essencial para o êxito de qualquer política e de muitas ações sobre envelhecimento.

#### CONTRIBUIÇÃO PARA CADA UMA DAS ÁREAS DE AÇÃO PRIORITÁRIA DA DÉCADA: INDICADORES 4 A 8

**4. Número de países com legislação nacional contra discriminação por idade e estratégias de cumprimento**

Nas instituições, o combate ao idadismo requer a adoção de leis para proteger contra discriminação por idade; a modificação ou revogação de leis, costumes e práticas existentes que discriminam direta ou indiretamente; e o estabelecimento dos mecanismos apropriados de cumprimento.

**5. Número de países com legislação/regulamentações que apoiam as pessoas idosas para ter acesso a dispositivos de suporte** da lista de produtos assistivos prioritários da OMS.<sup>318</sup>

Pode-se conseguir maior autonomia, independentemente do nível de capacidade de uma pessoa idosa, e provê-la proporcionar a ela acesso a dispositivos/produtos assistivos, incluindo bengalas, andadores, cadeiras de rodas, aparelhos auditivos, óculos e outros dispositivos.

**6. Número de países que têm um programa nacional para apoiar atividades** alinhado com a Rede Global da OMS para Cidades e Comunidades Amigas da Idade às Pessoas Idosas.<sup>319</sup>

Os ambientes favoráveis às pessoas idosas ajudam a promover o envelhecimento saudável, ao maximizar a capacidade intrínseca ao longo do curso de vida, e ao permitir maior habilidade funcional, de modo que as pessoas com diferentes níveis da capacidade possam ser e fazer as coisas que valorizam.

**7. Número de países com políticas nacionais implementadas para apoiar as avaliações integrais das necessidades de saúde e assistência social das pessoas idosas.**

Isto é fundamental para alcançar cuidados integrados para as pessoas idosas<sup>320</sup>, pois fornecem informações sobre diversos domínios de capacidade intrínseca, os ambientes em que as pessoas idosas os idosos vivem, e sua habilidade funcional, que são necessários para priorizar e adaptar as intervenções que correspondem às necessidades, preferências e metas das pessoas idosas.

**8. Número de países que têm uma política/plano/estratégia/estrutura de cuidados de longo prazo**

Essas políticas e sistemas permitem que as pessoas idosas que tiveram uma perda progressiva significativa de capacidade, ou que correm o risco de tal perda, recebam cuidados e apoio de outros, compatíveis com seus direitos básicos, liberdades fundamentais, e dignidade humana em casa, ou, se necessário, em instituições.

## **AUMENTAR OS DADOS NACIONALMENTE REPRESENTATIVOS SOBRE O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL PARA PESSOAS IDOSAS: INDICADORES 9 E 10**

**9. Número de países com dados transversais, nacionalmente representativos, anônimos, individuais, sobre pessoas idosas e seu estado de saúde, e necessidades no domínio do público**

Esses dados podem ajudar a estimar a prevalência de diferentes características de saúde, avaliar a capacidade intrínseca e a habilidade funcional das pessoas, necessidades de cuidados, e carga de doenças ou condições específicas. Os dados também podem ajudar a documentar as desigualdades por idade, sexo, lugar de residência, ou outras características sociodemográficas. Para se ter uma compreensão plena da diversidade da experiência, é necessário incluir pessoas idosas de qualquer idade, em número suficiente.

**10. Número de países com pesquisas longitudinais e nacionalmente representativas (coorte ou painel) sobre pessoas idosas e seu estado de saúde e necessidades, disponíveis no domínio público**

Ao observar o mesmo grupo de pessoas ou amostra da mesma população ao longo do tempo, esses dados podem ser usados para monitorar trajetórias de envelhecimento saudável no curso de vida, analisar determinantes e resultados em pessoas idosas, estabelecer relação de causa e efeito, e avaliar o impacto dos programas. Assegurar que um número suficiente de pessoas idosas sejam um número suficiente de pessoas idosas seja incluídas em cada idade, ao longo do tempo, permitirá uma compreensão plena das transições e diversidade da experiência.

## ANEXO 6

### Intervenções com exemplos de síntese de evidência abordando as principais causas de DALYs para pessoas idosas (Cochrane Campbell Global Ageing Partnership)

● alta renda ● renda médio-alta ● renda médio-baixa Efetividade: G ● Benefício A ● Sem diferença R ● Com risco

Causas de DALYs	Número de Revisões Cochrane	Exemplos de intervenção citadas nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfecho primário		Certeza GRADE	Estudos de países classificados por Indicadores de Desenvolvimento Mundial, do Banco Mundial <sup>321</sup>
1. Cardiopatia isquêmica	121	Reabilitação baseada em exercício para coronariopatia <sup>322</sup>	2016	Variação de idade - 47,5 a 71 anos	Mortalidade total	A ●	Moderada	● 57 estudos ● 2 estudos ● 3 estudos
					Morbidade e mortalidade cardiovascular	G ●	Moderada	
					Infarto agudo do miocárdio fatal ou não fatal	A ●	Baixa	
2. Acidente vascular cerebral	143	Hospitalização organizada (unidade de acidente vascular cerebral) x serviço alternativo para acidente vascular cerebral <sup>323</sup>	2020	Pessoas com o acidente vascular cerebral, idade média 59 a 62 anos (nos estudos com informação sobre idade)	Revascularização do miocárdio	A ●	Moderada	● 27 estudos ● 5 estudos ● 1 estudo
					Intervenção coronária percutânea	A ●	Baixa	
					Internações hospitalares	G ●	Baixa	
					Resultado ruim ao final de seguimento programado	G ●	Moderada	
					Morte ao final de seguimento programado	G ●	Moderada	
					Morte ou cuidados institucionais ao final do seguimento programado	G ●	Moderada	
					Morte ou dependência ao final do seguimento programado	G ●	Moderada	
3. DPOC	72	Reabilitação pulmonar após crises da doença pulmonar obstrutiva crônica <sup>324</sup>	2016	Adultos idade média 58-78 anos, 70% dos homens com DPOC e crise recente	Pontuação subjetiva do estado de saúde	A ●	Muito baixa	● 15 estudos ● 1 estudo ● 2 estudos
					Satisfação de pacientes ou preferência	A ●	Sem dados disponíveis	
						A ●	Baixa	
					Readmissão de hospitais	G ●	Moderada	
4. Alzheimer e outras demências	101	Programas de exercício para pessoas com demência <sup>325</sup>	2015	Mais de 65 anos, diagnosticados com demência	Mortalidade	A ●	Baixa	● 17 estudos
					Qualidade de vida relacionada à saúde após exacerbação	G ●	Alta	
					Capacidade de exercício	G ●	Alta	
					Readmissão hospitalar	A ●	Muito baixa	
					Mortalidade	G ●	Muito baixa	
Qualidade de vida relacionada à saúde após exacerbação	G ●	Muito baixa						

Causas de DALYs	Número de Revisões Cochrane	Exemplos de intervenções citadas nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfecho primário	Certeza GRADE	Estudos de países classificados por Indicadores de Desenvolvimento Mundial, do Banco Mundial <sup>321</sup>	
5. Diabetes mellitus tipo 2	89	Dieta, atividade física ou ambas, para prevenção ou atraso de diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações associadas, em pessoas com maior risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 <sup>326</sup>	2017	Mais de 65 anos, diagnosticado com demência	Dieta + atividade física x tratamento padrão		● 57 estudos	
					Mortalidade por todas as causas	A ●	Muito baixa	● 9 estudos
					Incidência de diabetes mellitus tipo 2	G ●	Moderada	
					Mortalidade cardiovascular	A ●	Muito baixa	
					Infarto agudo do miocárdio não fatal	A ●	Baixa	
					Acidente vascular cerebral não fatal	A ●	Baixa	
					Qualidade de vida relacionada à saúde	A ●	Muito baixa	
					Efeitos socioeconômicos	A ●	Baixa	
					Eventos adversos	G ●	Baixa	
					Dieta x atividade física ou tratamento padrão			
					Mortalidade por todas as causas	A ●	Muito baixa	
					Incidência de diabetes mellitus tipo 2	A ●	Muito baixa	
					Mortalidade cardiovascular	A ●	Muito baixa	
					Infarto agudo do miocárdio não fatal	N/A	Não informado	
					Acidente vascular cerebral não fatal	N/A	Não informado	
					Qualidade de vida relacionada à saúde	N/A	Não informado	
					Efeitos socioeconômicos	N/A	Não informado	
					Eventos adversos	N/A	Não informado	
					Atividade física x tratamento padrão			
					Mortalidade por todas as causas	A ●	Muito baixa	
Incidência de diabetes mellitus Tipo 2	A ●	Muito baixa						
Mortalidade cardiovascular	A ●	Muito baixa						
Infarto agudo do miocárdio não fatal	A ●	Muito baixa						
Acidente vascular cerebral não fatal	A ●	Muito baixa						
Qualidade de vida relacionada à saúde	N/A	Não informado						
Efeitos socioeconômicos	N/A	Não informado						
Eventos adversos	N/A	Não informado						

Causas de DALYs	Número de Revisões Cochrane	Exemplos de intervenções citadas nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfecho primário	Certeza GRADE	Estudos de países classificados por Indicadores de Desenvolvimento Mundial, do Banco Mundial <sup>321</sup>	
6. Câncer de traqueia, brônquio e pulmão	28	Quimioterapia para câncer de pulmão avançado de células não pequenas na população de pessoas idosas <sup>327</sup>	2015	Pacientes com 70 anos ou mais com câncer de pulmão de células não pequenas, não tratado e com confirmação histológica	Terapia com platina x sem platina		<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> 42 estudos</li> <li><span style="color: red;">●</span> 2 estudos</li> <li><span style="color: yellow;">●</span> 1 estudo</li> </ul>	
					Sobrevida global	G ●		Moderada
					Sobrevida em 1 ano	G ●	Moderada	
					Sobrevida livre de progressão	G ●	Baixa	
					Taxa de resposta objetiva	G ●	Moderada	
					Eventos adversos hematológicos - anemia, neutropenia, trombocitopenia	R ●	Baixa	
7. Dor lombar	54	Reabilitação biopsicossocial multidisciplinar para dor lombar crônica <sup>328</sup>	2014	Pessoas com dor lombar crônica inespecífica (> 18 anos), 2 estudos incluíram explicitamente pessoas idosas, a maioria dos estudos com uma idade média de cerca de 45 a 49 anos	Multidisciplinar comparado com <b>cuidado usual</b> para dor lombar crônica		<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> 37 estudos</li> <li><span style="color: red;">●</span> 3 estudos</li> </ul>	
					Dor nas costas a longo prazo	G ●		Moderada
					Incapacidade a longo prazo	G ●		Moderada
					Trabalho a longo prazo	A ●		Moderada
					Eventos adversos	N/A		Nenhuma evidência
					Multidisciplinar comparado com <b>tratamento médico</b> para dor lombar crônica			
					Dor nas costas a longo prazo	G ●		Moderada
					Incapacidade a longo prazo	G ●		Moderada
					Trabalho a longo prazo	G ●		Moderada
					Eventos adversos	N/A		Nenhuma evidência
					Multidisciplinar comparado com <b>cirurgia</b> para dor lombar crônica			
					Dor nas costas a longo prazo	A ●		Baixa
Incapacidade a longo prazo	A ●	Baixa						
Trabalho a longo prazo	A ●	Baixa						
Eventos adversos		Baixo						
Multidisciplinar comparado com <b>lista de espera</b> para dor lombar crônica								
Dor nas costas a longo prazo	N/A	Não informada						
Incapacidade a longo prazo	N/A	Não informada						
Trabalho a longo prazo	N/A	Não informada						
Eventos adversos	N/A	Não informada						



Causas de DALYs	Número de Revisões Cochrane	Exemplos de intervenções citadas nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfecho primário		Certeza GRADE	Estudos de países classificados por Indicadores de Desenvolvimento Mundial, do Banco Mundial <sup>321</sup>
8. Infecções das vias aéreas inferiores	75	Antibióticos para pneumonia adquirida na comunidade em pacientes de ambulatorios de adultos <sup>329</sup>	2014	Critérios de elegibilidade foram > 12 anos, 3 estudos incluíram pessoas idosas	Resposta clínica avaliada como teste de cura clínica	A ●	Evidência insuficiente para diferenciar entre antibióticos	● 9 estudos ● 6 estudos ● 3 estudos
					Desfechos secundários foram respostas radiológicas, resposta bacteriológica, efeitos adversos	A ●		
						A ●		
						A ●		
9. Perda de audição relacionada à idade	9	Aparelhos auditivos para perda de audição leve a moderada, em adultos <sup>330</sup>	2017	Pessoas idosas com idade média entre 69 e 83 anos	Capacidade de escuta	G ●	Moderada	● 5 estudos
					Qualidade de vida específica para audição	G ●	Moderada	
					Qualidade de vida relacionada à saúde em geral	G ●	Moderada	
10. Quedas	11	Exercício para prevenção de quedas em pessoas idosas que vivem na comunidade <sup>215</sup>	2019	Pessoas de 60 anos ou mais que vivem na comunidade, estudos de doenças específicas foram excluídos.	Taxa de quedas (quedas por pessoa-ano)	G ●	Alta	● 96 estudos ● 3 estudos ● 5 estudos
					Número de pessoas que tiveram uma ou mais quedas	G ●	Alto	
					Número de pessoas que tiveram uma ou mais fraturas relacionadas a queda	A ●	Baixa	
					Número de pessoas que tiveram uma ou mais quedas que levaram à hospitalização		Muito baixa	
					Atenção médica necessária	A ●	Baixa	
					Qualidade de vida relacionada à saúde	A ●	Baixa	
Eventos adversos	G ●	Baixa						

## ANEXO 7

### Intervenções com exemplos de síntese de evidência abordando as quatro áreas de ação prioritária identificadas na Década do Envelhecimento Saudável, por 5 domínios de habilidade funcional

(Cochrane Campbell Global Ageing Partnership)

Área de ação	Intervenção	Força de evidência	Capacidade de atender às necessidades básicas	Capacidade de ter mobilidade	Capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões	Capacidade de construir e manter	Capacidade de contribuir para a sociedade (e ser valorizado)
1. Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento	Programas intergeracionais <sup>331</sup>	Moderada			<ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvimento pessoal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relações interpessoais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bem-estar emocional</li> </ul>
	Programas universitários para pessoas idosas <sup>332</sup>	Emergente			<ul style="list-style-type: none"> <li>Maior conhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento nas relações sociais</li> </ul>	
2. Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas	Modificação do trabalho e serviços de saúde coordenados <sup>236</sup>	Moderada					<ul style="list-style-type: none"> <li>Participação no trabalho</li> </ul>
	Formação de redes social baseadas em tecnologia e vídeo-conferências <sup>333</sup>	Moderada				<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminui solidão e isolamento social</li> </ul>	
	Participação em melhoria ambiental e atividades de conservação <sup>226</sup>	Emergente			<ul style="list-style-type: none"> <li>Maior discussão sobre as prioridades das pessoas idosas (pacientes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maior inclusão social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais sentido de realização e bem-estar</li> </ul>

Área de ação	Intervenção	Força de evidência	Capacidade de atender às necessidades básicas	Capacidade de ter mobilidade	Capacidade de aprender, desenvolver e tomar decisões	Capacidade de construir e manter	Capacidade de contribuir para a sociedade (e ser valorizado)
<b>3. Entregar Prestar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados às pessoas idosas</b>	Alta precoce com serviços de saúde e assistência social para acidente vascular cerebral agudo <sup>323</sup>	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior satisfação com serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior independência funcional</li> </ul>			
	Modificação da residência e terapia ocupacional <sup>184</sup>	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior capacidade de ter algumas necessidades básicas atendidas</li> <li>• Maior satisfação com serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vida mais independente, menos medo de queda</li> </ul>			
<b>4. Propiciar acesso a cuidados de longo prazo para as pessoas idosas que necessitem</b>	Oficina com pacientes e orientação para decisão individual <sup>202</sup>	Moderado			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior discussão sobre prioridades das pessoas idosas (pacientes)</li> </ul>		
	Programas de exercício para pessoas idosas <sup>215</sup>	Forte		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir quedas e medo de quedas</li> </ul>			
	Terapia ocupacional em casa ou na comunidade <sup>334</sup>	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior capacidade para ter algumas necessidades básicas atendidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior independência funcional e mobilidade</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior participação social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior autoeficácia</li> </ul>

## ANEXO 8

Intervenções que preservam a saúde cardiovascular em pessoas idosas de 60 anos ou mais<sup>260</sup>

Objetivo	Ação	Política/Intervenção Individual
<b>Prevenção:</b>  Prevenir infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais ao reduzir exposição aos fatores de risco comportamentais que aumentam o risco cardiovascular	Reduzir o tabagismo <small>335,336,337,338,339,340</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar impostos especiais de consumo e preços em produtos do tabaco</li> <li>• Implementar embalagens lisas/padronizadas e/ou advertências de saúde com letras grandes, em todos os pacotes/maços de tabaco</li> <li>• Sancionar e fazer cumprir proibições integrais de publicidade do tabaco, promoção e patrocínio</li> <li>• Eliminar a exposição passiva à fumaça do cigarro em todos os locais de trabalho fechados, locais públicos, transporte público</li> <li>• Implementar campanhas efetivas em meios de comunicação de massa, para educar o público sobre os danos do tabagismo/uso do tabaco e tabagismo passivo</li> </ul>
	Promover atividade física <small>335,336,337,338,339,341</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar educação pública na comunidade e campanha de conscientização para atividade física, incluindo uma campanha em meios de comunicação de massa, combinada com outros programas comunitários de educação, motivacionais e ambientais, para apoiar mudança comportamental em termos de atividades físicas</li> </ul>
	Promover dieta saudável <small>335,336,337,338,339</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir a ingestão de sal através da reformulação de produtos alimentícios para conter menos sal, e determinação de limites na quantidade de sal em alimentos e refeições</li> <li>• Reduzir a ingestão de sal através do estabelecimento de um ambiente propício em instituições públicas, para permitir oferta de opções com menor teor de sódio</li> <li>• Reduzir a ingestão de sal através de comunicação para mudança de comportamento, e campanhas em meios de comunicação de massa</li> <li>• Reduzir a ingestão de sal através da implementação de rótulos na frente do maço</li> </ul>
	Reduzir o uso prejudicial de álcool <small>335,336,337,338,339,340</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar os impostos especiais de consumo sobre as bebidas alcoólicas</li> <li>• Sancionar e impor restrições de proibições/integrais em exposição a publicidade de álcool</li> <li>• Sancionar e impor restrições na disponibilidade física de álcool vendido no varejo</li> </ul>

Objetivo	Ação	Política/Intervenção Individual
<p><b>Tratamento:</b></p> <p>Tratamento de pessoas com maior risco cardiovascular para reduzir a mortalidade e morbidade</p>	<p>Controle de hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia para reduzir o risco cardiovascular 335,336,337,338,339,342,343,344,345</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacoterapia (incluindo controle glicêmico de diabetes mellitus e controle de hipertensão usando uma abordagem de risco total) e orientando indivíduos que tiveram infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral, e pessoas com maior risco (<math>\geq 20\%</math>) de um evento cardiovascular fatal ou não fatal nos próximos 10 anos</li> </ul>
<p>Tratamento de síndromes coronarianas agudas para reduzir mortalidade e morbidade</p>	<p>Tratamento para salvar o músculo cardíaco<sup>335,336,337,338,339,346</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirina</li> <li>• Terapia trombolítica</li> <li>• Revascularização coronária</li> </ul>
<p>Tratamento de acidente vascular cerebral para reduzir mortalidade e morbidade</p>	<p>Tratamento para salvar tecido cerebral<sup>335,336,337,338,339</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento de acidente vascular cerebral isquêmico agudo com terapia trombolítica intravenosa</li> <li>• Baixa dose de ácido acetilsalicílico para acidente vascular cerebral isquêmico</li> </ul>
<p>Tratamento de pessoas com fibrilação atrial para prevenir acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdico, e tromboembolismo</p>	<p>Tratamento da fibrilação atrial<sup>335,336,337,338,339,347</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoagulação para fibrilação atrial não valvular, de alto e médio risco, e para estenose mitral com fibrilação atrial</li> </ul>

## REFERÊNCIAS

- World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. Nova York (NY): Organização das Nações Unidas; 2019. Disponível em inglês em: (<https://population.un.org/wpp/Download/>, consultado em 20 de setembro de 2020).
- The decade of healthy ageing. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>).
- United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). In: United Nations General Assembly Seventy-Fifth session. Agenda item 131: Global health and foreign policy. Nova York (NY): Organização das Nações Unidas; 2020. Disponível em inglês em: (<https://undocs.org/en/A/75/L.47>, consultado em 14 de dezembro de 2020).
- Global strategy and action plan on ageing and health. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, consultado em 20 de fevereiro de 2020).
- Resolution WHA69.3. Global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–29 May 2016. Resolutions and decisions, annexes. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016: 8–11 (WHA69/2016/REC/1) Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259134?show=ful>).
- WHA73. Decade of healthy ageing. The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. In: Seventy-third World Health Assembly, Geneva, 5 May, 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_INF2-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_INF2-en.pdf), consultado em 1 de setembro de 2020).
- WHO working group on metrics and research standards on healthy ageing – meeting report and launch of the WHO consortium on metrics and evidence for healthy ageing. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/ageing/data-research/Proposed\\_agenda\\_MetricsResearch\\_StandardsMeeting\\_2017\\_03\\_24.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/data-research/Proposed_agenda_MetricsResearch_StandardsMeeting_2017_03_24.pdf?ua=1), consultado em 1 de setembro de 2020).
- Sadana R, Banerjee A on behalf of the WHO consortium on metrics and evidence for healthy ageing. Metrics and evidence for healthy ageing. Bull World Health Organ. 2019;97(12):792–792A. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/bulletin/volumes/97/12/19-246801.pdf>).
- WHO Consortium on metrics and evidence for healthy ageing – peer review meeting of contributors to the global baseline report for decade of healthy ageing. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/ageing/data-research/WHO-Consortium\\_on\\_Metrics\\_and\\_Evidence\\_for\\_Healthy\\_Ageing\\_Second\\_meeting\\_report\\_2019'12'01\\_unedited.pdf](https://www.who.int/ageing/data-research/WHO-Consortium_on_Metrics_and_Evidence_for_Healthy_Ageing_Second_meeting_report_2019'12'01_unedited.pdf)).
- Stevens GA, Alkema L, Black RE, Boerma JT, Collins GS, Ezzati M et al. Guidelines for accurate and transparent health estimates reporting: the GATHER statement. Lancet. 2016; 388(10062):E19–23. Disponível em inglês em: ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30388-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30388-9/fulltext), consultado em 1 de setembro de 2020).
- Sen A. Commodities and capabilities. Nova York (NY): Elsevier Science Pub. Co; 1985.
- Phoenix C. Why qualitative research is needed in gerontology and how we can do it better. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2018;73(7):e81–5.
- Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015. Disponível em espanhol em: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)), consultado em 2 de setembro de 2020).
- ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, second edition. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, consultado em 1 de setembro de 2020).
- The international classification of functioning, disability and health. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001. Disponível em inglês em: (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, consultado em 20 de fevereiro de 2020).
- Leonardi M, Quintas R. Healthy ageing and functioning: WHO international classification of functioning, disability, and health – learning from selected EU research to inform the basis for intrinsic capacity and functional ability for measurement and interpretation. Background paper submitted for WHO Working Group Meeting on Metrics and Research Standards for Healthy Ageing 27–31 March, 2017. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.
- Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum Jr A, Orlandini A et al. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. Lancet. 2015;386(9990):266–73.
- Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczyk M, Giannelli SV, Gold G, et al. Comparative value of medical diagnosis versus physical functioning in predicting the 6-year survival of 1951 hospitalized old patients. Rejuvenation Res. 2008;11(4):829–36.
- Pérès K, Helmer C, Amieva H, Matharan F, Carcaillon L, Jacqmin-Gadda H et al. Gender differences in the prodromal signs of dementia: memory complaint and IADL-restriction. a prospective population-based cohort. J Alzheimers Dis. 2011;27(1):39–47.
- Forman-Hoffman VL, Ault KL, Anderson WL, Weiner JM, Stevens A, Campbell VA et al. Disability status, mortality, and leading causes of death in the United States community population. Med Care. 2015;53(4):346–54.

21. Dugravot A, Fayosse A, Dumurgier J, Bouillon K, Rayana TB, Schnitzler A et al. Social inequalities in multimorbidity, frailty, disability, and transitions to mortality: a 24-year follow-up of the Whitehall II cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e42–50.
22. Guidance on person centred assessment and pathways in primary care. Handbook. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf;jsessionid=31CB3214293723D1D9A7D2B822B-92D0E?sequence=1>, consultado em 1 de setembro de 2020)
23. Hanson MA, Cooper C, Aihie Sayer A, Eendebak RJ, Clough GF, Beard JR. Developmental aspects of a life course approach to healthy ageing. *J Physiol*. 2016;594(8):2147–60.
24. Ben-Shlomo Y, Kuh D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*. 2002;31(2):285–93.
25. Kuh D, Cooper R, Hardy R, Richards M, Ben-Shlomo Y. A Life course approach to healthy ageing. Oxford: Oxford University Press; 2014.
26. Halfon N, Forrest CB, Lerner RM, Faustman EM, Tullis E, Son J. Introduction to the handbook of life course health development. In: Halfon N, Forrest C, Lerner R, Faustman E, editors. *Handbook of life course health development*. Cham: Springer; 2018. ([https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3_1), consultado em 2 de setembro de 2020).
27. Sadana R, Blas E, Budhwani S, Koller T, Paraje G. Healthy ageing: raising awareness of inequalities, determinants, and what could be done to improve health equity. *Gerontologist*. 2016;56(Suppl 2):S178–93.
28. Parkinson JR, Emsley R, Adkins JL, Longford N, Ozanne SE, Holmes E et al. Clinical and molecular evidence of accelerated ageing following very preterm birth. *Pediatr Res*. 2020;87(6):1005–10.
29. Kralj C, Daskalopoulou C, Rodríguez-Artalejo F, García-Esquinas E, Cosco TD, Prince M et al. Healthy ageing: a systematic review of risk factors. London: King's College London; 2018 Disponível em inglês em: ([http://athlosproject.eu/wp-content/uploads/2018/05/KIOPPN\\_HealthyAgeing-Report2018.pdf](http://athlosproject.eu/wp-content/uploads/2018/05/KIOPPN_HealthyAgeing-Report2018.pdf), consultado em 1 de setembro de 2020).
30. Wu Y-T, Daskalopoulou C, Muniz Terrera G, Sanchez-Niubo A, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL et al. Education and wealth inequalities in healthy ageing in eight harmonised cohorts in the ATHLOS consortium: a population-based study. *Lancet Public Health*. 2020;5(7):e386–e394. Disponível em inglês em: ([https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(20\)30077-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(20)30077-3.pdf), consultado em 4 de setembro de 2020).
31. Moreno-Agostino D, Daskalopoulou C, Wu Y-T, Koukounari A, Haro J, Tyrovolas S et al. The impact of physical activity on healthy ageing trajectories: evidence from eight cohort studies. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020;17(1):92 (<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-020-00995-8>, consultado em 26 de julho de 2020).
32. Barber A, Moffit A, Kihn P. *Deliverology 101: A field guide for educational leaders*. Thousand Oaks (CA): Corwin Press; 2011.
33. Sadana R, Zadeh RS, Posarac A, Welch V, Howe T, Prina M. Background paper on transformative pathway and evidence for impact, for the WHO Baseline report on the Decade of healthy ageing 2021–2030. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (a ser publicado).
34. Pantoja T, Barreto J, Panisset U. Improving public health and health systems through evidence informed policy in the Americas. *BMJ*. 2018;362:k2469. doi:10.1136/bmj.k2469.
35. World report on knowledge for better health: strengthening health systems. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2004.
36. White H. The twenty-first century experimenting society: the four waves of the evidence revolution. *Palgrave Commun*. 2019;5:47. Disponível em inglês em: (<https://doi.org/10.1057/s41599-019-0253-6>, consultado em 1 de setembro de 2020).
37. The WHO strategy on research for health. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77935>, consultado em 1 de setembro de 2020).
38. Knowledge translation framework on ageing and health (draft), Department of Ageing and Health. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2012.
39. Ellen ME, Panisset U, Araujo de Carvalho I, Goodwin J, Beard J. A knowledge translation framework on ageing and health. *Health Policy*. 2017;121(3):282–91.
40. Scaling up, saving lives. World Health Organization, Global Health Workforce Alliance (Task Force for Scaling up Education and Training for Health Workers). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/docs/default-source/health-workforce/scaling-up-saving-lives.pdf?sfvrsn=a0071de3\\_2&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/health-workforce/scaling-up-saving-lives.pdf?sfvrsn=a0071de3_2&download=true), consultado em 2 de setembro de 2020).
41. Practical guidance for scaling up health service innovations. World Health Organization, ExpandNet. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009. Disponível em inglês em: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44180/9789241598521\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44180/9789241598521_eng.pdf?sequence=1), consultado em 4 de setembro de 2020).
42. Nueve pasos para formular uma estratégia de ampliación a larga escala. World Health Organization, ExpandNet. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010 Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44690/9789243500317\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44690/9789243500317_spa.pdf), consultado em 4 de setembro de 2020).
43. Beginning with the end in mind: planning pilot projects and other programmatic research for successful scaling up. World Health Organization, ExpandNet. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2011. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic\\_approach/9789241502320/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/9789241502320/en/), consultado em 4 de setembro de 2020).

44. Proyecto de 13.º programa general de trabajo, 2019-2023. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em espanhol em: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276274/A71\\_4-sp.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276274/A71_4-sp.pdf) consultado em 1 de setembro de 2020).
45. Data sources, methods and estimation results for healthy ageing: functional ability and intrinsic capacity for adults age 60 and over, in 42 countries. Background note for country consultation on estimates, by WHO Department of Maternal, Newborn, Child, Adolescent Health and Ageing (MCA). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.
46. Golino HF, Thiagarajan JA, Sadana R, Golino MTS, Christensen AP, Boker SM. Investigating the broad domains of intrinsic capacity, functional ability and environment: an exploratory graph analysis approach for improving analytical methodologies for measuring healthy aging. *Sci Rep.* 2020 (accepted for publication).
47. Golino HF, Epskamp S. Exploratory graph analysis: a new approach for estimating the number of dimensions in psychological research. *PLoS ONE.* 2017;12(6):e0174035 Disponível em inglês em: (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174035>, consultado em 20 de julho de 2020).
48. Costenoble A, Knoop V, Vermeiren S, Vella RA, Debain A, Rossi G et al. A comprehensive overview of activities of daily living in existing frailty instruments: a systematic literature search. *Gerontologist.* 2019;gnz147. Disponível em inglês em: (<https://doi.org/10.1093/geront/gnz147>, consultado em 20 de julho de 2020).
49. Reynolds SL, Silverstein M. Observing the onset of disability in older adults. *Soc Sci Med.* 2003;57(10):1875–89.
50. Advinha AM, Lopes MJ, de Oliveira-Martins S. Assessment of the elderly's functional ability to manage their medication: a systematic literature review. *Int J Clin Pharm.* 2017;39(1):1–15.
51. Malaysia Ageing and Retirement Survey (MARS). Kuala Lumpur: University of Malaya .. Disponível em inglês em: (<https://g2aging.org/?section=study&study-id=45>, consultado em 1 de setembro de 2020).
52. Albone R. Older people's perceptions of health and wellbeing in rapidly ageing low- and middle-income countries. London: HelpAge International; 2019. .. Disponível em inglês em: (<https://www.helpage.org/download/5c8767c108658>, consultado em 1 de setembro de 2020).
53. Gianoulli E, Fillekes MP, Mellone S, Weibel R, Bock O, Zijlstra W. Predictors of real-life mobility in community-dwelling older adults: an exploration based on a comprehensive framework for analyzing mobility. *Eur Rev Aging Phys Act.* 2019;16:19 Disponível em inglês em: (<https://link.springer.com/article/10.1186/s11556-019-0225-2>, consultado em 1 de setembro de 2020).
54. Paraschiv-Ionescu A, Perruchoud C, Buchser E, Aminian K. Barcoding human physical activity to assess chronic pain conditions. *PLoS ONE.* 2012;7(2):e32239. Disponível em inglês em: (<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0032239>, consultado em 4 de setembro de 2020).
55. Schaat S, Koldrack P, Yordanova K, Kirste T, Teipel S. Real-time detection of spatial disorientation in persons with mild cognitive impairment and dementia. *Gerontology.* 2020; 66(1):85–94.
56. Yordanova K, Koldrack P, Heine C, Henkel R, Martin M, Teipel S et al. Situation model for situation-aware assistance of dementia patients in outdoor mobility. *J Alzheimers Dis.* 2017; 60(4):1461–76.
57. Fillekes MP, Giannouli E, Kim E-K, Zijlstra W, Weibel R. Towards a comprehensive set of GPS-based indicators reflecting the multidimensional nature of daily mobility for applications in health and aging research. 2019 (em revisão).
58. Fillekes MP, Röcke C, Katana M, Weibel R. Self-reported versus GPS-derived indicators of daily mobility in a sample of healthy older adults. *Soc Sci Med.* 2019;220:193–202.
59. Martin M, Röcke C, Weibel R, Robledo LM, Mehl M, Lum T. Real-time assessment of intrinsic capacity and functional ability: multi-country study documenting older adults' interactions with their environment. Background paper for the WHO consortium on metrics and evidence for healthy ageing, Geneva, 10–11 October 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.
60. Martin M, Weibel R, Röcke C, Boker S. Semantic activity analytics for healthy aging: challenges and opportunities. *IEEE Pervasive Computing.* 2018;17(3):73–7.
61. Healthcare new frontier. Promotion headquarters office: Healthcare New Frontier policy. Yokohama: Kanagawa Prefectural Government; 2018 Disponível em inglês em: (<http://www.pref.kanagawa.jp/mlt/f531223/index.html>, consultado em 1 de outubro de 2020).
62. Weissberger GH, Strong JV, Stefanidis KB, Summers MJ, Bondi MW, Stricker NH. Diagnostic accuracy of memory measures in alzheimer's dementia and mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev.* 2017;27(4):354–88.
63. Purser JL, Fillenbaum GG, Wallace RB. Memory complaint is not necessary for diagnosis of mild cognitive impairment and does not predict 10-year trajectories of functional disability, word recall, or short portable mental status questionnaire limitations. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(2):335–8.
64. Santana RF, Rosa TB, Aquino RG, Alexandrino AS, Santos JLA. Maintenance of functional capacity in cognitive stimulation subgroups. *Invest Educ Enferm.* 2016; 34(3):492–501.
65. Cerami C, Dubois B, Boccardi M, Monsch AU, Demonet JF, Cappa SF. Clinical validity of delayed recall tests as a gateway biomarker for Alzheimer's disease in the context of a structured 5-phase development framework. *Neurobiol of Aging.* 2017;52:153–66.
66. Xu L, Jiang CQ, Lam TH, Zhang WS, Cherny SS, Thomas GN et al. Sleep duration and memory in the elderly Chinese: longitudinal analysis of the Guangzhou Biobank Cohort Study. *Sleep.* 2014;37(11):1737–44.



67. Villarejo A, Bermejo-Pareja F, Trincado R, Olazarán J, Benito-León J, Rodríguez C et al. Memory impairment in a simple recall task increases mortality at 10 years in non-demented elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(2):182–7.
68. Vecchione L, Golus E. Mortality risk assessment in the elderly: the utility of delayed word recall. *J Insur Med*. 2006;38(2):111–5.
69. Alves de Moraes S, Szklo M, Knopman D, Sato R. The relationship between temporal changes in blood pressure and changes in cognitive function: atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Prev Med*. 2002;35(3):258–63
70. McCarten JR, Anderson P, Kuskowski MA, McPherson SE, Borson S. Screening for cognitive impairment in an elderly veteran population: acceptability and results using different versions of the Mini-Cog. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59(2):309–13.
71. Hogervorst E, Bandelow S, Hart J Jr, Henderson VW. Telephone word-list recall tested in the rural aging and memory study: two parallel versions for the TICS-M. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2004;19(9):875–80.
72. Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Jones RN, Ustun TB, Kostanjsek N et al. The English are healthier than the Americans: really? *Int J Epidemiol*. 2015; 44(1):229–38.
73. Jin Y, Jing M, Ma X. Effects of digital device ownership on cognitive decline in a middle-aged and elderly population: longitudinal observational study. *J Med Internet Res*. 2019;21(7):e14210.
74. Robertson DA, Savva GM, Coen RF, Kenny RA. Cognitive function in the prefrailty and frailty syndrome. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(11):2118–24.
75. Boraxbekk CJ, Lundquist A, Nordin A, Nyberg L, Nilsson LG, Adolfsson R. Free recall episodic memory performance predicts dementia ten years prior to clinical diagnosis: findings from the Betula Longitudinal Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2015;5(2):191–202.
76. Karlamangla AS, Miller-Martinez D, Aneshensel CS, Seeman TE, Wight RG, Chodosh J. Trajectories of cognitive function in late life in the United States: demographic and socioeconomic predictors. *Am J Epidemiol*. 2009;170(3):331–42.
77. Olaya B, Bobak M, Haro JM, Demakakos P. Trajectories of verbal episodic memory in middle-aged and older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(6):1274–81.
78. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>, consultado em 16 de setembro de 2020).
79. Ramírez-Vélez R, Correa-Bautista JE, García-Hermoso A, Cano CA, Izquierdo M. Reference values for handgrip strength and their association with intrinsic capacity domains among older adults. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019;10(2):278–86.
80. Dodds RM, Syddall HE, Cooper R, Benzeval M, Deary IJ, Dennison EM et al. Grip strength across the life course: normative data from twelve British studies. *PLoS One*. 2014;9(12):e113637. Disponível em inglês em: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256164/>, consultado em 2 de setembro de 2020).
81. Kröger H, Fritzell J, Hoffmann R. The association of levels of and decline in grip strength in old age with trajectories of life course occupational position. *PLoS ONE*. 2016;11(5):e0155954 (<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0155954#pone.0155954.ref021>, consultado em 4 de setembro de 2020).
82. Gale CR, Martyn CN, Cooper C, Sayer AA. Grip strength, body composition, and mortality. *Int J Epidemiol*. 2007;36(1):228–35. (<https://academic.oup.com/ije/article/36/1/228/665601>, consultado em 4 de setembro de 2020).
83. Beard JR, Jotheeswaran AT, Cesari M, Araujo de Carvalho I. The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing. *BMJ Open*. 2019;9(11):e026119. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6830681/>, consultado em 4 de setembro de 2020).
84. Arokiasamy P, Selvamani Y, Jotheeswaran AT and Sadana R. Socioeconomic inequalities in handgrip strength and its association with measures of intrinsic capacity among older adults in six middle income countries. (forthcoming, 2020).
85. Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children: a joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children’s Fund. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009 Disponível em inglês em: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44129/9789241598163\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44129/9789241598163_eng.pdf?ua=1), consultado em 4 de setembro de 2020).
86. Rietman ML, Nooyens ACJ, Picavet HSJ, Verschuren WMM. Doetinchem Cohort Study. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment, Centre for Nutrition, Prevention and Health Services.
87. Verschuren WM, Blokstra A, Picavet HS, Smit HA. Cohort profile: the Doetinchem Cohort Study. *Int J Epidemiol*. 2008;37(6):1236–41.
88. Picavet HSJ, Blokstra A, Spijkerman AMW, Verschuren WMM. Cohort profile update: the Doetinchem Cohort Study 1987–2017: lifestyle, health and chronic diseases in a life course and ageing perspective. *Int J Epidemiol*. 2017;46(6):1751–1g.
89. Nooyens AC, Bueno-de-Mesquita HB, van Boxtel MP, van Gelder BM, Verhagen H, Verschuren WM. Fruit and vegetable intake and cognitive decline in middle-aged men and women: the Doetinchem Cohort Study. *Br J Nutr*. 2011;106(5):752–61.
90. The national Prevention Agreement: a healthier Netherlands. The Hague: Netherlands Ministry of Health, Welfare and Sports; 2019. Disponível em inglês em: (<https://www.government.nl/documents/reports/2019/06/30/the-national-prevention-agreement>, consultado em 4 de setembro de 2020).

91. Lee J, Meijer E, Phillips D, Hu P. Disability incidence rates for men and women in 23 countries: evidence on health effects of gender inequality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;glaa288 Disponível em inglês em: (<https://academic.oup.com/biomedgerontology/advance-article/doi/10.1093/gerona/glaa288/5995594>, consultado em 23 de novembro de 2020).
92. Borrell C, Palencia L, Muntaner C, Urquia M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev*. 2014;36:31–48.
93. Ageing Trajectories of Health: Longitudinal Opportunities and Synergies Project. Brussels: European Union Horizon 2020 Research and Innovation Programmes; 2015 Disponível em inglês em (<http://athlosproject.eu/the-project/>, consultado em 2 de setembro de 2020).
94. Sanchez-Niubo A, Forero CG, Wu Y-T, Giné-Vázquez I, Prina M, De La Fuente J et al. Development of a common scale for measuring healthy ageing across the world: results from the ATHLOS consortium. *Int J Epidemiol*. 2020;dyaa236 Disponível em inglês em: (<https://academic.oup.com/ije/advance-article/doi/10.1093/ije/dyaa236/6020095>, consultado em 5 de dezembro de 2020).
95. Madero-Cabib I, Corna L, Baumann I. Aging in different welfare contexts: a comparative perspective on later-life employment and health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020;75(7):1515–26. Disponível em inglês em: (<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/75/7/1515/5387569>, consultado em 25 de julho de 2020).
96. Working better with age. Ageing and employment policies. Paris: OECD Publishing; 2019 Disponível em inglês em: (<https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>, consultado em 1 de setembro de 2020).
97. Wu Y-T, Brayne C, Liu Z, Huang Y, Sosa AL, Acosta D et al. Neighbourhood environment and dementia in older people from high-, middle- and low-income countries: results from two population-based cohort studies. *BMC Public Health*. 2020; 20:1330. Disponível em inglês em (<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09435-5#citeas>, ,, consultado em 1 de setembro de 2020).
98. Medición del grado de adaptación de las ciudades a las personas mayores: guía para el uso de los indicadores básicos. Geneva: Organización Mundial da Saúde; 2015. Disponível em espanhol em: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203832/9789243509693_spa.pdf), consultado em 5 de agosto de 2020).
99. Boker SM, Martynova E, Moulder R, Sadana R. Estimating accessibility of environmental resources from automated Google Map queries. (Submitted 2020).
100. Adler L. Learning from location. Cambridge(MA): Data-Smart City Solutions; 2016 disponível em inglês em (<https://datasmart.ash.harvard.edu/news/article/learning-from-location-806>, consultado em 18 de agosto de 2020).
101. Johnson R, Eisenstein A, Boyken L. Age friendly Chicago: findings from a community-wide baseline assessment; 2014 Disponível em inglês em (<https://www.scholars.northwestern.edu/en/publications/age-friendly-chicago-findings-from-a-community-wide-baseline-asse>, consultado em 26 de agosto de 2020).
102. Dirksen JC, Prachand NG, et al. Healthy Chicago 2.0: Partnering to improve health equity. Chicago (IL); 2016. Disponível em inglês em: (<https://www.chicago.gov/city/en/depts/cdph/provdrs/healthychicago.html>, consultado em 18 de abril de 2020)
103. Chicago Health Atlas. Disponível em inglês em: (<https://www.chicagohealthatlas.org/>, consultado em 18 de abril de 2020).
104. Hall S. Chicago's WindyGrid puts open data to work; 2017. Disponível em inglês em: (<https://thenewstack.io/chicagos-windygrid-puts-data-work>, consultado em 18 de agosto de 2020).
105. Thorton S. The Internet of Things in Chicago: collaborative action for smarter cities. Cambridge (MA): Data-Smart City Solutions; 2015. Disponível em inglês em: (<https://datasmart.ash.harvard.edu/news/article/the-inter-net-of-things-in-chicago-collaborative-action-for-smarter-cities-6>, consultado em 18 de agosto de 2020).
106. Welcome to the Array of Things, an intelligent urban measurement project that's changing our understanding of cities and urban life. Array of Things: University of Chicago; 2020 Disponível em inglês em: (<https://arrayofthings.github.io>, consultado em 18 de agosto de 2020).
107. Measuring digital development: facts and figures 2019. Geneva: International Telecommunications Union; 2019. Disponível em inglês em:(<https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>, consultado em 1 de outubro de 2020).
108. National Case Study – Chile. Santiago: Ministry of Health and Ministry of Social Development (to be published beginning 2021).
109. National Case Study – Finland. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health (to be published beginning 2021).
110. National Case Study – Ghana. Accra: Ministry of Health (to be published beginning 2021).
111. National Case Study – Qatar. Doha: Ministry of Public Health (to be published beginning 2021).
112. National Case Study – India. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare (to be published beginning 2021).
113. National Case Study – Thailand. Bangkok: Health Ministry of Public Health (to be published beginning 2021).
114. National Case Study – Singapore. Singapore: Ministry of Health (to be published beginning 2021).
115. National Case Study – China. Beijing: National Health Commission (to be published beginning 2021).

116. Longitudinal Ageing Study in India (LASI) Wave 1, 2017–19, India report. International Institute for Population Sciences (IIPS), Harvard T.H.Chan School of Public Health (HSPH) and the University of Southern California (USC). Mumbai: International Institute for Population Sciences; 2020.
117. Canadian Longitudinal Study on Ageing. Hamilton: National Coordinating Centre; 2019.
118. Raina P, Wolfson C et al. Canadian Longitudinal Survey on Adults: preliminary investigation on structural basis for healthy ageing background paper for WHO consortium on metrics and evidence for healthy ageing, Geneva, 10–11 October 2019. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2019.
119. California health interview survey, Elder Index. UCLA Center for Health Policy Research (<https://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-disparities/elder-health/Pages/elder-index-2011.aspx#:~:text=The%20Elder%20Index%20is%20part%20of%20a%20national,characterize%20the%20population%20with%20incomes%20below%20the%20index>, consultado em 13 de outubro de 2020).
120. United Nations Sustainable Development Goals. Nova York (NY): Organização das Nações Unidas. Disponível em inglês em: (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>, consultado em 1 de setembro de 2020).
121. World Health Organization Ageing and life-course. Mid-term progress on the Global Strategy. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/ageing/commit-action/measuring-progress/en/>, consultado em 1 de setembro de 2020).
122. National Ageing Policy “Ageing With Security And Dignity”. Accra: Ministry Of Employment and Social Welfare, Government of Ghana; 2010b. Disponível em inglês em: ([https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&es-rc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewi6m9uGtMfrAhVyp-IsKHcdJDucQFjACegQIBB&url=http%3A%2F%2Fmogcsp.gov.gh%2F%3Fmdocs-file%3D672&usg=AOvVaw3\\_8MMgFxf61QpRy-9BnMiM1](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&es-rc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewi6m9uGtMfrAhVyp-IsKHcdJDucQFjACegQIBB&url=http%3A%2F%2Fmogcsp.gov.gh%2F%3Fmdocs-file%3D672&usg=AOvVaw3_8MMgFxf61QpRy-9BnMiM1), consultado em 4 de agosto de 2020).
123. National Ageing Policy Implementation Action Plan. Accra: Ministry Of Employment and Social Welfare, Government of Ghana; 2010a.
124. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores, [National Health Programme of older adults – 2014]. Minsal: Ministry of Health, Gobierno de Chile; 2014.
125. Servicio Nacional del Adolto Major, Ministerio de Desarrollo Social. Política Integral de Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025 [Comprehensive policy of positive ageing for Chile – 2012-2025]. Santiago: Impresores en Alvimpress Ltda; 2012. Disponível em espanhol em: ([https://vifadulto-mayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas\\_.pdf](https://vifadulto-mayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas_.pdf), consultado em 4 de agosto de 2020).
126. The 8th Five-Year Plan for Health Development (2011–2015) – The National Strategic Plan. Muscat: Ministry of Health Sultanate of Oman, Government of Oman; 2010. Disponível em inglês em: ([http://www.nation-alplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Oman/five\\_year\\_plan\\_for\\_health\\_development\\_2011-2015.pdf](http://www.nation-alplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Oman/five_year_plan_for_health_development_2011-2015.pdf), consultado em 4 de agosto de 2020).
127. National Action Plan for Positive Ageing for the Period 2013–2017. Prague: Ministry of Family, Labour and Social Affairs, Government of Czechia; 2013. Disponível em inglês em: ([https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/NAP\\_EN\\_web.pdf/75098fbf-2912-91e1-7547-c41ad26bfbef1](https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/NAP_EN_web.pdf/75098fbf-2912-91e1-7547-c41ad26bfbef1), consultado em 4 de agosto de 2020).
128. National Strategic Policy for Active Ageing 2014–2020. Valletta: National Commission for Active Ageing, Parliamentary Secretariat for Rights of Persons with Disability and Active Ageing, Government of Malta; 2014. Disponível em inglês em: (<https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/1433/1/National%20Strategic%20Policy%20for%20Active%20Ageing%20-%20Malta%202014-2020%20%28English%20Version%29>, consultado em 4 de agosto de 2020).
129. Long-term Senior Policy in Poland for the years 2014-2020. Warsaw: Ministry of Labour and Social Policy, Government of Poland; 2014. Disponível em inglês em: ([https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/MIPAA/NHRI\\_Poland\\_Annex1.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/MIPAA/NHRI_Poland_Annex1.pdf), consultado em 4 de agosto de 2020).
130. The Strategy of Care of the Elderly ill 2010 – Solidarity, good intergenerational relations and quality ageing of the population. Ljubljana: Ministry Of Labour, Family and Social Affairs, Government of Republic of Slovenia; 2010.
131. Turkey Healthy Aging Action Plan and Implementation Program 2015–2020. Ankara: Ministry of Health, Government of Turkey; 2015. Disponível em inglês em: ([https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/turkey/turkey\\_health\\_aging\\_action\\_plan\\_and\\_implementation\\_program\\_2015-2020.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/turkey/turkey_health_aging_action_plan_and_implementation_program_2015-2020.pdf), consultado em 4 de agosto de 2020).
132. National Policy On Older Persons. New Delhi: Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India; 1999. Disponível em inglês em: ([https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/india/india\\_national\\_policy\\_on\\_older\\_persons\\_1999.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/planning_cycle_repository/india/india_national_policy_on_older_persons_1999.pdf), consultado em 4 de agosto de 2020).
133. Giri M, Sabharwal MM, Gangadharan KR, Sreenivasan S, Mitra PP. Draft national policy on senior citizens. Delhi: Government of India; 2011 Disponível em inglês em: (<http://socialjustice.nic.in/writereaddata/UploadFile/dnpsc.pdf>, consultado em 4 de agosto de 2020).
134. National Charter for Senior Citizens & National Policy for Senior Citizens Sri Lanka. Battaramulla: Ministry of Social Services & Social Welfare, Government of Sri Lanka; 2006.

135. The National Commission on the Elderly. The Ministry of Social Development and Human Security. (2009) The 2nd National Plan on The Elderly (2002-2021) 1st Revised of 2009. Thailand. Disponível em inglês em ([https://www.dop.go.th/download/laws/law\\_th\\_20161107091458\\_1.pdf](https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20161107091458_1.pdf)).
136. The State Council Circular on Implementing China's 12th Five-year Development Plan on Ageing State Council Issuance No.(2011) 28. Beijing: The State Council, People's Republic of China; 2011.
137. Prevenção e manejo da COVID-19 nos serviços de assistência de longa permanência. Sumário de política, 24 de julho de 2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em português em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52643/OPASWBRACOVID1920107\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52643/OPASWBRACOVID1920107_por.pdf), consultado em 3 de setembro de 2020).
138. Salcher-Konrad M, JhassA, Naci H, Tan M, El-Tawil Y, Comas-Herrera A. COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic review of emerging evidence. MedRxiv Preprint; 2020. doi: Disponível em inglês em: <https://doi.org/10.1101/2020.06.09.20125237> (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.09.20125237v3>, consultado em 4 de agosto de 2020).
139. The Health and Retirement Study. Ann Arbor (MI): Health and Retirement Study Survey Research Centre, University of Michigan. Disponível em inglês em: (<https://hrs.isr.umich.edu/about>, consultado em 4 de agosto de 2020).
140. International Sister Studies of the Health and Retirement Study. Ann Arbor: Health and Retirement Study Survey Research Centre, University of Michigan. Disponível em inglês em: Disponível em inglês em: (<https://hrs.isr.umich.edu/about/international-sister-studies>, consultado em 4 de agosto de 2020).
141. Hunter Green. Global Expansion of the HRS Family of Surveys. Gateway to global ageing data. Los Angeles (CA): The Program on Global Aging, Health, and Policy and The Center for Economic and Social Research (CESR), USC University of Southern California; 2020 Disponível em inglês em: (<https://g2aging.org/?section=blogs&title=global-expansion-of-hrs-surveys>, consultado em 4 de agosto de 2020).
142. Gateway to global ageing data. Los Angeles (CA): The Program on Global Aging, Health, and Policy and The Center for Economic and Social Research (CESR), USC University of Southern California. Disponível em inglês em: (<https://g2aging.org>, consultado em 4 de agosto de 2020).
143. Healthy life expectancy (HALE) at birth (years) (Mortality and global health estimates). Global Health Observatory indicator views. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: ([https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS\\_000002?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS_000002?lang=en), consultado em 3 de setembro de 2020).
144. Healthy life expectancy (HALE) at age 60 (years) (Mortality and global health estimates). Global Health Observatory indicator views. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: ([https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS\\_000007?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS_000007?lang=en), consultado em 3 de setembro de 2020).
145. Triple Billion dashboard. Tracking the work of WHO, countries, regions and partners to meet the Triple Billion targets and health-related Sustainable Development Goals (SDGs). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/data/triple-billion-dashboard>, consultado em 20 de outubro de 2020).
146. Triple Billion targets. A visual summary of methods to deliver impact. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/data/stories/the-triple-billion-targets-a-visual-summary-of-methods-to-deliver-impact>, consultado em 21 de outubro de 2020).
147. Global health estimates 2019: Life expectancy, 2000–2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/data/global-health-estimates>, consultado em 9 de dezembro de 2020).
148. de la Fuente J, Caballero FF, Verdes E, Rodríguez-Artalejo F, Cabello M, de la Torre-Luque A et al. Are younger cohorts in the USA and England ageing better? Int J Epidemiol. 2019;48(6):1906–13.
149. Madrid International Plan of Action on Ageing. Nova York (NY): Organização das Nações Unidas; 2002.
150. The universal declaration of human rights, Article 25. Nova York (NY): Organização das Nações Unidas; 1948.
151. Legislativa, Asamblea. Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (a-70). [Inter-American convention on protecting the human rights of older persons (a-70)]. Washington(DC): The Organization of American States; 2016. Disponível em inglês em: ([https://www.oas.org/en/sla/dil/inter\\_american\\_treaties\\_A-70\\_human\\_rights\\_older\\_persons\\_signatories.asp](https://www.oas.org/en/sla/dil/inter_american_treaties_A-70_human_rights_older_persons_signatories.asp), consultado em 8 de dezembro de 2020).
152. Amer M, Daim TU, Jetter A. A review of scenario planning. Futures. 2013;46:23–40.
153. Neiner JA, Howze EH, Greaney ML. Using scenario planning in public health: anticipating alternative futures. Health Promot Pract. 2004;5(1):69–79.
154. Vollmar HC, Ostermann T, Redaelli M. Using the scenario method in the context of health and health care – a scoping review. BMC Med Res Methodol. 2015;15:89 Disponível em inglês em: (<https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-015-0083-1>, consultado em 4 de agosto de 2020).
155. Goharinezhad S, Meleki M, Baradaran H, Ravaghi H. Futures of elderly care in Iran: a protocol with scenario approach. Med J Islam Repub Iran. 2016;30:416 Disponível em inglês em: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5307636/>, consultado em 4 de agosto de 2020).

156. Wepner B, Giesecke S. Drivers, trends and scenarios for the future of health in Europe. Impressions from the FRESHER project. *European Journal of Futures Research*. 2018;6(1).
157. Priebe S, Borrero AA, Bird V, Kulenovic A, Giacco D, Restrepo C et al. Possibilities for the future of global mental health: a scenario planning approach. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1).
158. Menzies MB, Middleton L. Evaluating health futures in Aotearoa. *World Futures Review*. 2019;11(4):379–95.
159. Schoemaker CG, Loon VJ, Achterberg PW, Berg MVD, Harbers MM, Hertog FRJD et al. The public health status and foresight report 2014: four normative perspectives on a healthier Netherlands in 2040. *Health Policy*. 2019;123(3):252–9.
160. Svatošová V, Smolík J. The scenarios of social policy development in the Czech Republic. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. 2015;63(5):1749–67.
161. AIDS in Africa: three scenarios to 2025. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2005. Disponível em inglês em: ([https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/jc1068-scenarios-execsumm\\_en\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1068-scenarios-execsumm_en_0.pdf), consultado em 3 de agosto de 2020).
162. Mayor colaboración, mejor salud. Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos: fortalecimiento de la colaboración entre las organizaciones multilaterales para acelerar el progreso de los países en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. Geneva: Organización Mundial da Saúde; 2019 Disponível em espanhol em: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327844/9789243516431-spa.pdf>, consultado em 3 de setembro de 2020).
163. Williams GA, Cylus J, Roubal T, Ong P, Barber SL. The economics of healthy and active ageing. Sustainable health financing with an ageing population: will population ageing lead to uncontrolled expenditure growth- Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. Disponível em inglês em: (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/sustainable-health-financing-with-an-ageing-population-will-population-ageing-lead-to-uncontrolled-health-expenditure-growth-2019>, consultado em 3 de setembro de 2020).
164. Cylus J, Roubal T, Ong P, Barber SL. The Economics of Healthy and Active Ageing. Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. Disponível em inglês em: (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/sustainable-health-financing-with-an-ageing-population-implications-of-different-revenue-raising-mechanisms-and-policy-options-2019>, consultado em 3 de setembro de 2020).
165. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009 Jul 4;374(9683):86–9 Disponível em inglês em: ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60329-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60329-9/fulltext), consultado em 23 de novembro de 2020).
166. Prina M, Moreno-Agostino D, Co M, Daskalopoulou C, Mayston R, Lee H-y et al. WHO recommendations on primary prevention interventions to improve intrinsic capacity across the life-course: a systematic review. Background paper prepared for WHO Consortium on Metrics and Evidence for Healthy Ageing, Geneva, 10–11 October 2019. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2019.
167. Community-Based Social Innovations. World Health Organization Centre for Health Development, Kobe. Disponível em inglês em: ([https://extranet.who.int/kobe\\_centre/en/project-details/community-based-social-innovations](https://extranet.who.int/kobe_centre/en/project-details/community-based-social-innovations), consultado em 2 de setembro de 2020)
168. Kondo K, Rosenberg M. Advancing universal health coverage through knowledge translation for healthy ageing: lessons learnt from the Japan Gerontological Evaluation Study. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279010>, consultado em 28 de novembro de 2020).
169. Saito J, Haseda M, Amemiya A, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan. *Bull World Health Organ*. 2019;97:570–4.
170. Haseda M, Takagi D, Kondo K, Kondo N. Effectiveness of community organizing interventions on social activities among older residents in Japan: A JAGES quasi-experimental study. *Soc Sci Med*. 2019;240:112527.
171. Hosseinijebeli SS, Rezapour A, Moradi-Lakeh M. Measuring universal health coverage to ensure continuing care for older people: a scoping review with specific implications for the Iranian context. WHO Kobe Centre Working Paper. Kobe: WHO Centre for Health Development; 2020.
172. Creating age-friendly environments in Europe. A tool for local policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. Disponível em inglês em: (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities/age-friendly-environments-in-europe-afee/modules-of-a-guide-for-age-friendly-environments-in-europe/creating-age-friendly-environments-in-europe.-a-tool-for-local-policy-makers-and-planners-2016>, consultado em 20 de outubro de 2020).
173. Age-friendly environments in Europe. A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. Disponível em inglês em: (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2017/age-friendly-environments-in-europe.-a-handbook-of-domains-for-policy-action-2017>, consultado em 21 de outubro de 2020).

174. Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessments. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. Disponível em inglês em: (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities/age-friendly-environments-in-europe-afee/modules-of-a-guide-for-age-friendly-environments-in-europe/age-friendly-environments-in-europe-indicators,-monitoring-and-assessments-2018>, consultado em 21 de outubro de 2020).
175. Building a global research agenda for healthy ageing draft meeting report 4-5 October 2017. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.
176. Abordagem Sistemática para Exercícios de Definição de Prioridades de Pesquisa. Orientações para Trabalhadores da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em português em: ([file:///C:/Users/DELL/Downloads/9789275723401\\_por.pdf](file:///C:/Users/DELL/Downloads/9789275723401_por.pdf), consultado em 17 de outubro de 2020).
177. Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/sage/about>, consultado em 4 de agosto de 2020).
178. Disability data. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/disabilities/data/en/>, consultado em 4 de agosto de 2020).
179. PubMed Central (PMC). Bethesda (MD): National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information; 2000. Disponível em inglês em: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>, consultado em 12 de setembro de 2020).
180. Howe T, Marcus S, Thompson-Coon J, Welch V. et al. Guidance on evidence synthesis for research relevant to health ageing and older populations. Background paper prepared for WHO Consortium on Metrics and Evidence for Healthy Ageing 10-11 October 2019, WHO Headquarters Geneva, Switzerland.
181. Welch V, Howe TE, Marcus S, Mathew CM, Sadana R, Rogers M et al. PROTOCOL: Health, social care and technological interventions to improve functional ability of older adults: evidence and gap map. Campbell Systematic Reviews. 2019;15(4):e1054. Disponível em inglês em: (<https://doi.org/10.1002/cl2.1054>, consultado em 12 de setembro de 2020).
182. Plotkin SA, Orenstein WA, Offit P. Vaccines, fifth edition. London: Elsevier Health Sciences; 2008.
183. Zheng Y, Barratt J. Changing the conversation of adult vaccination. Draft publication. Toronto: International Federation on Ageing; 2020. Disponível em inglês em: (<https://www.vaccines4life.com/changing-the-conversation/>, consultado em 20 de outubro de 2020).
184. Stark S, Keglovits M, Arbesman M, Lieberman D. Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: a systematic review. Am J Occup Ther. 2017;71(2):1-11A.
185. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. Lancet. 2015;385(9968):649-57.
186. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019.
187. Nundoochan A, Thorabally Y, Monohur S, Hsu J. Impact of out of pocket payments on financial risk protection indicators in a setting with no user fees: the case of Mauritius. Int J Equity Health. 2019;18(1):63. Disponível em inglês em: (<https://doi.org/10.1186/s12939-019-0959-5>, consultado em 11 de setembro de 2020).
188. Taube M, Vaskis E, Nesterenko O. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Latvia. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2018. Disponível em inglês em: ([https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/373580/Can-people-afford-to-payLatvia-WHO-FP-006.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/373580/Can-people-afford-to-payLatvia-WHO-FP-006.pdf), consultado em 11 de setembro de 2020).
189. Informe de monitoreo mundial de la protección financiera en relación con la salud 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde, and Washington(DC): International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2019. Disponível em espanhol em: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344054/9789240024458-spa.pdf>, consultado em 11 de setembro de 2020).
190. Sadana R, Soucat A, Beard J. Universal health coverage must include older people. Bull World Health Organ. 2018;96(1):2-2A.
191. Parmar D, Williams G, Dkhimi F, Ndiaye A, Asante FA, Arhinful DK et al. Enrolment of older people in social health protection programs in West Africa – does social exclusion play a part? Soc Sci Med. 2014;119:36-44.
192. The Botswana healthy and active ageing program strategy. Draft 4. Gaborone: Ministry of Health and Wellness, Republic of Botswana; 2019.
193. Implementation of the long-term care system. Starost v Radost. Disponível em inglês em: (<https://starikam.org/sdu/>, consultado em 11 de setembro de 2020).
194. The School of Responsible for the Long-Term Care System for the staff of inpatient institutions from the regions has started operating. Starost v Radost. (<https://starikam.org/news/nachalabatat-shkola-otvetstvennyx-za-sistemu-dolgovremen-nogou-xoda-dlya-sotrudnikov-stacionarnyx-uchrezhdenij-iz-re-gionov/>, consultado em 11 de setembro de 2020).
195. Buurtzorg model. Disponível em inglês em: (<https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtz-orgmodel/>, consultado em 11 de setembro de 2020).
196. Age Friendly Ireland. Age Friendly World. Disponível em inglês em:

- (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/age-friendly-ireland/>, consultado em 11 de setembro de 2020).
197. Sibai A, Abi Chahine M. Lifelong learning and healthy ageing: a scoping review. Background paper prepared for WHO Consortium on Metrics and Evidence for Healthy Ageing, Geneva, 10–11 October 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019.
  198. Orzechowska A, Wysokiński A, Przybylska B, Jałosińska J, Florkowski A, Zboralski K et al. Depressive disorders in the elderly depending on life activity. *Polski Merkuriusz Lekarski*. 2008;25(150):503–6.
  199. Fernández-Ballesteros R, Caprara M, Schettini R, Bustillos A, Mendoza-Nunez V, Orosa T et al. Effects of university programs for older adults: Changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. *Educ Gerontol*. 2013;39(2):119–31.
  200. Sahar J, Riasmini NM, Kusumawati DN, Erawati E. Improved health status and life satisfaction among older people following self-help group intervention in Jakarta. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2017;2017:3879067 Disponível em inglês em: (<https://www.hindawi.com/journals/cggr/2017/3879067/>, consultado em 11 de setembro de 2020).
  201. Inouye K, de Souza Orlandi F, Lost Pavarini SC, Silva Pedrazzani E. Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. [Impact of the Third Age Open University on the Quality of Life of the Elderly]. *Educ Pesqui*. 2018;44(1):1–18.
  202. Butterworth JE, Hays R, Richards SH, Bower P, Campbell J. Interventions for involving older patients with multimorbidity in decision-making during primary care consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(9):CD013124. Disponível em inglês em: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513505/>, consultado em 11 de setembro de 2020).
  203. Life filming – a win-win method. *Age Friendly World*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/life-filming-a-win-win-method/>, consultado em 22 de julho de 2020).
  204. Gustafsson S, Falk C, Tillman S, Holtz L, Lindahl L. Life filming as a means of participatory approach together with older community-dwelling persons regarding their local environment. *Scand J Occup Ther*. 2018;25(5):347–57.
  205. Barber S, Thakkar K, Marvin V, Franklin BD, Bell D. Evaluation of My Medication Passport: a patient-completed aide-memoire designed by patients, for patients, to help towards medicines optimisation. *BMJ open*. 2014;4(8):e005608. Disponível em inglês em: (<https://bmjopen.bmj.com/content/4/8/e005608>, consultado em 22 de julho de 2020).
  206. Heifetz M, Lunsky Y. Implementation and evaluation of health passport communication tools in emergency departments. *Res Dev Disabil*. 2018;72:23–32.
  207. 45 doctors and nurses in the “Elderly Health Passport” workshop. Riyadh: Department of Public Health of The Kingdom of Saudi Arabia; 2019 (<http://www.alahsa-health.gov.sa/site/archives/7859>, consultado em 11 de setembro de 2020).
  208. Horacio Rodríguez Larreta entregó 800 tablets a adultos mayores de la Ciudad. [Horacio Rodríguez Larreta delivered 800 tablets to older adults in the City]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad; 2019 Disponível em espanhol em: (<https://www.buenosaires.gob.ar/jefedegobierno/noticias/rodriguez-larreta-entrego-800-tablets-adultos-mayores-de-la-ciudad-es-una>, consultado em 4 de agosto de 2020).
  209. +Simple, digital inclusion for older people. [+Simple, Inclusión Digital para los más grandes]. *Age Friendly World*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/simple-digital-inclusion-older-people/>, consultado em 22 de julho de 2020).
  210. Se lanzó la inscripción para un nuevo sorteo de tablets +Simple. [Registration for a new + Simple tablets giveaway was launched]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad; 2019. Disponível em espanhol em: (<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/noticias/se-lanzo-la-inscripcion-para-un-nuevo-sorteo-de-tablets-simple>, consultado em 22 de julho de 2020).
  211. Ahora +Simple permite generar vínculos entre los adultos mayores. [Now +Simple creates links between older adults]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad; 2017. Disponível em espanhol em: (<https://www.buenosaires.gob.ar/noticias/rodriguez-larreta-la-nueva-version-de-simple-permite-generar-vinculos-entre-los-adultos>, consultado em 4 de agosto de 2020).
  212. Personas mayores: ya se está implementando el programa “Yo, Digital”. [Older people: the “I, Digital” program is already being implemented]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad; 2019. Disponível em espanhol em: (<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/noticias/personas-mayores-ya-se-esta-implementando-el-programa-yo-digital>, consultado em 4 de agosto de 2020).
  213. +Simple Móvil. [+Simple Mobile]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad Disponível em espanhol em: (<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/personas-mayores/simple/conseguí-simple-movil>, consultado em 4 de agosto de 2020).
  214. Hachem H, Vuopala E. Older adults, in Lebanon, committed to learning: contextualizing the challenges and the benefits of their learning experience. *Educ Gerontol*. 2016;42(10):686–97.
  215. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 1(1):CD012424 Disponível em inglês em: (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012424.pub2/full>, consultado em 3 de setembro de 2020).

216. Shopping Service; called "Tochikubo Shopping Club" for aged people in Tochikubo area, Hadano city. *Age-Friendly World*; 2018 Disponível em inglês em: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/shopping-service-called-tochikubo-shopping-club-for-aged-people-in-tochikubo-area-hadano-city/>, consultado em 3 de setembro de 2020).
217. Le mobilier urbain au banc d'essai. *Age-Friendly World*; 2015 Disponível em francês em: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/le-mobilier-urbain-au-banc-dessai/>, consultado em 3 de setembro de 2020).
218. Proyecto de Innovación Social: Observatorio Comunitario de Gestión y Control de la Información Territorial. Valparaiso: Universidad de Valparaiso; 2018. Disponível em espanhol em: (<https://geropolis.uv.cl/investigacion/investigacion-aplicada/258>, consultado em 3 de setembro de 2020).
219. Assistive technology in Tajikistan: situational analysis. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312313>, consultado em 3 de setembro de 2020).
220. Mishra S, Pupulin A, Ekman B, Khasnabis C, Allen M, Huber M. National priority assistive product list development in low resource countries: lessons learned from Tajikistan. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2020;1-8.
221. Felicia Choo. Silver Challenge trails spur seniors to walk more. Council for Third Age. *The Straits Times*; 2019 (<https://www.straitstimes.com/singapore/health/silver-challenge-walking-trails-launched-for-seniors-as-part-of-national-steps>, consultado em 2 de agosto de 2020).
222. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em inglês em: (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, consultado em 2 de agosto de 2020).
223. Tavassoli N, Piau A, Berbon C, De Kerimel J, Lafont C, De Souto Barreto P et al. Framework implementation of the INSPIRE ICOPE-CARE program in collaboration with the World Health Organization (WHO) in the Occitania region. *J Frailty Aging*. 2020;in press. Disponível em inglês em: (<https://www.jfrailtyaging.com/5437-framework-implementation-of-the-inspire-icope-care-program-in-collaboration-with-the-world-health-organization-who-in-the-occitania-region.html>, consultado em 2 de agosto de 2020).
224. Banerjee A, Sadana R. Integrated Care For Older People (ICOPE): from guidelines to demonstrating feasibility. *J Frailty Aging*. 2020. Disponível em inglês em: (<https://doi.org/10.14283/jfa.2020.40>, consultado em 2 de agosto de 2020).
225. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community*. 2018;26(2):147-57.
226. Husk K, Lovell R, Cooper C, Stahl-Timmins W, Garside R. Participation in environmental enhancement and conservation activities for health and well-being in adults: a review of quantitative and qualitative evidence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(5):CD010351.
227. Co M, Couch E, Moreno-Agostino D, Wu Y-T, Posarac A, Wi TE et al. Non-pharmacological interventions for the prevention of sexually transmitted infections (STIs) in older adults: a systematic review. 2020 (submitted).
228. Who we are. *Incredible Education*; 2017. Disponível em inglês em: (<https://www.incredibleeducation.co.uk/who-we-are>, consultado em 10 de setembro de 2020).
229. Green and Growing. *Age-Friendly World*; 2018. Disponível em inglês em: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/green-and-growing/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
230. Howarth M, Rogers M, Withnell N, Morton CA. A qualitative evaluation of the "Green & Growing" project. Manchester: University of Salford; 2018. Disponível em inglês em: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2019/05/Green-and-Growing-Report-2018-1.pdf>, consultado em 10 de setembro de 2020).
231. Incredible Education. Community growing toolkit; 2018. Disponível em inglês (<https://www.ageuk.org.uk/wp-assets/globalassets/salford/forms/ambition-for-ageing/green-and-growing-toolkit.pdf>, consultado em 10 de setembro de 2020).
232. Intergenerational self-help clubs in Thuong Xuan and Ba Thuoc district: report. Hanoi: HelpAge International Vietnam Country Office; 2016. Disponível em inglês em: (<https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2019/12/Intergenerational%20self-help%20clubs%20in%20Thuong%20Xuan%20and%20Ba%20Thuoc%2C%20Vietnam.pdf>, consultado em 10 de setembro de 2020).
233. Empowering seniors: Resource Kit. Singapore: National Council of Social Service; 2019. Disponível em inglês em: ([https://www.ncss.gov.sg/NCSS/media/NCSS-Publications/Pdfdocument/Empowering-Seniors\\_Resource\\_Kit.pdf](https://www.ncss.gov.sg/NCSS/media/NCSS-Publications/Pdfdocument/Empowering-Seniors_Resource_Kit.pdf), consultado em 10 de setembro de 2020).
234. Cylus J, Figueras J, Normand C. Will population ageing spell the end of the Welfare State? A review of evidence and policy options. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. Disponível em inglês em: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550573/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
235. Understanding employment participation of older workers: defining research needs for evidence-based policy. Berlin: Federal Ministry of Labour and Social Affairs; 2015. Disponível em inglês em: ([https://www.jp-demo-graphic.eu/wp-content/uploads/2015/07/JPIUEP\\_Brochure1.pdf](https://www.jp-demo-graphic.eu/wp-content/uploads/2015/07/JPIUEP_Brochure1.pdf), consultado em 10 de setembro de 2020).
236. Steenstra I, Cullen K, Irvin E, Van Eerd D, IWH Older Worker



- Research team. A systematic review of interventions to promote work participation in older workers. *J Safety Res.* 2017;60:93–102.
237. van der Mark-Reeuwijk KG, Weggemans RM, Bültmann U, Burdorf A, Deeg DJ, Geuskens GA et al. Health and prolonging working lives: an advisory report of the Health Council of The Netherlands. *Scand J Work Environ Health.* 2019;45(5):514–9.
238. Muratpasa municipality. In: Age-friendly World. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: (<https://extranet.who.int/agefriendly-world/network/muratpasa/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
239. BABA Trondheim. In Age-friendly World. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/baba-trondheim/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
240. Cultural offer for seniors. [Kulturtilbud for seniorer]. Trondheim: Trondheim Kommue; 2019 (<https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/07-kultur-og-naring/kulturenheten/seniorkultur/kulturtilbud-for-seniorer-juli-desember-2019-2.pdf>, consultado em 10 de setembro de 2020).
241. Ageing Well in the Digital World – Projects. AAL Programme. Brussels: AAL Association; 2020. Disponível em inglês em: (<http://www.aal-europe.eu/projects-main/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
242. Active Retiree and Golden Workers Gate (ActGo-Gate). St. Gallen: Institute of Information Management, University of St. Gallen; 2015. Disponível em inglês em: (<https://actgogate.iwi.unisg.ch/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
243. ActGo-Gate. AAL Programme. Brussels: AAL Association; 2020. Disponível em inglês em: (<http://www.aal-europe.eu/projects/acto-gate/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
244. 244. Active Retiree and Golden Workers Gate (ActGo-Gate). Wroclaw: Competence Center IT in Service Economy; 2017. Disponível em inglês em: (<http://itse.ue.wroc.pl/index.php/actgogate/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
245. Active Retiree and Golden Workers Gate – Deliverable 5.3. Brussels: AAL Association; 2017. Disponível em inglês em: (<http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2019/12/ActGo-Gate-D5.3-Go-to-market-guide.pdf>, consultado em 10 de setembro de 2020).
246. Gryncewicz W, Kutera R, Leszczynska M, Rot A. Architecture and implementation of an internet platform for activating elderly people: case study. In: Proceedings of the 5th International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health (ICT4AWE 2019). 2019;1:247–54.
247. Seoul 50+ Policy – Redefining the meaning of work in an aging society. In: Case studies on value dilemmas in systems change. Public value in public service transformation: working with change. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2019. Disponível em inglês em: ([https://www.oecd-ilibrary.org/sites/47c17892-en/1/2/4/index.html?itemId=/content/publication/47c17892-en&csp\\_=be-902f204a0ee0e1bf599cf31fab15b6&itemGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e5271](https://www.oecd-ilibrary.org/sites/47c17892-en/1/2/4/index.html?itemId=/content/publication/47c17892-en&csp_=be-902f204a0ee0e1bf599cf31fab15b6&itemGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e5271), consultado em 10 de setembro de 2020).
248. Case study: The Seoul 50+ initiative in South Korea. London: Centre for Public Impact; 2018. Disponível em inglês em: (<https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/seoul-50plus/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
249. Association for Active Ageing. [Associazione per l'invecchiamento attivo]. Rome: Auser. Disponível em inglês em: (<https://www.auser.it/>, consultado em 10 de setembro de 2020).
250. Clark A, Jit M, Warren-Gash C, Guthrie B, Wang HHX, Merce SW. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *Lancet Glob Health.* 2020;8(8):E1003–17.
251. Information Note – COVID-19 and NCDs. Genebra: Organização Mundial da Saúde (<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds>, consultado em 1 de setembro de 2020).
252. WHO global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/action\\_plan\\_2017\\_2025/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/), consultado em 18 de outubro de 2020).
253. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/), consultado em 15 de setembro de 2020).
254. Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Disponível em espanhol em: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331228/9789240001763-spa.pdf>, consultado em 8 de dezembro de 2020).
255. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/immunization/immunization\\_agenda\\_2030/en/](https://www.who.int/immunization/immunization_agenda_2030/en/), consultado em 18 de outubro de 2020).
256. Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J, Madsen IEH, Sabia S, Alfredsson L et al. Association of healthy lifestyle with years lived without major chronic diseases. *JAMA Intern Med.* 2020;180(5):760–8. Disponível em inglês em: (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763720>, consultado em 19 de outubro de 2020).
257. Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las

- enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial da Saúde. Disponível em espanhol em: ([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52998/9789275322987\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52998/9789275322987_spa.pdf)) ([https://www.who.int/ncds/management/pen\\_tools/en/](https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/), consultado em 19 de setembro de 2020).
258. Tackling NCDs. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-17.9>, consultado em 3 de agosto de 2020).
259. Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta: situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2020. Disponível em espanhol em: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable\\_diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf), consultado em 19 de setembro de 2020).
260. Mendes S. Effective interventions that preserve cardiovascular health and reduce morbidity, mortality and health care costs in older adults 60+ years. Background prepared for Baseline Report for the Decade of Healthy Ageing. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.
261. Welch V, Howe T, Conde M. Examples of Cochrane intervention reviews that are age-inclusive and focused on the top 10 causes of disability-adjusted life years in older adults. Report prepared for Baseline Report for the Decade of Healthy Ageing. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.
262. Martinez R, Lloyd-Sherlock P, Soliz P, Ebrahim S, Vega E, Ordunez P et al. Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990–2017: a population-based study. *Lancet Glob Health* 2020;8:e511–23.
263. Park D. The basic mechanism accounting for age-related decline in cognitive function. In: Park D, Schwarz N, editors. *Cognitive aging: a primer*. Philadelphia (PA): Psychology Press; 2000: 3–22.
264. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R et al. A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9984):2255–63.
265. Rosenberg A, Ngandu T, Rusanen M, Antikainen R, Backman L, Havulinna S et al. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: the FINGER trial. *Alzheimers Dement*. 2018;14(3):263–70.
266. World Wide Fingers network (<https://wwfingers.com/> consultado em 16 de setembro de 2020).
267. Gitlin L, Winter L, Dennis M, Hodgeson N, Hauck W. A biobehavioral home-based intervention and the well-being of patients with dementia and their caregivers: the COPE randomized trial. *JAMA*. 2010;304(9):983–91.
268. Fortinsky RH, Gitlin LN, Pizzi LT, Piersol CV, Grady J, Robison JT et al. Translation of the Care of Persons with Dementia in their Environments (COPE) intervention in a publicly-funded home care context: rationale and research design. *Contemp Clin Trials*. 2016;49:155–65.
269. Piersol C, Gitlin L. Care of Persons with dementia in their Environments (COPE): principles, characteristics, and fidelity. *Innov Aging*. 2017;1(1):95–6.
270. Clemson L, Laver K, Jeon Y-H, Comans T, Scanlan J, Rahja M. Implementation of an evidence-based intervention to improve the wellbeing of people with dementia and their carers: study protocol for “Care of People with dementia in their Environments (COPE)” in the Australian context. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):108.
271. Research. Cope Australia. Disponível em inglês em: (<https://copeprogram.com.au/research/>, consultado em 5 de julho de 2020).
272. Salamanca O, Geary A, Suárez N, Benavent S, Gonzalez M. Implementation of a diabetic retinopathy referral network, Peru. *Bull World Health Organ*. 2018;96(10):674–81.
273. Campos B, Cerrate A, Montjoy E, Dulanto Gomero V, Gonzalez C, Tecse A et al. Prevalencia y causas de ceguera en Perú: encuesta nacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(5):283–89.
274. Ministerio de Salud Resolución Ministerial 907 – 2014. Lima: Republic of Peru; 2019.
275. 275. Target 3.4. New York(NY): United Nations Development Programme. Disponível em inglês em: (<https://open.undp.org/sdg/targets/3/4>, consultado em 3 de setembro de 2020).
276. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet*. 2020;396(10255):918–34. Disponível em inglês: ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31761-X/](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31761-X/); consultado em 3 de setembro de 2020).
277. Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento 2019-2024. [National Program on Aging Mexico 2019-2024]. Mexico City: Ministry of Health; 2020. (Forthcoming publication)
278. Barber SL, Rosenberg M. Aging and universal health coverage: implications for the Asia Pacific Region. *Health Syst Reform*. 2017;3(3):154–8.
279. Gebremariam KM, Sadana R. On the ethics of healthy ageing: setting impermissible trade-offs relating to the health and well-being of older adults on the path to universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):140.
280. UHC Intervention Compendium. Ginebra: Organização Mundial

- da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: ([www.who.int/universal-health-coverage/](http://www.who.int/universal-health-coverage/))
281. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204–22
282. Skirbekk V, Ottersen T, Hamavid H, Sadat N, Dieleman JL. Vast majority of development assistance for health funds target those below age sixty. *Health Affairs*. 2017;36(5):926–30. Updated figures by Dieleman JL, Micah A, Tsakalos G. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2020.
283. Dieleman JL, Maddison E, Sadana R, Micah A. An aging world requires more support for health systems. *Development assistance should reflect this need. Think Global Health*; 2020. Disponível em inglês em: (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/aging-world-requires-more-support-health-systems>, consultado em 5 de dezembro de 2020).
284. Vollset SE, Goren E, Yuan C-W, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020;396(10258):1285–306.
285. COVID-19 and the Decade of Healthy Ageing. Connection series no. 1 Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series---covid-19-en.pdf?sfvrsn=d3f887b0\\_7&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-connection-series---covid-19-en.pdf?sfvrsn=d3f887b0_7&download=true), consultado em 20 de outubro de 2020).
286. La red mundial de ciudades y comunidades adaptadas a las personas mayores: revisar el último decenio y mirar con optimismo hacia el siguiente. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em espanhol em: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278981/WHO-FWC-ALC-18.4-spa.pdf>, consultado em 21 de outubro de 2020).
287. Healthy Cities. Health promotion. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/healthpromotion/healthy-cities/en/>, consultado em 21 de outubro de 2020).
288. Partnership for Healthy Cities. New York (NY): Bloomberg Philanthropies. Disponível em inglês em: (<https://partnershipforhealthycities.bloomberg.org/>, consultado em 21 de outubro de 2020).
289. Dementia-friendly Initiatives toolkit. Genebra: Organização Mundial da Saúde; Pending release. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/health-topics/dementia>, consultado em 30 de outubro de 2020).
290. Decade of Healthy Ageing: The Platform. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/platform>, consultado em 2 de dezembro de 2020).
291. Ageing data. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing data portal. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data>, consultado em 2 de dezembro de 2020).
292. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing. Second World Assembly on Ageing, Madrid, 8–12 April 2002. New York (NY): United Nations; 2002 disponível em inglês em: (<https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>, consultado em 21 de outubro de 2020).
293. United Nations Economic and Social Council. Modalities for the fourth review and appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002. Nova York (NY): Organização das Nações Unidas; 2020 Disponível em espanhol em: ([https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=E/%20RES/2020/8&Lang=S](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/%20RES/2020/8&Lang=S)), consultado em 20 de outubro de 2020).
294. Statistics Commission endorses new Titchfield City group on ageing. New York City (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs; 2018 Disponível em inglês em: (<https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2018/03/title-statistics-commission-endorses-new-titchfield-city-group-on-ageing/>, consultado em 15 de outubro de 2020).
295. Somes GW, Kritchevsky SB, Shorr RI, Pahor M, Applegate WB. Body mass index, weight change, and death in older adults: the systolic hypertension in the elderly program. *Am J Epidemiol*. 2002;156(2):132–8.
296. Murphy RA, Patel KV, Kritchevsky SB, Houston DK, Newman AB, Koster A et al. Weight change, body composition, and risk of mobility disability and mortality in older adults: a population-based cohort study. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(8):1476–83.
297. Dolan CM, Kraemer H, Browner W, Ensrud K, Kelsey JL. Associations between body composition, anthropometry, and mortality in women aged 65 years and older. *Am J Public Health*. 2007;97(5):913–8. Disponível em inglês em: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854878/>, consultado em 1 de setembro de 2020).
298. Body mass index. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em inglês em: (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>, consultado em 1 de setembro de 2020).
299. Madden AM, Smith S. Body composition and morphological assessment of nutritional status in adults: a review of anthropometric variables. *J Hum Nutr Diet*. 2016;29(1):7–25.
300. Sorkin JD, Muller DC, Andres R. Longitudinal change in height of men and women: implications for interpretation of the body mass index: the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Am J Epidemiol*. 1999;150(9):969–77.
301. Diehr P, Bild DE, Harris TB, Duxbury A, Siscovick D, Rossi M.

- Body mass index and mortality in nonsmoking older adults: the Cardiovascular Health Study. *Am J Public Health*. 1998;88(4):623–9.
302. Price GM, Uauy R, Breeze E, Bulpitt CJ, Fletcher AE. Weight, shape, and mortality risk in older persons: elevated waist-hip ratio, not high body mass index, is associated with a greater risk of death. *Am J Clin Nutr*. 2006;84(2):449–60.
303. Nam S, Kuo YF, Markides KS, Al Snih S. Waist circumference (WC), body mass index (BMI), and disability among older adults in Latin American and the Caribbean (LAC). *Arch Gerontol Geriatr*. 2012 Sep–Oct;55(2):e40–7.
304. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2020;16(3):177–89.
305. Frenzel A, Binder H, Walter N, Wirkner K, Loeffler M, Loeffler-Wirth H. The aging human body shape. *Aging Mech Dis*. 2020;6:5. Disponível em inglês em (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7093543/>, consultado em 1 de setembro de 2020).
306. Peters SAE, Bots SH, Woodward M. Sex differences in the association between measures of general and central adiposity and the risk of myocardial infarction: results from the UK Biobank. *J Am Heart Assoc*. 2018;7(5):e008507.
307. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO Expert Consultation. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008. Disponível em inglês em: ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/97892415014\\_91\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/97892415014_91_eng.pdf?ua=1), consultado em 1 de setembro de 2020).
308. Srikanthan P, Seeman TE, Karlamangla AS. Waist-hip-ratio as a predictor of all-cause mortality in high-functioning older adults. *Ann Epidemiol*. 2009;19(10):724–31. Disponível em inglês em (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3154008/>, consultado em 1 de setembro de 2020).
309. Bannerman E, Miller MD, Daniels LA, Cobiac L, Giles LC, Whitehead C et al. Anthropometric indices predict physical function and mobility in older Australians: the Australian Longitudinal Study of Ageing. *Public Health Nutr*. 2002;5(5):655–62. Disponível em inglês em: ([https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/76C06B5083A27E5FC1C19CA1A1E439CA/S1368980002000885a.pdf/anthropometric\\_indices\\_predict\\_physical\\_function\\_and\\_mobility\\_in\\_older\\_australians\\_the\\_australian\\_longitudinal\\_study\\_of\\_ageing.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/76C06B5083A27E5FC1C19CA1A1E439CA/S1368980002000885a.pdf/anthropometric_indices_predict_physical_function_and_mobility_in_older_australians_the_australian_longitudinal_study_of_ageing.pdf), consultado em 1 de setembro de 2020).
310. Sun YS, Kao TW, Chang YW, Fang WH, Wang CC, Wu LW et al. Calf circumference as a novel tool for risk of disability of the elderly population. *Sci Rep*. 2017;7(1):16359.
311. Kim S, Kim M, Lee Y, Kim B, Yoon TY, Won CW. Calf circumference as a simple screening marker for diagnosing sarcopenia in older Korean adults: the Korean Frailty and Aging Cohort Study (KFACTS). *J Korean Med Sci*. 2018;33(20):e151.
312. Stewart AD, Stewart A, Reid DM. Correcting calf girth discriminates the incidence of falling but not bone mass by broadband ultrasound attenuation in elderly adult females. *Bone*. 2002;31(1):195–8. Disponível em inglês em: (<https://core.ac.uk/download/pdf/287597138.pdf>, consultado em 1 de setembro de 2020).
313. Landi F, Onder G, Russo A, Liperoti R, Tosato M, Martone AM et al. Calf circumference, frailty and physical performance among older adults living in the community. *Clin Nutr*. 2014;33(3):539–44.
314. Auyeung TW, Lee JS, Kwok T, Leung J, Leung PC, Woo J. Estimation of stature by measuring fibula and ulna bone length in 2443 older adults. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(10):931–6.
315. Pini R, Tonon E, Cavallini MC, Bencini F, Di Bari M, Masotti G et al. Accuracy of equations for predicting stature from knee height, and assessment of statural loss in an older Italian population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(1):B3–7 Disponível em inglês em: (<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/1/B3/636735>, consultado em 1 de setembro de 2020).
316. Hickson M, Frost G. A comparison of three methods for estimating height in the acutely ill elderly population. *J Hum Nutr Diet*. 2003;16(1):13–20.
317. Prothro JW, Rosenbloom CA. Physical measurements in an elderly black population: knee height as the dominant indicator of stature. *J Gerontol Med Sci*. 1993;48:M15–M18
318. Lista de Produtos Assistivos Prioritários. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 Disponível em português em (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207694/WHO-EMP-PHI-2016.01-por.pdf?sequence=14&isAllowed=y>, consultado em 1 de setembro de 2020).
319. About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Age Friendly World. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em inglês em: (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>, consultado em 1 de setembro de 2020).
320. Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Genebra: Organização Mundial da Saúde Disponível em português em ([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf), consultado em 1 de setembro de 2020).
321. World development indicators. DataBank. Washington (DC): World Bank Group. Disponível em inglês em: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=world-development-indicators>, consultado em 28 de outubro de 2020).
322. Anderson L, Thompson DR, Oldridge N, Zwisler AD, Rees K, Martin N et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(1):CD001800.
323. Langhorne P, Ramachandra S; Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):CD000197.
324. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Cates CJ, Troosters T.

- Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;12(12):CD005305.
325. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD006489.
326. Hemmingsen B, Gimenez-Perez G, Mauricio D, Roqué I Figuls M, Metzendorf MI, Richter B. Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;12(12):CD003054.
327. Santos FN, de Castria TB, Cruz MR, Riera R. Chemotherapy for advanced non-small cell lung cancer in the elderly population. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(10):CD010463.
328. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(9):CD000963.
329. Pakhale S, Mulpuru S, Verheij TJ, Kochen MM, Rohde GG, Bjerre LM. Antibiotics for community-acquired pneumonia in adult outpatients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(10):CD002109.
330. Ferguson MA, Kitterick PT, Chong LY, Edmondson-Jones M, Barker F, Hoare DJ. Hearing aids for mild to moderate hearing loss in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9(9):CD012023.
331. Canedo-García A, García-Sánchez JN, Pacheco-Sanz DI. A Systematic review of the effectiveness of intergenerational programs. *Front Psychol.* 2017;8:1882.
332. Menéndez S, Pérez-Padilla J, Maya J. Empirical research of university programs for older people in Europe: a systematic review. *Educ Gerontol.* 2018;44(9):595–607.
333. Pinto-Bruno AC, García-Casal JA, Csipke E, Jenaro-Río C, Franco-Martín M. ICT-based applications to improve social health and social participation in older adults with dementia. A systematic literature review. *Aging Ment Health.* 2017;21(1):58–65.
334. de Coninck L, Bekkering GE, Bouckaert L, Declercq A, Graff MJL, Aertgeerts B. Home- and community-based occupational therapy improves functioning in frail older people: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65(8):1863–9.
335. Preparación para la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, que se celebrará en 2018. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; 2017. Disponível em espanhol em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275671/A70\\_R11-sp.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275671/A70_R11-sp.pdf), consultado em 1 de setembro de 2020).
336. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries. Ginebra: Organização Mundial da Saúde and World Economic Forum; 2011 Disponível em inglês em ([https://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary/en/](https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/), consultado em 1 de setembro de 2020).
337. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2014. Disponível em inglês em: (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, consultado em 1 de setembro de 2020).
338. Scaling up action against NCDs: how much will it cost? WHO report 2011. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2011. Disponível em inglês em: ([https://www.who.int/nmh/publications/cost\\_of\\_inaction/en/](https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/), consultado em 1 de setembro de 2020).
339. Salvar vidas, reducir el gasto: una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em espanhol em: (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275408/WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf>, consultado em 1 de setembro de 2020).
340. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Associations of smoking and alcohol consumption with healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMJ Open.* 2018;8(4):e019540. Disponível em inglês em: (<https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e019540>, consultado em 1 de setembro de 2020).
341. Daskalopoulou C, Stubbs B, Kralj C, Koukounari A, Prince M, Prina AM. Physical activity and healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev.* 2017;38:6-17.
342. Implementation tools: package of essential noncommunicable (WHO-PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Ginebra: Organização Mundial da Saúde; 2013. Disponível em inglês em: ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/implementation\\_tools\\_WHO\\_PEN/en](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en) consultado em 1 de setembro de 2020).
343. Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(4):CD000028. Disponível em inglês em: (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000028.pub2/full>, consultado em 1 de setembro de 2020).
344. Fleg JL, Forman DE, Berra K, Bittner V, Blumenthal JA, Chen MA et al. American Heart Association Committees on Older Populations and Exercise Cardiac Rehabilitation and Prevention of the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. Secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in older adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* Disponível em inglês em: 2013;128(22):2422–46 ([https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.0000436752.99896.22?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub++0pubmed&](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.0000436752.99896.22?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed&), consultado em 1 de setembro de 2020).

345. Ponce OJ, Larrea-Mantilla L, Hemmingsen B, Serrano V, Rodriguez-Gutierrez R, Spencer-Bonilla G et al. Lipid-lowering agents in older individuals: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(5):1585–94. Disponível em inglês em: (<https://academic.oup.com/jcem/article/104/5/1585/5413488>, consultado em 1 de setembro de 2020).
346. Alexander KP, Newby LK, Armstrong PW, Cannon CP, Gibler WB, Rich MW et al; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Society of Geriatric Cardiology. Acute coronary care in the elderly, part II: ST-segment-elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: in collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. *Circulation.* 2007;115(19):2570–89. Disponível em inglês em: ([https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.182616?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.182616?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed), consultado em 1 de setembro de 2020).
347. Clinical guideline (CG180) atrial fibrillation (Update): the management of atrial fibrillation. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014.

## **CRÉDITOS DAS FOTOS**

Página 1: ©/istockimages.com (FG Trade)  
Página 4, parte inferior: ©/Jamnalal Bajaj Foundation  
Página 5, parte superior: ©/HelPágina International  
Página 5, parte inferior: ©/UPEI Marketing and Communications  
Página 14: ©OMS  
Página 15: ©OMS / Yoshi Shimizu  
Página 19: ©OMS / Yoshi Shimizu  
Página 25: ©/Barbara Donaubauer  
Página 28-29: ©OMS / Yoshi Shimizu  
Página 33: ©/photocase (joexx)  
Página 38: ©/istockimages.com (Alex Liew)  
Página 39: ©/HelPágina International Tanzania  
Página 40: ©/Universidade de Zurique  
Página 41: ©/photocase (Kazim Canberk)  
Página 53: ©/photocase (kemai)  
Página 54: ©OMS / NOOR / Arko Datto  
Página 59: ©/Barbara Donaubauer  
Página 60: ©/Barbara Donaubauer  
Página 62: ©/photocase (rowan)  
Página 66: ©/photocase.com (caesar58)  
Página 73: ©OMS / Tom Pietrasik  
Página 79: ©OMS / NOOR / Sebastian Liste  
Página 87: ©OMS / Yoshi Shimizu  
Página 88: ©/photocase.com (kastoimages)  
Página 101: ©/Barbara Donaubauer  
Página 102: ©OMS / NOOR / Sebastian Liste  
Página 107: ©OMS / NOOR / Sebastian Liste  
Página 119: ©/Starost v Radost  
Página 124: ©/Christian Falk  
Página 127: ©/American University of Beirut  
Página 136: ©/Barbara Donaubauer  
Página 142: ©/photocase.com (annaia)  
Página 146: ©OMS / NOOR / Sebastian Liste  
Página 155: ©/photocase.com (cw-design)  
Página 157: ©OMS / NOOR / Sebastian Liste  
Página 160: ©OMS / Eduardo Martino  
Página 165: ©OMS / NOOR / Sebastian Liste

# DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030



## RELATÓRIO DA LINHA DE BASE

A Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde e seu plano de ação 2016-2020, incumbem a OMS de produzir um relatório de referência em 2020 para a Década do Envelhecimento Saudável. Um relatório preliminar foi apresentado à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2020. O novo plano de ação da estratégia, a Década, também exige que a OMS e os parceiros da ONU produzam relatórios de linha de base e confirma o mandato da OMS de acompanhar o progresso durante 2021-2030. Este relatório é a linha de base da perspectiva da OMS e reconhece que o que é medido impulsiona a ação. A ação precisa ser informada por evidências e alinhada com as expectativas das pessoas idosas e as prioridades que são negociadas com as partes interessadas e apoiadas pelos tomadores de decisão.

O Relatório de Linha de Base para a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 aborda cinco questões;

começando com uma introdução sobre o Envelhecimento Saudável, as áreas de ação e facilitadores da Década e o caminho para acelerar o impacto até 2030. Os capítulos seguintes são dedicados a explicar onde estamos em 2020, no início da Década. O relatório fornece uma linha de base inédita para o envelhecimento saudável em todo o mundo e mostra quais melhorias podemos esperar até 2030, apresentando o progresso e os cenários de melhoria. Essas melhorias podem ser alcançadas por meio de ações concretas sobre como podemos acelerar o impacto na vida das pessoas idosas. O relatório mostra como as pessoas idosas e as partes interessadas podem juntos otimizar a habilidade funcional. Para finalizar, são destacadas as próximas etapas, que incluem oportunidades para aumentar a colaboração e o impacto até 2023, o próximo período do relatório.

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS  
Américas

