

# DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL RELATÓRIO INICIAL



**Organização  
Mundial da Saúde**

Década do envelhecimento saudável: relatório inicial

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

ISBN 978-92-4-001791-7 (versão impressa)

© **Organização Mundial da Saúde 2020**

**Alguns direitos reservados.** Esta obra está disponível de acordo com a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO); (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

De acordo com os termos desta licença, você está autorizado a copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que seja devidamente citada, conforme indicado abaixo. Em todos os usos desta obra, não deve haver nenhuma sugestão de que a OMS endossa qualquer organização, produto ou serviço específico. O uso do logotipo da OMS não é permitido. Caso a presente obra seja adaptada, você deverá licenciá-la sob a mesma licença Creative Commons ou equivalente. Caso a presente obra seja traduzida, deverá incluir o seguinte aviso em conjunto com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não se responsabiliza pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês será a edição vinculativa e autêntica”.

Qualquer mediação relacionada a disputas decorrentes da licença será conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Citação sugerida.** Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2020.  
Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Dados de catalogação na publicação (CIP).** Os dados CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris>.

**Vendas, direitos e licenciamento.** Para adquirir publicações da OMS, consulte <http://apps.who.int/bookorders>. Para enviar solicitações de uso comercial e dúvidas sobre direitos e licenças, acesse <http://www.who.int/about/licensing>.

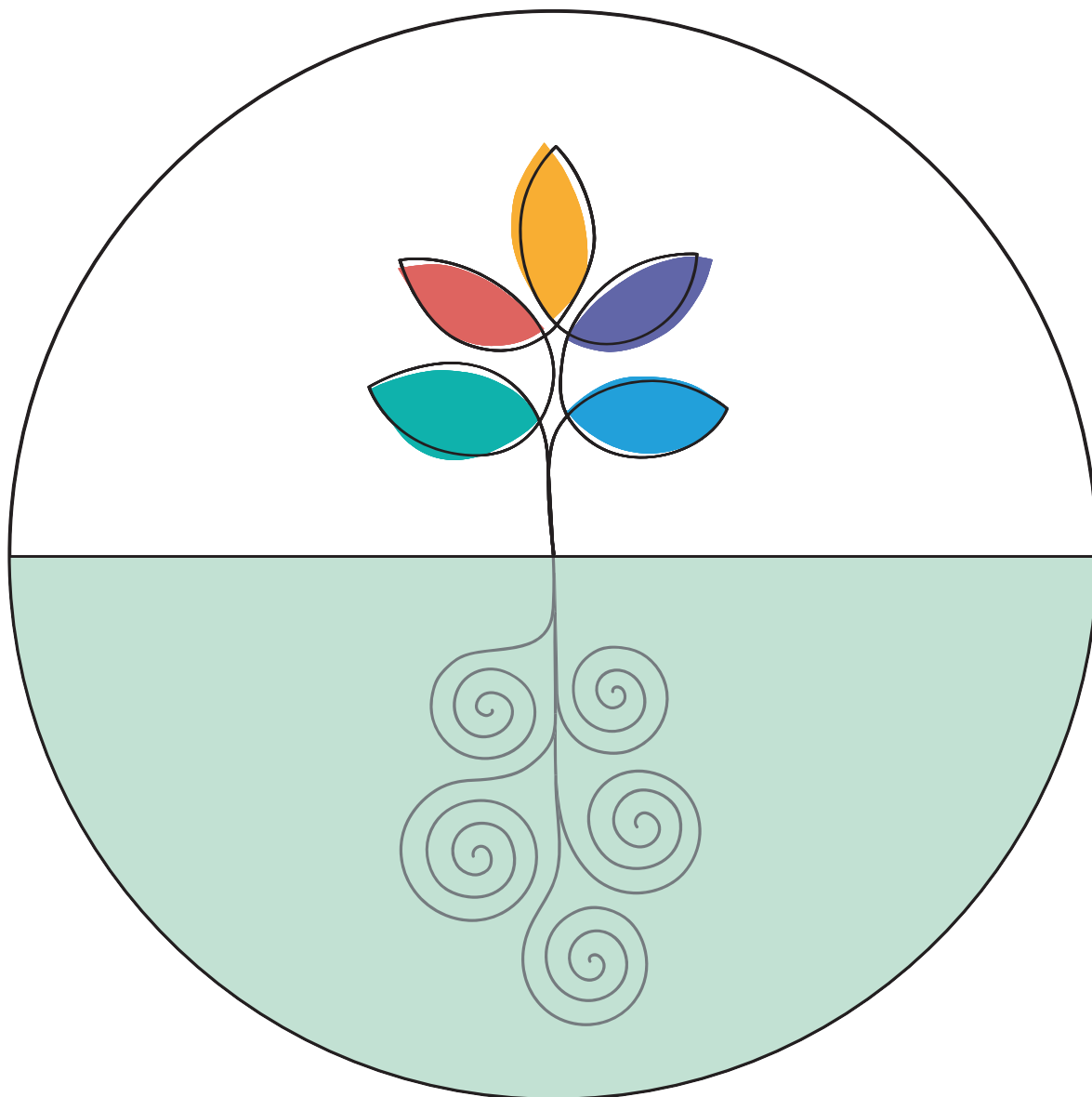
**Materiais de terceiros.** Se você deseja reutilizar algum material desta obra atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é sua responsabilidade determinar se é necessária permissão para tal reutilização e obtê-la com o detentor dos direitos autorais. O risco de ações judiciais decorrentes da violação de qualquer componente de propriedade de terceiros na obra é exclusivamente do usuário.

**Isenções de responsabilidade gerais.** As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da OMS sobre a situação jurídica de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. Linhas pontilhadas e tracejadas em mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais um acordo definitivo ainda pode não ter sido obtido.

A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não implica que eles sejam endossados ou recomendados pela OMS em detrimento de outros de natureza semelhante que não são mencionados. Com exceção de erros e omissões, nomes de produtos registrados são diferenciados por letras iniciais maiúsculas.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para verificar as informações contidas nesta publicação. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem garantia de qualquer tipo, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material é do leitor. Em nenhuma hipótese a OMS será responsável por danos decorrentes de seu uso.

Arte, design e layout da capa: Erica Lefstad



**DÉCADA DO**  
ENVELHECIMENTO  
SAUDÁVEL  
**RELATÓRIO INICIAL**



**Organização  
Mundial da Saúde**

# ÍNDICE

<b>Prefácio</b>	iv
<b>Agradecimentos</b>	vi
<b>Abreviações</b>	iv
<b>Resumo Executivo</b>	x

## 1

<b>PREPARANDO-SE PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030</b>	<b>1</b>
---	----------

Todas as pessoas mais velhas podem impulsionar mudanças	1
A missão deste relatório	6
Envelhecimento saudável	8
Acelere a implementação e otimize a capacidade funcional	18

## 2

<b>QUAL É A NOSSA POSIÇÃO ATUAL? SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL</b>	<b>29</b>
---	-----------

Medindo o envelhecimento saudável	29
Capacidade funcional	32
Capacidade intrínseca	42
Ambientes	58
Utilizando dados para promover impacto em nível nacional	68



# 3

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

Compreendendo e medindo o sucesso juntos	72
Progresso em nível 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
Construindo evidências juntos	106
Aprendendo com as práticas dos países	114
• Atender às necessidades básicas	116
• Aprender, crescer e tomar decisões	122
• Ter mobilidade (locomoção)	128
• Construir e manter relacionamentos	134
• Contribuir para as famílias, comunidades e sociedades	140
Aprendendo com perspectivas baseadas em doenças	147
• Abordando DNTs a partir de uma abordagem integrada e centrada na pessoa	148

# 5

## **UMA NOVA DÉCADA PARA AÇÃO 2021-2030 156**

2023 é o próximo marco da Década	159
Próximos passos	166

## **ANEXO 168**

Referências	188
-------------	-----

# Prefácio

Hoje, os humanos vivem mais do que em qualquer outro momento da história. A expectativa de vida global dobrou desde 1900 e continua aumentando, embora ainda haja enorme disparidade entre os países com a menor e a maior expectativa de vida.

Mas adicionar mais anos à vida pode não ser totalmente benéfico se não for possível adicionar mais vida aos anos. Com as taxas de natalidade caindo e as pessoas vivendo mais, liderança e inovação são necessárias em todos os níveis e em todos os setores para que se possa aproveitar os dividendos da longevidade e garantir que os benefícios sejam vivenciados de forma equitativa em todos os países.

Em 2016, a Assembleia Mundial da Saúde adotou a Estratégia e o plano de ação globais sobre envelhecimento e saúde, com o objetivo de usar abordagens baseadas em evidências para maximizar as habilidades das pessoas mais velhas, fundamentadas no conceito de envelhecimento saudável, uma resposta ao envelhecimento populacional que é baseada em direitos.

Outro objetivo do primeiro plano de ação era preparar uma “Década do Envelhecimento Saudável”; uma proposta endossada pela Assembleia Mundial da Saúde em agosto de 2020 e pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020 como a Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável 2021-2030. Esta é uma grande oportunidade de adequar políticas globais, nacionais e locais no que diz respeito a pessoas mais velhas, para pessoas mais velhas.

O início desta década também coincide com a pandemia da COVID-19, que afetou desproporcionalmente as pessoas mais velhas, especialmente aquelas com doenças não transmissíveis ou que vivem em instituições de cuidados de longa permanência. No entanto, também vimos a capacidade das pessoas mais velhas de contribuir com a sociedade, como os profissionais de saúde que saíram da aposentadoria para emprestar sua experiência aos colegas na linha de frente ou para atuar como voluntários em suas comunidades, apoiando aqueles que estão passando por dificuldades.

A Década do Envelhecimento Saudável se concentrará em quatro ações principais: mudar a maneira como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; desenvolver comunidades de forma a promover as habilidades das pessoas mais velhas; fornecer cuidados integrados e serviços de saúde primários que atendam às necessidades das pessoas mais velhas; e fornecer às pessoas mais velhas acesso a cuidados em longo prazo caso precisem. Todas essas quatro ações principais são fundamentais para uma reconstrução mais eficaz e para promover um envelhecimento saudável.

Mas, para chegar ao nosso destino, precisamos saber nosso ponto de partida. É por isso que este *Relatório Inicial sobre Década do Envelhecimento Saudável* é tão importante. Suas principais mensagens estão ancoradas em evidências que são abrangentes e pensadas para o futuro, mas que não deixam de ser práticas. Ao longo do texto, experiências de diferentes países e de vários setores são usadas para ilustrar como podemos otimizar as habilidades das pessoas mais velhas por meio de soluções inovadoras, engajando essas pessoas e as comunidades.

O relatório inicial estima que mais de 142 milhões de pessoas com mais idade, ou 14% de todas as pessoas com 60 anos ou mais no mundo, atualmente, não conseguem satisfazer todas as suas necessidades diárias básicas. Além disso, as pessoas mais velhas muitas vezes são invisíveis nas estatísticas, pois temos pouca informação sobre elas. Embora saibamos que algumas pessoas perdem capacidades físicas e mentais à medida que envelhecem, sabemos muito pouco sobre suas necessidades e se seus ambientes podem oferecer compensações e permitir que vivam com dignidade, continuem ativas e sejam capazes de prosperar.

Na minha opinião, o *Relatório Inicial sobre a Década do Envelhecimento Saudável* pode transformar a maneira como os legisladores e diversos prestadores de serviços interagem com as pessoas mais velhas. Temos que trabalhar juntos para promover as habilidades e o bem-estar das nossas gerações mais velhas, que continuam a nos dar tanto. Devemos a essas pessoas o nosso melhor.



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

A handwritten signature in blue ink, which appears to be 'Tedros Adhanom Ghebreyesus'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'T' and 'A'.

# AGRADECIMENTOS

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

A coordenação geral de pesquisa e desenvolvimento do relatório foi fornecida por Ritu Sadana e Anshu Banerjee; a gestão do projeto foi fornecida por Ana Posarac, consultora da Unidade de Envelhecimento e Saúde. O grupo diretor para o design técnico e revisão é composto pelos Conselheiros Regionais da OMS para o Envelhecimento e suas equipes: Francoise Bigirimana, Nancy Kidula, Triphonie Nkurunziza, Innocent 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 de Envelhecimento e Saúde da OMS, composto por mais de 80 funcionários da OMS que contribuem para o envelhecimento e o envelhecimento saudável de todos os departamentos técnicos da sede da OMS; e Sarah Barber, Paul Ong e Megumi Rosenberg no Centro de Desenvolvimento da Saúde da OMS, Kobe, Japão.

Agradecimentos especiais pelos comentários perspicazes 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, Diretora-Geral Assistente, Cobertura Universal de Saúde e Populações Mais Saudáveis; Etienne Krug, Diretor, Departamento de Determinantes Sociais da Saúde, e da Unidade de Mudança Demográfica e

Envelhecimento Saudável, Alana Officer, Mary Manandhar, Christopher Mikton e Vânia de la Fuente Núñez.

Reconhecemos coletivamente, com grande tristeza, a morte de três colegas em 2020, Islene Araujo de Carvalho, Ramez Mahaini e Peter Salama.

A equipe principal de redação do relatório foi composta por Ritu Sadana e Ana Posarac, com 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 se beneficiou de estudos de caso nacionais sobre como são utilizados dados e informações para orientar decisões que têm como objetivo melhorar a vida de pessoas mais velhas. Esses estudos foram liderados por Ministérios da Saúde com Escritórios Regionais e Nacionais da OMS em oito países, abrangendo todas as regiões. As equipes dos estudos de caso nacionais são compostas por: Bernardita Canals Cavagnaro, Maria Jose Galvez, Felipe Herrera Muñoz, Pablo Pizarro, Francisco Adriazola 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, Hennamari Mikkola, Mari Patronen, Laura Pikkariainen, 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 (Singapura); e facilitação pela Representação da OMS e pessoal adicional do Ministério da Saúde, incluindo Rayana Bou Haka, Puangpen Chanprasert, Mario Cruz-Penate, Roseline Doe, Atreyi Ganguli, Derrick Heng, Kitti Larpsombutsiri, Jianrong Qiao, Rattanaporn Tangthanseth, Taketo Tanaka, Junxiong Teo e Tuohong Zang.

Embora o relatório forneça uma visão geral, ele foi desenvolvido juntamente com: 1) uma análise aprofundada de dados nacionalmente representativos de 42 países que informam a seção 2 do relatório, liderada por Ritu Sadana, Robert Moulder, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Ana Posarac, Steve 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 de dados geoespaciais de domínio público que informam a seção 2 do relatório, liderado por Steve Boker, Elena Martynova, Robert Moulder e Ritu Sadana; 3) uma atualização dos indicadores nacionais de progresso que informam a seção 3 do relatório, liderada por todos os Conselheiros Regionais da OMS sobre Envelhecimento, Liying Huang e Ana Posarac; e 4) o desenvolvimento de uma estrutura e abordagem de evidência para impacto para selecionar casos e evidências de todo o mundo para as seções 1 e 4 do relatório, liderado 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, Rob Terry e Pavel Ursu; além disso, para a narrativa sobre o aprendizado com doenças não transmissíveis, informações de Alarcos Cieza, Nicolettea De Lissandri, Dan Hunt, Bente Mikkelsen, Leanne Riley, Menno Van Hilten, Cherian Varghese e Temo Waqanivalu; e a contribuição de todos os Conselheiros Regionais da OMS para o Envelhecimento que coletaram casos e evidências em todas as regiões.

Membros do Consórcio da OMS sobre Métricas e Evidências para o Envelhecimento Saudável, incluindo formuladores de políticas, representantes da sociedade civil, pesquisadores e profissionais, contribuíram com documentos de referência e análises, ou revisões por pares dos três fluxos de trabalho abordando estudos de caso nacionais, métricas e análises de dados, bem como sínteses de evidências. Além da equipe principal de redação, as pessoas que colaboraram com o conteúdo para os insights e quadros incluem: 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, Fakhrina Ab Rashid, Liset Rietman, Christina Röcke, Tomas Roubal, Teri Reynolds, Karin Stenberg, Yuka Sumi, Aidan Timlin, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Vivan Welch e Ho Qiao Sim.

Agradecimentos também são devidos a: Peter Allebeck, Maysoon 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 Kwar, 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 fornecerem informações adicionais para as seções 3 e 4.

A equipe é grata pelos comentários e recomendações perspicazes recebidos dos revisores, incluindo Hanadi Khamis Al Hamad, Joanne Allen, Jane Barratt, Francoise Bigirimana, Steven Boker, Prasun Chatterjee, Patricia Conboy, Monserrat Conde, A.B. Dey, Tarun Dua, Samar Elfeky, Julia Ferre, Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Tracey Howe, Manfred Huber, Chandni Jacob, Tawanchai Jirapramukpitak, Rania Kawar, 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.

Agradecimentos especiais à equipe do Estudo Longitudinal Canadense sobre Envelhecimento por fornecer suporte à análise de dados, incluindo 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.

A revisão por pares e as sugestões também foram muito apreciadas, realizadas por contatos nacionais recomendados, que participaram da consulta nacional formal sobre as estimativas para o envelhecimento saudável.

*Nenhum dos especialistas envolvidos no desenvolvimento deste relatório declarou qualquer conflito de interesses.*

Além disso, vários workshops e webinars ofereceram oportunidades para que diferentes partes do relatório fossem apresentadas e revisadas. Isso incluiu discussões em Ministérios da Saúde e workshops nacionais de partes interessadas durante 2019 e 2020 no Chile, China, Finlândia, Gana, Índia, Catar e Tailândia; durante 2020, incluiu webinars realizados pelo Centro de Pesquisa de Políticas de Saúde da UCLA em fevereiro; Federação Internacional sobre o Envelhecimento em abril, abordando as seções 2 e 3; várias discussões realizadas durante o Fórum de Envelhecimento e Saúde da OMS sobre o desenvolvimento da seção 4; várias sessões do Café Científico do Departamento de Saúde Materna, Neonatal, Infantil e Adolescente e Envelhecimento; o workshop do Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático sobre envelhecimento saudável em agosto; durante a Semana Europeia do Envelhecimento Saudável e Ativo em novembro; e durante o Consórcio de Métricas e Evidências para Envelhecimento Saudável da OMS em dezembro.

Agradecimentos especiais a David Bramley, editor técnico, Alison Brunier, mídia e comunicação, e Liying Huang, suporte administrativo.

A Organização Mundial da Saúde reconhece o apoio financeiro da Velux Stiftung à OMS, incluindo o apoio para conduzir pesquisas e avançar métricas e evidências sobre envelhecimento saudável e elaborar o presente relatório inicial.

# ABREVIACÕES

<b>AAL</b>	Active Assisted Living (Vida Assistida Ativa)	<b>MCSS</b>	Estudo de Pesquisa em Múltiplos Países
<b>AOT</b>	Array of Things	<b>MDS</b>	Pesquisa de modelo de deficiência
<b>APL</b>	Lista Nacional de Produtos de Assistência Prioritários (Tajiquistão)	<b>NASQ</b>	Pesquisa Nacional do Catar sobre Envelhecimento
<b>ATHLOS</b>	Trajetórias da saúde durante o envelhecimento: oportunidades e sinergias longitudinais	<b>NBS</b>	Escritório Nacional de Estatísticas (China)
<b>ATM</b>	Caixa eletrônico	<b>NCD</b>	Doença não transmissível
<b>AUB</b>	Universidade Americana de Beirute	<b>NGO</b>	Organização não governamental
<b>BMI</b>	Índice de massa corporal	<b>NHC</b>	Comissão Nacional de Saúde (China)
<b>CADTC</b>	Centro de Tecnologia e Dispositivos Assistivos da China	<b>NHIA</b>	Autoridade Nacional de Seguro de Saúde (Gana)
<b>CASEN</b>	Pesquisa Nacional de Caracterização Socioeconômica (Chile)	<b>NHSA</b>	Administração Nacional de Segurança na Assistência à Saúde (China)
<b>CNS</b>	Redes comunitárias para pessoas mais velhas (Singapura)	<b>NIA</b>	Instituto Nacional do Envelhecimento (Estados Unidos)
<b>COPD</b>	Doença pulmonar obstrutiva crônica	<b>SAGE</b>	Estudo sobre o envelhecimento global e a saúde adulta
<b>COPE</b>	Cuidados com Pessoas com Demência em Seus Ambientes	<b>SDGs</b>	Objetivos de desenvolvimento sustentável
<b>DAH</b>	Assistência ao desenvolvimento para a saúde	<b>STIs</b>	Infecções sexualmente transmissíveis
<b>DALYs</b>	Anos de vida ajustados por incapacidade	<b>TAPAS</b>	Tempo, Lugares e Espaço no Envelhecimento
<b>DCS</b>	Estudo de coorte Doetinchem	<b>U3A</b>	Universidade da Terceira Idade
<b>EEPNA</b>	Associação Nacional de Idosos e Pensionistas da Etiópia	<b>UFS</b>	Universidade para Idosos
<b>ENDPM</b>	Estudo Nacional de Dependência das Pessoas Idosas (Chile)	<b>UHC</b>	Cobertura universal de saúde
<b>GRAVIS</b>	Gramin Vikas Vigyan Samiti (Índia)	<b>UN</b>	Nações Unidas
<b>GRC</b>	Comitê de Revisão de Diretrizes	<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
<b>HALE</b>	Expectativa de vida saudável	<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>HIC</b>	Países de alta renda	<b>WHO</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>HRS</b>	Estudos sobre Saúde e Aposentadoria	<b>WHS</b>	Pesquisa Mundial de Saúde
<b>ICOPE</b>	Diretrizes da OMS sobre cuidados integrados para pessoas mais velhas	<b>WHS+</b>	Pesquisa Mundial de Saúde Plus
<b>IFA</b>	Federação Internacional sobre o Envelhecimento		
<b>ISHC</b>	Clubes de autoajuda intergeracionais (Vietnã)		
<b>IT</b>	Tecnologia da informação		
<b>LE</b>	Expectativa de vida		
<b>LMIC</b>	Países de baixa e média renda		
<b>LTA</b>	Autoridade de Transporte Terrestre (Singapura)		
<b>MARS</b>	Pesquisa sobre envelhecimento e aposentadoria na Malásia		

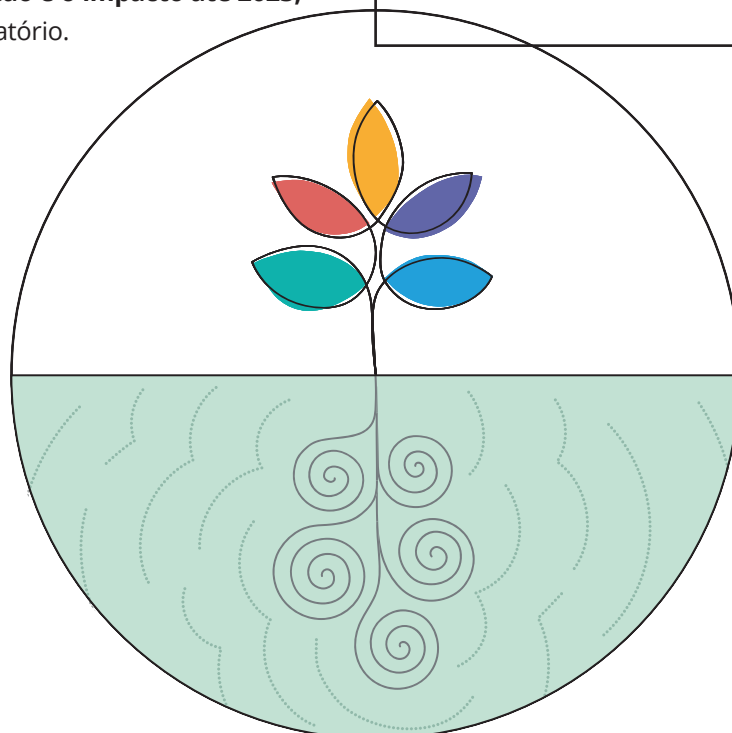
# RESUMO EXECUTIVO

O Relatório Inicial sobre a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 aborda cinco questões:

1. **Apresenta o Envelhecimento Saudável, as ações e facilitadores da Década e um caminho para acelerar o impacto até 2030.**
2. **Qual é a nossa posição em 2020?** O relatório fornece um panorama inicial inédito sobre o envelhecimento saudável em todo o mundo.
3. **Que melhorias podemos esperar até 2030?** O documento descreve o progresso e cenários para melhorias.
4. **Como podemos acelerar o impacto na vida das pessoas mais velhas?** Demonstra como pessoas mais velhas e partes interessadas podem otimizar juntos a capacidade funcional.
5. Os próximos passos incluem **oportunidades para impulsionar a colaboração e o impacto até 2023**, o próximo período do relatório.

## O RELATÓRIO SALIENTA QUE

- Pelo menos 142 milhões de pessoas com idade mais avançada em todo o mundo não conseguem satisfazer suas necessidades básicas.
- Otimizar a capacidade funcional é essencial para um envelhecimento saudável.
- Governos e outras partes interessadas devem investir em dados para monitorar o envelhecimento saudável ao longo do curso da vida.
- As ações devem ser aceleradas para causar um impacto mensurável nas pessoas mais velhas até 2030; as pessoas de idade mais avançada devem ser envolvidas em todas as etapas.
- Evidências e casos globais destacam o que pode ser feito e o que podemos aprender.





## 1

## PREPARANDO-SE PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030

O envelhecimento saudável é “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice”. O objetivo da Década é otimizar a capacidade funcional das pessoas mais velhas.

A capacidade funcional inclui: 1) capacidade de atender às próprias necessidades básicas; 2) capacidade de aprender, crescer e tomar decisões; 3) mobilidade; 4) capacidade de construir e manter relacionamentos; e 5) capacidade de contribuir. A capacidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que a pessoa vive e como ela interage com o seu ambiente.

A Década oferece oportunidades de trabalho conjunto para melhorar a capacidade funcional até 2030, com o envolvimento das pessoas mais velhas desde o início. O relatório apresenta uma trajetória composta por seis frentes para otimizar a capacidade funcional, com quatro áreas de ação, a saber:

- mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento;
- garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas mais velhas;
- prestar cuidados e serviços integrados centrados na pessoa que atendam às necessidades das pessoas de idade mais avançada; e
- proporcionar a pessoas mais velhas acesso a cuidados em longo prazo caso precisem.

Esses esforços recebem o respaldo de quatro elementos “facilitadores” – interações significativas com pessoas mais velhas, familiares, cuidadores e outros; capacidade para ação integrada em todos os setores; vinculação de partes interessadas para que compartilhem experiências e aprendam com os outros; e fortalecimento de dados, pesquisas e inovação para acelerar a implementação.

A trajetória reúne esses elementos facilitadores para acelerar a implementação e otimizar a capacidade funcional.

## 2

## QUAL É A NOSSA POSIÇÃO ATUAL? SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Para a avaliação inicial, a OMS acessou dados comparáveis de apenas 42 países. Cerca de 14% das pessoas mais velhas na análise mostraram-se incapazes de satisfazer suas necessidades básicas, ou seja, em seus ambientes, não conseguem se vestir, obter e tomar seus próprios medicamentos ou administrar seu próprio dinheiro, contas ou finanças. Ambientes favoráveis são necessários em casa e na comunidade para dar suporte às necessidades e fortalecer todas as habilidades a fim de promover o bem-estar de pessoas mais velhas.

Em todas as idades, a capacidade intrínseca (todas as capacidades físicas e mentais utilizadas por uma pessoa) das pessoas mais velhas varia bastante. Embora o declínio ocorra com o tempo para muitas pessoas mais velhas, ele não é inevitável: algumas pessoas em idades mais avançadas (mais de 90 anos) têm a mesma capacidade que pessoas em idades mais jovens (60-64 anos).

A falta de dados sobre envelhecimento saudável ou faixas etárias mais avançadas aumenta a invisibilidade das pessoas mais velhas. Governos e outras partes interessadas precisam investir em dados para monitorar o envelhecimento saudável ao longo da vida. O que é necessário:

- informações abrangentes sobre todas as habilidades, que refletem o que as pessoas mais velhas valorizam ser e fazer;
- melhor padronização de dados para medir o envelhecimento saudável e monitorar políticas e programas;
- mais inovação na coleta, análise e uso de informações;
- maior interoperabilidade no compartilhamento de dados;
- maior envolvimento de pessoas mais velhas na tomada de decisões e políticas em todos os setores.

# 3

## QUE MELHORIAS PODEMOS ESPERAR ATÉ 2030?

O compromisso nacional com o Envelhecimento Saudável apresentou discreta melhora entre 2018 e 2020, mas ainda há muitas lacunas. Um dos principais objetivos é fortalecer os relatórios dos países. A OMS relatará o progresso em 2023, 2026, 2029 e 2030.

Uma projeção baseada no progresso atual sugere que quatro indicadores seriam alcançados por todos os países somente depois de 2030, e apenas um até 2023. Consequentemente, as ações precisam ocorrer de forma mais acelerada. Dados mais comparáveis, mais avaliações de programas e novas tecnologias podem nos ajudar a atender às necessidades e expectativas das pessoas mais velhas.

O plano de ação da Década endossa a expectativa de vida saudável (HALE), que é o indicador geral utilizado para medir o impacto das metas dos Três Bilhões da OMS. A HALE, especialmente após 60 anos, reflete até que ponto 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 possível futuro – esclarecerão o que estamos dispostos a trabalhar.

A maioria dos determinantes subjacentes do envelhecimento saudável pode ser moldada por políticas e exige a colaboração de múltiplos setores.

# 4

## COMO PODEMOS MELHORAR ATÉ 2030?

Otimizar a capacidade funcional de todas as pessoas mais velhas até 2030 exige que todas as ações tomadas sejam apoiadas por evidências. Para isso, são necessários novos estudos com pesquisas em vários países e disciplinas envolvendo pessoas de idades mais avançadas. O conhecimento de diversas partes interessadas, incluindo a sociedade civil, preencherá lacunas e fornecerá novos insights para acelerar a ação. À medida que construímos a base de evidências, podemos aprender com programas e atividades ao redor do mundo.

Esta seção descreve o que aprendemos com práticas atualmente existentes no mundo todo para acelerar ações que melhoram a capacidade funcional de pessoas mais velhas – atender às necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; ter mobilidade; construir e manter relacionamentos; e contribuir para a sociedade. Muitas atividades permitem que pessoas mais velhas usem suas habilidades e talentos.

A seção propõe aprender com programas de doenças – particularmente abordagens voltadas a doenças não transmissíveis que afetam pessoas mais velhas. O envelhecimento saudável requer a otimização da capacidade funcional das pessoas que possuem alguma doença; também requer cuidados integrados centrados na pessoa, que se concentrem em suas capacidades; e gerenciamento da doença que leve em consideração os objetivos pessoais.

O que precisa ser feito e em que ordem dependerá da pessoa e da situação.

# 5

## UMA NOVA DÉCADA PARA AÇÃO 2021-2030

Otimizar a capacidade funcional e acelerar o impacto mensurável na vida das pessoas mais velhas – os principais objetivos da Década – também estão ligados às metas do Três Bilhões da OMS: 1) um bilhão de pessoas a mais se beneficiando da cobertura universal de saúde; 2) um bilhão de pessoas a mais recebendo melhor proteção contra emergências de saúde; e 3) um bilhão de pessoas a mais desfrutando de melhor saúde e bem-estar.

Para o primeiro objetivo, acelerar o impacto significa ampliar as intervenções voltadas a todas as pessoas mais velhas que se beneficiariam da Cobertura Universal de Saúde. Para o segundo objetivo, a aceleração do impacto deve incluir formas de responder a emergências naturais provocadas pela ação humana e outras emergências ambientais. Isso inclui aproveitar todas as lições aprendidas com a pandemia da COVID-19. E para o terceiro objetivo, as evidências do relatório mostram a importância de coordenar ações multissetoriais em cidades e comunidades, e considerá-las a partir da perspectiva das pessoas mais velhas. À medida que o número de pessoas mais velhas no mundo aumenta durante a Década, o relatório nos incentiva a trabalhar juntos para garantir que suas necessidades sejam atendidas e para promover elementos que contribuem para seu bem-estar.

Os próximos passos aumentarão a visibilidade das pessoas mais velhas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e ajudarão os países a monitorar o Envelhecimento Saudável. Eles contribuirão para o relatório de progresso de 2023 sobre a Década.



---

**Envelhecimento saudável é  
“o processo de desenvolvimento  
e manutenção da capacidade  
funcional que permite  
o bem-estar na velhice”.**

---

# 1

## PREPARANDO-SE PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030

Todas as pessoas mais velhas podem  
impulsionar mudanças





---

Em 2020, a população mundial com 60 anos ou mais (pessoas mais velhas) é de pouco mais de 1 bilhão de pessoas, representando 13,5% da população mundial de 7,8 bilhões. Esse número é 2,5 vezes maior do que em 1980 (382 milhões) e a projeção é que chegue a quase 2,1 bilhões até 2050.

---

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

- Globalmente, em 2020, dois terços das pessoas mais velhas viviam em países de renda média.
- Até 2030, uma em cada seis pessoas terá 60 anos ou mais.
- Até 2050, essa proporção terá aumentado para uma em cada cinco pessoas.

### Cada número está relacionado a uma vida humana.

Esses números representam pessoas mais velhas que contribuem para as famílias, comunidades e para o bem-estar social, político e econômico das sociedades. Os números representam pessoas mais velhas cujo amor, talento, sabedoria e cuidado marcam cada pessoa, moldam quem somos e representam quem podemos aspirar nos tornar. Essas são pessoas que as sociedades devem valorizar e garantir que desfrutem de seus direitos humanos, vivam com dignidade e tenham vidas longas e saudáveis.

As pessoas mais velhas estão no centro de um novo plano de ação sobre envelhecimento e saúde – denominado **Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030<sup>2</sup> das Nações Unidas (ONU)** – que foi aprovado pelos 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”) compromete a OMS e a ONU a 10 anos de colaboração e ação. Ela reúne governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, a academia, a mídia e o setor privado para colaborar com o objetivo de melhorar a vida de pessoas mais velhas, suas famílias e comunidades.

Desde o início, a preparação para a Década tem sido uma busca por **engajamento significativo e empoderamento de pessoas mais velhas**. Colocar a experiência de mulheres e homens mais velhos no centro é a única maneira de acelerar a ação. Uma mudança transformadora não pode acontecer sem a competência e a experiência de centenas de milhões de pessoas mais velhas em todas as regiões do mundo (→ 1.1).

*Este relatório inicial sobre a Década é dedicado a todas as pessoas mais velhas ao redor do mundo.*



## Decade of healthy ageing

A Década se concentra no que pode ser feito pelas pessoas na segunda metade de suas vidas. Ele aborda quatro áreas de ação em vários níveis e setores a fim de promover a saúde, prevenir doenças, manter a capacidade intrínseca e permitir a capacidade funcional. As áreas de atuação são:

- 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 mais velhas;
- 3** prestar cuidados e serviços de saúde primários integrados e centrados na pessoa e que sejam adequados às pessoas mais velhas;
- 4** proporcionar a pessoas mais velhas acesso a cuidados em longo prazo caso precisem.

Juntas, essas ações devem promover o envelhecimento saudável e melhorar o bem-estar das pessoas mais velhas.





1.1

# Pessoas mais velhas como impulsionadoras da mudança

Duas organizações globais da sociedade civil – HelpAge International e a Federação Internacional sobre o Envelhecimento – mantêm relações oficiais com a OMS. Ambos apoiam a OMS na defesa das vozes das pessoas mais velhas. Em destaque estão quatro ativistas mais velhos em suas redes, cujas campanhas determinadas e apaixonadas alcançaram mudanças reais para mulheres e homens mais velhos ao redor do mundo, ajudando a moldar o mundo que eles querem ver.



**Tilahun Abebe**, embaixador do Age Demands Action, Associação Nacional de Idosos e Pensionistas da Etiópia (EEPNA). Fundador e principal ator do Movimento Nacional para o Benefício Social e Econômico dos Idosos Etíopes, Etiópia. Tilahun faleceu em 1º de novembro de 2020.



**Shashi Tyagi**, cofundadora da Gramin Vikas Vigyan Samiti (GRAVIS), ativista e membro do conselho de muitas organizações de desenvolvimento, defendendo o desenvolvimento sustentável inclusivo de pessoas mais velhas, Índia. Shashi faleceu em 15 de novembro de 2020.



**Nguyen Thi Diem**, presidente do Clube de Autoajuda Intergeracional de Thuy Ung e da Associação de Idosos de Phung. Participante ativa em atividades sociais e de voluntariado na comunidade, Vietnã.



“Devemos ouvir as vozes das pessoas mais velhas sobre o que é mais importante para elas em suas vidas diárias.”

– Olive Bryanton

**Olive Bryanton**, ativista e líder do Comitê Consultivo de Idosos e Cuidadores, AGE-WELL, e diversas outras organizações. Aos 82 anos, ela se formou com sua tese de doutorado *Pioneiros no Envelhecimento: Vozes de mulheres com 85 anos ou mais que estão envelhecendo onde residem, em comunidades rurais, Canadá.*

# A MISSÃO DESTE RELATÓRIO

A Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde e seu primeiro plano de ação 2016-2020<sup>4,5</sup> determinam que a OMS elabore um relatório inicial em 2020 sobre a Década do Envelhecimento Saudável. Um relatório preliminar<sup>6</sup> 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 elaborem relatórios sobre a situação inicial e confirma a missão da OMS de monitorar o progresso durante 2021-2030. Este relatório representa a fase inicial a partir da perspectiva da OMS.

A missão reconhece que aquilo que é medido impulsiona a ação. A ação precisa ser informada por evidências e alinhada com as expectativas das pessoas mais velhas

e as prioridades negociadas com as partes interessadas e financiadas pelos tomadores de decisão. Para desenvolver 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> Os escritórios nacionais, regionais e globais da OMS e seu Fórum sobre Envelhecimento e Saúde também contribuíram amplamente com o relatório, assim como os ministérios da saúde e as partes interessadas em vários setores. A OMS encomendou<sup>9</sup> ou liderou trabalhos nas seguintes áreas para coletar informações para o presente relatório:

**1** caminho transformador para otimizar a capacidade funcional, com base nas estratégias e estruturas da OMS sobre pesquisa, tradução de conhecimento, escalonamento e entrega para apoiar a aceleração da implementação.

**8**

## estudos de caso nacionais

sobre o uso de dados, informações e evidências existentes para melhorar a vida das pessoas mais velhas durante 2019-2020, liderados pelos ministérios da saúde do Chile, China, Gana, Finlândia, Índia, Tailândia, Catar e Singapura.

**10**

## indicadores de progresso

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

---

## Uma década de ação cria urgência para satisfazer as necessidades e os direitos das pessoas mais velhas e gerar mudanças transformadoras

---

**10 estudos de pesquisa** sobre formas de operacionalizar, desenvolver métricas e medir o envelhecimento saudável de forma comparável, dentro do país e entre países.

**12**

**sínteses de evidências de intervenções**

que visam melhorar o envelhecimento saudável, métodos para síntese de evidências, revisões de diretrizes existentes ou identificação de lacunas nas evidências.

**350**

**casos**

de como governos, a sociedade civil, o setor privado e as próprias pessoas mais velhas estão criando novas evidências e desenvolvendo e implementando ações que promovem o envelhecimento saudável, com mais de 40 casos colhidos (muitos abordam as quatro áreas de ação da Década, ao passo que todos se concentram em otimizar a capacidade funcional das pessoas mais velhas).

**55**

**estudos representativos nacionais existentes**

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

A OMS e especialistas externos realizaram uma revisão por pares do relatório, com estimativas de que o envelhecimento saudável se beneficie de uma consulta nacional formal. Estão disponíveis vários documentos de referência e acesso a métodos de análise e código estatístico, em conformidade com as políticas da OMS.<sup>10</sup>

# ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

**O envelhecimento saudável é relevante para todos.** Envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice. A capacidade funcional reflete as capacidades físicas e mentais de uma pessoa, os ambientes em que ela vive e como interage com o seu ambiente.

**Promover o envelhecimento saudável exige liderança e comprometimento** para garantir que a existência de plataformas políticas e operacionais para uma ação multissetorial eficaz. É necessária a colaboração entre

atores governamentais e não governamentais, incluindo pessoas que criam os serviços, prestadores de serviços, acadêmicos e as próprias pessoas mais velhas.

À medida que as pessoas envelhecem, suas necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. **É necessária uma transformação em como os sistemas de saúde são pensados, incluindo os serviços de saúde primários, a fim de garantir acessibilidade a serviços integrados, voltados às necessidades e direitos das pessoas mais velhas.** As necessidades não se referem apenas à necessidade de cuidados ou possibilidade de atender às necessidades básicas. As necessidades também se relacionam com o desejo das pessoas de contribuir para a sociedade e atingir seus objetivos pessoais para desfrutarem de bem-estar. Na maioria dos contextos, isso exige mudanças fundamentais na parte clínica do atendimento e em como o atendimento é organizado, financiado e prestado.

**Criar ambientes e comunidades favoráveis às pessoas mais velhas exige colaboração e coordenação entre diversos setores e com diversas partes interessadas, incluindo pessoas mais velhas.** Ambientes adequados ao envelhecimento promovem saúde e apoio às pessoas que sofrem com a perda de capacidade. Esses ambientes garantem que as pessoas mais velhas envelheçam com segurança, continuem a se desenvolver pessoalmente e contribuam para suas comunidades, mantendo a autonomia e a saúde.

Em todo o mundo, o número de pessoas com idade mais avançada que necessitam de cuidados e apoio está aumentando. **Cada país precisa de um continuum integrado de serviços de cuidados em longo prazo** que ofereça às pessoas mais velhas que deles necessitam a capacidade de manter o melhor nível possível de funcionamento, bem como flexibilidade para atender às necessidades, que são diversas e estão sempre mudando, em casa, em suas comunidades e, quando necessário, em instituições.

Apesar das inúmeras contribuições das pessoas mais velhas para a sociedade e de sua grande diversidade,

## Envelhecimento saudável:

- é uma resposta baseada em direitos ao envelhecimento da população;
- considera o desenvolvimento humano;<sup>11</sup>
- inclui todas as pessoas, incluindo aquelas que sofrem de doenças ou possuem deficiências;
- permite que as pessoas mais velhas exerçam um papel central, incluindo a tomada de decisões sobre as suas próprias vidas;
- atenua as desigualdades acumuladas ao longo do curso de vida;
- otimiza a capacidade funcional com uma abordagem que envolve toda a sociedade; e
- atenta-se às preocupações dos governos quanto a abordagens sustentáveis e econômicas.

---

## O envelhecimento saudável é relevante para todos – não apenas para aqueles que não têm doenças.

---

atitudes **negativas** em relação a elas são comuns em todas as sociedades e raramente são questionadas. Os **estereótipos** (como pensamos), o **preconceito** (como nos sentimos) e a **discriminação** (como agimos) em relação às pessoas com base na sua idade, o chamado etarismo, afetam pessoas de todas as idades, mas têm efeitos particularmente nocivos para a saúde e bem-estar das pessoas mais velhas.<sup>2</sup> **Cada país precisa de programas para reduzir e eliminar o preconceito contra pessoas de idade avançada** em vários setores, incluindo saúde, emprego e educação, além de campanhas para informar o público e promover a diversidade. Além disso, quando o etarismo se sobrepõe a outras formas de discriminação, mulheres mais velhas, pessoas mais velhas com deficiências e pessoas mais velhas de outras

formas marginalizadas social ou economicamente são as mais prejudicadas. Conforme documenta este relatório inicial, dados comparáveis de todo o mundo são limitados, e muitos países ainda não têm dados suficientes sobre pessoas em idades mais avançadas. Também faltam dados qualitativos e dados que reflitam processos participativos.<sup>12</sup> Isso impede uma compreensão total dos receios, necessidades e preferências de saúde das pessoas mais velhas em seus contextos específicos e da utilidade das intervenções para abordá-las. **Pesquisas focadas, coleta mais ampla de dados e melhores medições são essenciais para entender melhor e agir em prol do envelhecimento saudável.**

Envelhecer com saúde significa criar oportunidades que permitam às pessoas serem e fazerem o que valorizam ao longo da vida. Estar livre de doenças ou deficiências não é um requisito para um envelhecimento saudável; muitas pessoas idosas têm uma ou mais condições de saúde que, quando bem administradas em um ambiente favorável, exercem pouca influência em seu bem-estar. Em vez disso, **otimizar a capacidade funcional é a chave para um envelhecimento saudável.**

### A OMS DEFINE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL COMO

“o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice”.

# Os três componentes do envelhecimento saudável

Em 2016, todos os Estados-membros da OMS endossaram a meta de envelhecimento saudável. A OMS forneceu informações adicionais sobre os conceitos<sup>13</sup> e as definições de envelhecimento saudável para ajudar a medi-lo de forma comparável em diferentes países e ao longo do tempo. Os três componentes do envelhecimento saudável são a capacidade funcional, a capacidade intrínseca e os ambientes.<sup>4</sup>

como as pessoas interagem com o ambiente

## AMBIENTES

são onde as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Os ambientes moldam o que as pessoas mais velhas, com um determinado nível de capacidade intrínseca, podem ser e fazer. Os ambientes incluem o lar, a comunidade e a sociedade em geral, e todos os fatores a eles pertencentes.

## CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional combina a **capacidade intrínseca** do indivíduo, o **ambiente** em que a pessoa vive e **como ela interage com o seu ambiente**.

- **capacidade de satisfazer as necessidades básicas** para garantir um padrão de vida adequado (como poder pagar por uma alimentação balanceada, vestuário, moradia adequada, bem como serviços de saúde e cuidados em longo prazo, incluindo medicamentos);
- **capacidade de aprender, crescer e tomar decisões** (para fortalecer a autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência da pessoa);
- **capacidade de mobilidade** (para realizar tarefas diárias e participar de atividades);
- **capacidade de construir e manter relacionamentos** (com filhos e familiares, parceiros íntimos, vizinhos e outros); e
- **capacidade de contribuir para a sociedade** (por exemplo, ajudando amigos, orientando pessoas mais jovens, cuidando de familiares, fazendo trabalho voluntário, participando de atividades culturais e trabalhando).

## CAPACIDADE INTRÍNSECA

compreende todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode utilizar. Domínios importantes incluem: capacidade locomotora (movimento físico); capacidade sensorial (como visão e audição); vitalidade (energia e equilíbrio); cognição; e capacidade psicológica.



A OMS forneceu informações adicionais sobre os conceitos e as definições de envelhecimento saudável para ajudar a medi-lo de forma comparável em diferentes países e ao longo do tempo.

---

## CAPACIDADE FUNCIONAL

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

A **capacidade funcional permite que as pessoas sejam e façam o que elas valorizam**. Domínios importantes<sup>13</sup> referem-se às capacidades das pessoas para:

1. **satisfazer as suas necessidades básicas para garantir um padrão de vida adequado** (como poder pagar por uma alimentação balanceada, vestuário, moradia adequada, bem como serviços de saúde e cuidados em longo prazo, incluindo medicamentos);
2. **aprender, crescer e tomar decisões** (para fortalecer a autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência da pessoa);
3. **ter mobilidade** (para realizar tarefas diárias e participar de atividades);
4. **construir e manter relacionamentos** (com filhos e familiares, parceiros íntimos, vizinhos e outros); e
5. **contribuir para a sociedade** (por exemplo, ajudando amigos, orientando pessoas mais jovens, cuidando de familiares, fazendo trabalho voluntário, participando de atividades culturais e trabalhando).



---

## CAPACIDADE INTRÍNSECA

**Capacidade intrínseca** compreende todas as capacidades físicas e mentais que uma pessoa pode utilizar. 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 ao longo da vida, com uma conotação positiva que crie reserva, são elementos adicionais para um envelhecimento saudável. Esse enquadramento positivo, no entanto, reconhece que o nível de capacidade intrínseca é influenciado por uma série de fatores, incluindo a presença de doenças ou lesões e mudanças psicológicas e relacionadas à idade. Os domínios da capacidade intrínseca estão inter-relacionados. Pessoas mais velhas que apresentam declínios necessitam de uma abordagem integrada e centrada na pessoa para avaliação e gestão. Por exemplo, a audição ajuda as pessoas a se comunicarem, a preservarem sua autonomia e a sustentarem sua saúde mental e cognição. Declínios significativos estão relacionados à dependência de cuidados na velhice.

---

## AMBIENTES

**Ambientes** são onde as pessoas vivem e conduzem suas vidas. Os ambientes moldam o que as pessoas mais velhas com um determinado nível de capacidade intrínseca podem ser e fazer. Os ambientes incluem o lar, a comunidade e a sociedade em geral, e todos os fatores a eles pertencentes. Os domínios principais<sup>15</sup> se relacionam:

1. **a produtos, equipamentos e tecnologias que facilitam o movimento, a visão, a memória e o funcionamento diário;**
2. **ao ambiente natural ou construído;**
3. **a apoio emocional, assistência e relacionamentos fornecidos por outras pessoas e animais;**
4. **atitudes (uma vez que estas influenciam o comportamento tanto de forma negativa como positiva); e de forma mais ampla**
5. **serviços, sistemas e políticas que podem ou não contribuir para um melhor funcionamento em idades mais avançadas.**

Os ambientes fornecem uma série de recursos ou obstáculos que, em última análise, decidirão se as pessoas mais velhas serão capazes de se envolver ou participar de atividades que são importantes para elas. O desenvolvimento de ambientes favoráveis e adequados à idade, que otimizam a capacidade funcional, constitui outro elemento importante para um envelhecimento saudável.

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

Esses componentes também descrevem a pessoa como um todo, em vez de focar em doenças específicas → 1.2.



1.2

## Perspectiva abrangente e centrada na pessoa

O envelhecimento saudável considera a pessoa como um todo, no seu ambiente único.<sup>13,15,16</sup> Descrever e melhorar a capacidade funcional, a capacidade intrínseca e os ambientes – os três componentes do envelhecimento saudável – representam uma mudança de paradigma no pensamento sobre pessoas mais velhas e o envelhecimento. Informações sobre múltiplos domínios de cada componente podem ajudar a priorizar e adaptar intervenções para corresponder às necessidades, preferências e objetivos de uma pessoa mais velha em seu contexto único. Isso demonstra a importância de otimizar o que é significativo para as pessoas em idades mais avançadas.

Contrasta com o foco que é direcionado apenas ao diagnóstico de morbididade e ao manejo da doença. Por exemplo, a foto A foca na manifestação da artrite. As informações sobre a pessoa mais velha se resumem à descrição da doença e, se houver outras condições ou doenças, elas podem não ser consideradas em conjunto e o contexto permanece desconhecido.

Compreender o envelhecimento saudável requer uma descrição de toda a gama de habilidades e capacidades do indivíduo dentro do contexto do ambiente e dos objetivos da pessoa. Isso deve acontecer tanto se a pessoa não possui nenhuma doença quanto se possui diversas condições subjacentes.

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, das populações.

Com o tempo, medidas de capacidade intrínseca<sup>17</sup> (como força de preensão manual, densidade óssea, função cardiovascular e pulmonar) e habilidade funcional (como a capacidade de se vestir, caminhar curtas distâncias, se comunicar pelo Skype, Facebook ou outras mídias sociais, cuidar de adultos ou crianças doentes ou incapacitados) podem ser mais eficazes para prever declínios futuros em uma pessoa idosa<sup>18,19</sup> – bem como mortalidade<sup>20,21</sup> – em comparação com medir doenças ou contar morbidades. Essas evidências sublinham a importância de incluir nos cuidados primários, na clínica geral e nos cuidados geriátricos, avaliações da capacidade intrínseca e da capacidade funcional que sejam centradas na pessoa mais velha, conforme promovido pelo manual da OMS, *Orientações sobre avaliação centrada na pessoa e caminhos nos cuidados primários*.<sup>22</sup>





Diferentes fatores moldam a capacidade intrínseca das pessoas e dos ambientes em que vivem. Com o tempo, esses fatores resultam em trajetórias de capacidade intrínseca e habilidade funcional para cada pessoa ou grupo de pessoas. Quase todos os determinantes do envelhecimento saudável podem ser influenciados por políticas → 1.3.

As trajetórias também são influenciadas por eventos locais e globais, como demonstrado no início desta década pela pandemia da COVID-19, e podem ser moldadas por outros fatores, como as mudanças climáticas.



## Processo dinâmico ao longo do curso da vida

Múltiplos fatores e caminhos possíveis formam as trajetórias do envelhecimento saudável. Três perspectivas são essenciais para entender por que o envelhecimento saudável é um processo dinâmico e relevante para todas as pessoas.

**Em primeiro lugar, uma perspectiva que considera o curso de vida sugere que a capacidade intrínseca durante o desenvolvimento inicial<sup>23</sup> e durante fases ou períodos críticos da vida pode ser influenciada por diversos fatores** (biológicos, socioeconômicos e ambientais).<sup>24</sup> Isso, por sua vez, influencia a idade de obtenção da função máxima e o possível início de algum declínio e a taxa na qual ele vai ocorrer.<sup>25</sup> Intervenções para gestantes, primeira infância, crianças e adolescentes, com o objetivo de melhorar a capacidade intrínseca na primeira metade da vida, podem ajudar os indivíduos a atingir seu pleno potencial de saúde. Além disso, estilos de vida saudáveis e ambientes favoráveis durante a vida adulta ajudam a manter as capacidades intrínsecas após a obtenção da capacidade máxima (**Figura 1.1**). Isso minimiza o risco de declínios precoces (por exemplo, reduzindo a incidência de doenças não transmissíveis [DNT], como doenças cardiovasculares e pulmonares crônicas, diabetes e algumas formas de câncer que estão associadas a maior declínio das capacidades em pessoas mais velhas).

**Em segundo lugar, uma abordagem aos determinantes sociais da saúde permite mais informações sobre o impacto cumulativo na saúde das desvantagens ou privilégios sociais e econômicos das pessoas em diferentes trajetórias de vida.**<sup>26</sup> Essas trajetórias definem

oportunidades e vulnerabilidades à medida que as pessoas envelhecem e contribuem para a sua capacidade funcional.<sup>27</sup> A perpetuação, de geração em geração, de desigualdades em saúde pode alterar as trajetórias de envelhecimento saudável desde o nascimento.<sup>28</sup> Os dados demonstram que essas duas perspectivas nos ajudam a identificar e entender o que contribui para um envelhecimento saudável.

### A maioria dos determinantes do envelhecimento saudável pode ser moldada por políticas

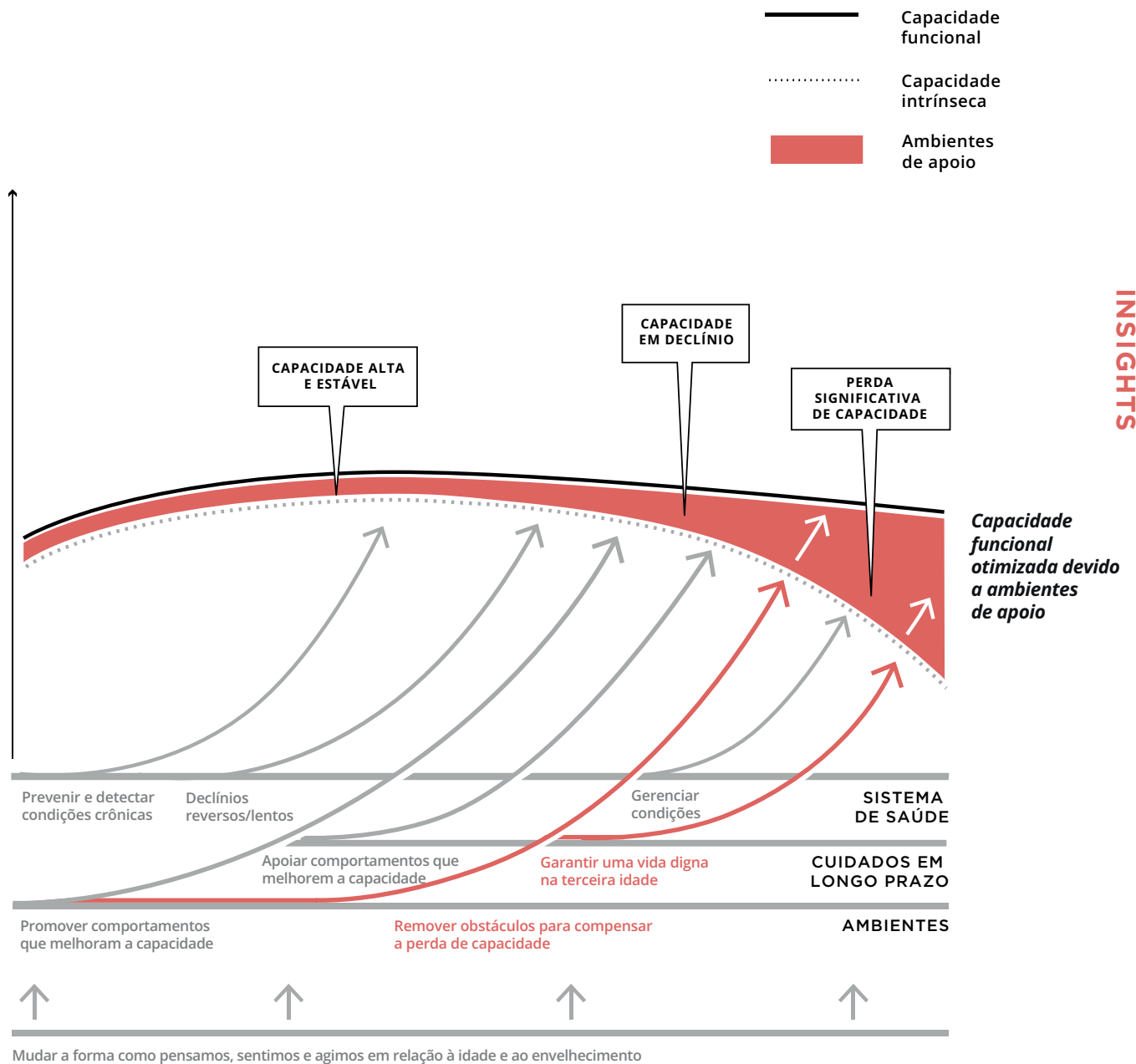
**Terceiro, quase todos esses determinantes subjacentes são passíveis de mudanças políticas.** Uma revisão sistemática em 2018 fornece evidências sobre a relação entre cinco tipos de determinantes (demográficos, biológicos, comportamentais, psicológicos e sociais) e o impacto deles no envelhecimento saudável ao longo do tempo.<sup>29</sup> Da mesma forma, os resultados de uma análise de estudos de coorte longitudinais (que acompanham as mesmas pessoas ao longo do tempo) também indicaram o impacto positivo de níveis mais elevados de educação, riqueza e atividade física<sup>30,31</sup> em trajetórias que levam a uma melhor saúde em idades mais avançadas. Políticas em diferentes níveis (familiar, comunitário, regional, nacional ou global) podem melhorar esses determinantes e a contribuição deles para otimizar o envelhecimento saudável.

**Ações que eliminam a discriminação e melhorem as condições socioeconômicas provavelmente influenciarão de forma positiva a trajetória de envelhecimento saudável para todos.**



**FIGURA 1.1**

## Trajetórias de envelhecimento saudável que otimizam a capacidade funcional



# ACELERE A IMPLEMENTAÇÃO E OTIMIZE A CAPACIDADE FUNCIONAL

A Década se compromete com a colaboração e a ação nos próximos dez anos, de 2021 a 2030. Nosso desafio é ver melhorias significativas e mensuráveis na vida das pessoas mais velhas, suas famílias e comunidades até 2030. É necessário estabelecer parcerias com pessoas em idades avançadas e com a sociedade civil e essas parcerias devem representar as expectativas dessas pessoas. Também são necessárias parcerias com os tomadores de decisão na esfera pública, incluindo os ministérios da saúde e órgãos que criam e implementam programas comunitários. Em cada país, diversos outros setores precisam ser envolvidos para melhorar o envelhecimento saudável – incluindo educação, finanças, cuidados em longo prazo, proteção social, trabalho, moradia, transporte, informação e comunicação.

**Encontrar uma maneira de implementar e manter o comprometimento com objetivos prioritários é a chave para um processo transformador que gera impacto.**

É necessária uma abordagem sistemática e intencional para apoiar prioridades e motivar ações. A abordagem deve:

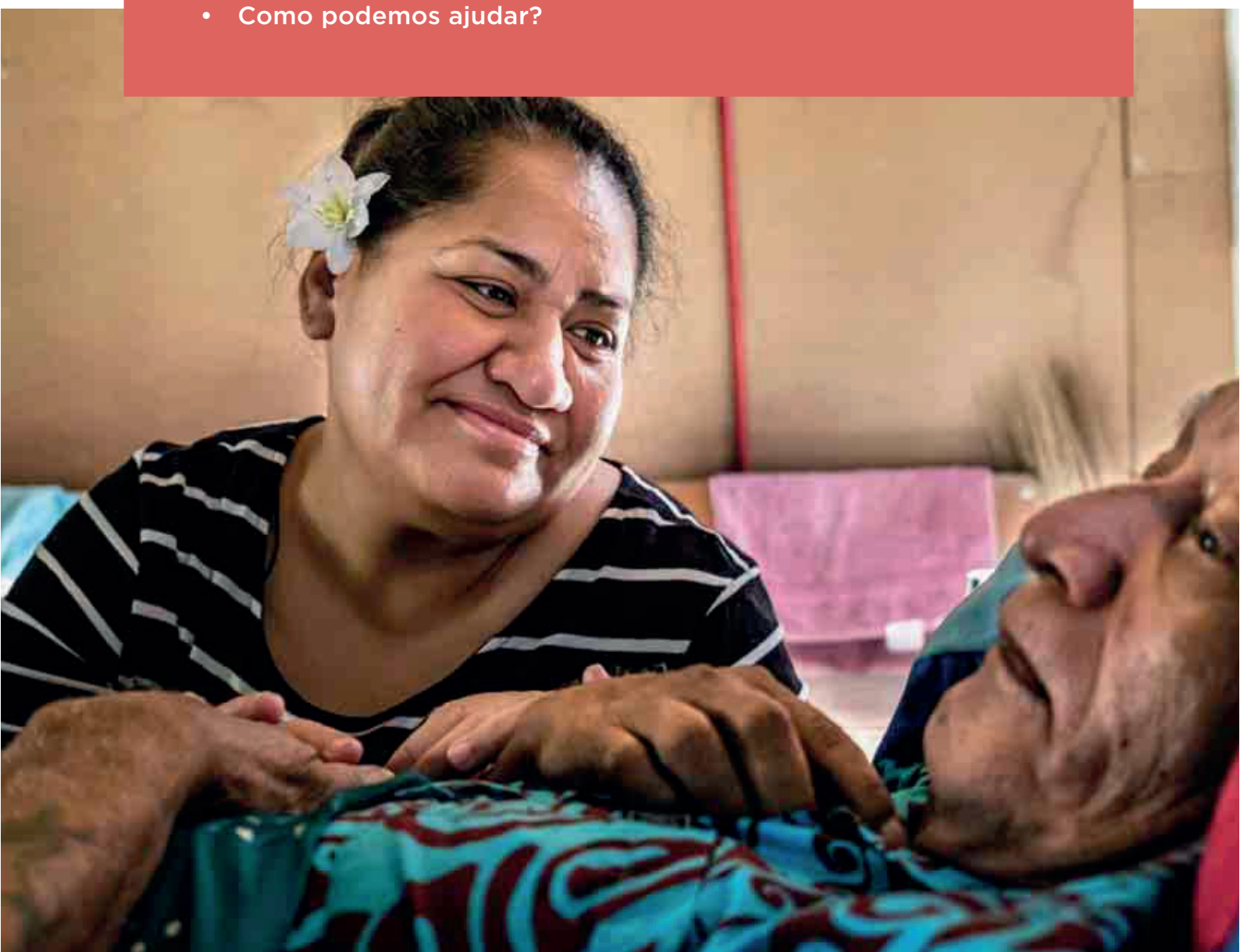
- atender às necessidades e expectativas das pessoas mais velhas e suas famílias, bem como dos formuladores de políticas;
- fornecer evidências que sejam diretamente aplicáveis a pessoas idosas;
- criar programas que desenvolvam e mantenham a capacidade funcional das pessoas mais velhas nas suas comunidades; e
- promover capacidade e motivação do sistema, com ambição, foco, clareza, urgência e irreversibilidade.

Acelerar a expansão de programas eficazes em prol da capacidade funcional de todas as pessoas mais velhas requer:

- envolvimento significativo e empoderamento de pessoas idosas;
- monitoramento e avaliação contínua do processo e do impacto na vida das pessoas; e
- compartilhamento frequente de experiências comprovadas e aprendizado entre comunidades e países.

Uma mudança transformadora requer sistemas que permitam a um líder no governo e em outros setores, incluindo a sociedade civil, fazer e responder a estas perguntas básicas<sup>32</sup> de forma consistente e rigorosa:

- O que você está tentando fazer?
- Como você planeja fazer isso?
- Como, em qualquer momento, você saberá se está no caminho certo?
- Se você não estiver no caminho certo, o que fará a respeito?
- Como podemos ajudar?







## **Decade of healthy ageing**

Quatro elementos facilitadores descritos na Década podem promover uma boa colaboração para uma mudança transformadora. Esses facilitadores são:

- 1** ouvir vozes diversas e permitir o envolvimento significativo de pessoas mais velhas, familiares, cuidadores, jovens e comunidades;
- 2** fomentar a liderança e desenvolver capacidade para ação integrada em todos os setores;
- 3** conectar diversas partes interessadas ao redor do mundo para compartilhar e aprender com a experiência de outros; e
- 4** fortalecer dados, pesquisas e inovação para acelerar a implementação.

**Um caminho<sup>33</sup> reúne esses elementos facilitadores para acelerar a implementação e otimizar a capacidade funcional (Figura 1.2).** A intenção é superar obstáculos na produção e tradução de pesquisas<sup>34</sup> e na sua absorção dentro de um contexto específico.<sup>35</sup> Isso inclui:

- as evidências limitadas ou subutilizadas sobre o que pode ser feito na prática a partir de uma perspectiva centrada na pessoa;<sup>36</sup>
- programas de avaliação existentes limitados (uma vez que as pessoas mais velhas são frequentemente excluídas);
- tomadores de decisão que não buscam obter evidências;
- mecanismos limitados para permitir o diálogo e a tradução com consideração às prioridades dos decisores políticos e de outras partes interessadas; e
- mecanismos limitados para garantir que as prioridades ambiciosas endossadas no plano de ação da Década sejam mantidas em uma determinada comunidade, país ou globalmente.

Com base nas estratégias existentes da OMS, o caminho envolve adotar uma abordagem gradual para identificar prioridades, pesquisas<sup>37</sup>, tradução de conhecimento para envelhecimento e saúde<sup>38,39</sup>, e expansão<sup>40-43</sup> com o objetivo de acelerar a implementação de intervenções para otimizar a capacidade funcional. O esforço da OMS para causar impacto na vida das pessoas está relacionado às metas ambiciosas dos Três Bilhões<sup>44</sup> e oferece as melhores ferramentas de gestão de desempenho. Juntas, elas fornecem os ingredientes para um caminho transformador:

**ESCLARECER:** entenda o que será otimizado em cada domínio de capacidade funcional e priorize o que é importante para pessoas mais velhas e tomadores de decisão, com o objetivo de catalisar a transformação.

**IDENTIFICAR:** reúna evidências sobre intervenções (voltadas à capacidade intrínseca, ambientes e capacidade funcional). Para isso, busque pesquisas sobre o tamanho do efeito em pessoas mais velhas e que sejam avaliadas para uso local ou nacional. Entenda também as capacidades para colocar as intervenções em prática.

**CRIAR E AVALIAR:** crie programas de saúde e sociais ou outros programas multissetoriais para implementar intervenções. Avalie, em conjunto com as pessoas mais velhas e suas famílias se as intervenções são viáveis e aceitáveis (por exemplo, por meio de estudos piloto) e documente se funcionam nas condições do estudo (por exemplo, em estudos realizados em diversos países ou locais).

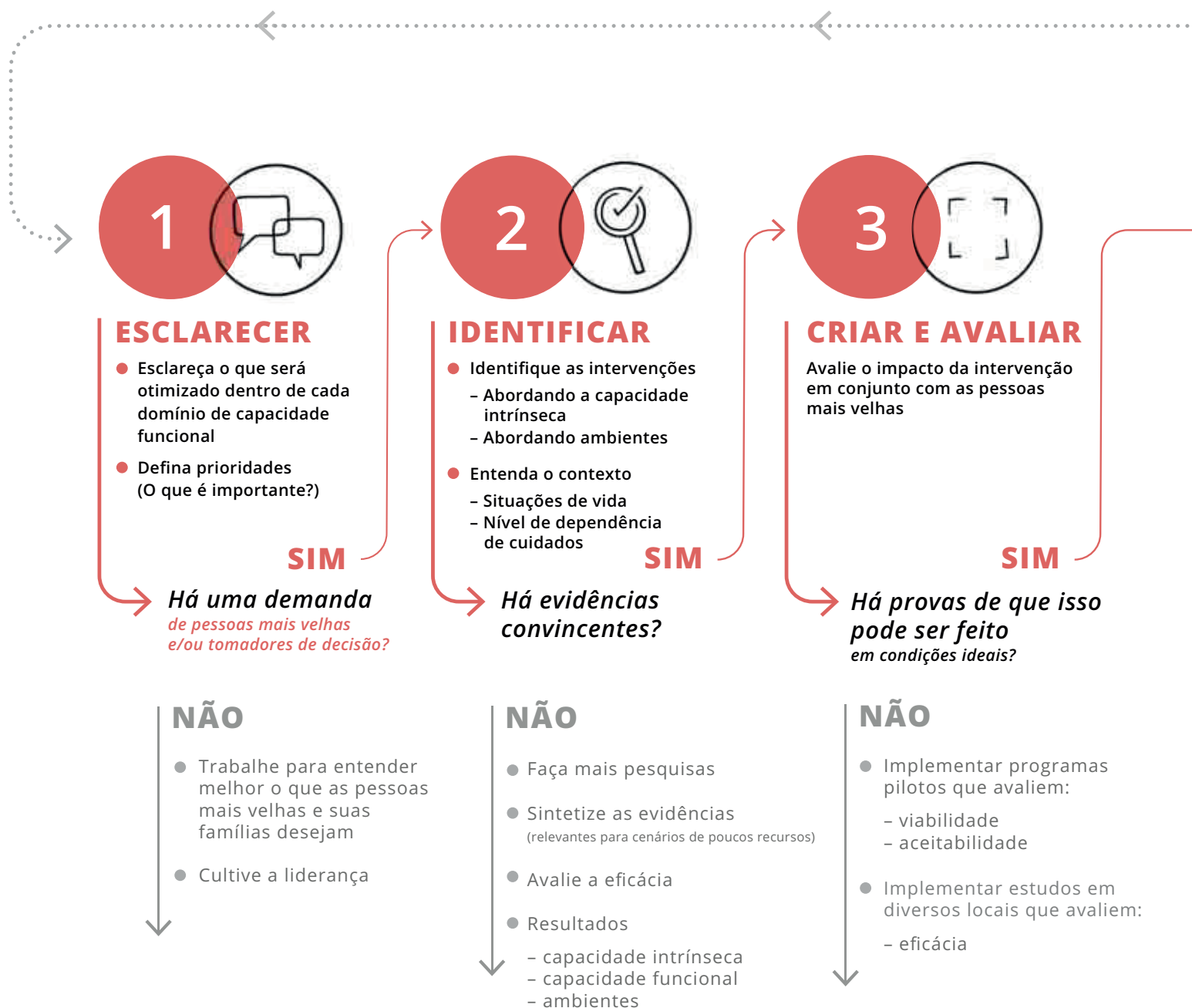
**MEDIR:** aprenda como as intervenções são implementadas na prática e documente a eficácia, incluindo o que realmente funciona e o que não funciona. Use ferramentas de resolução de problemas para entender como facilitar a implementação, elimine gargalos na implementação e documente e compartilhe as lições aprendidas em diferentes cenários.

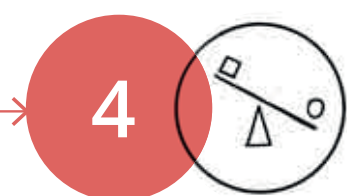
**ALCANÇAR:** a partir de intervenções de maior impacto, aumente a escala e a sustentabilidade dos programas sistematicamente e alcance pessoas mais velhas que, de outra forma, poderiam ser marginalizadas, discriminadas ou deixadas para trás.

**ACELERAR O IMPACTO:** atinja os objetivos no prazo, comunicando resultados, envolvendo novas partes interessadas e recursos, promovendo a transferência de aprendizado (incluindo abordagens e tecnologias) e fomentando a inovação contínua para criar uma cultura de impacto.

FIGURA 1.2

# O caminho para otimizar a capacidade funcional





## AVALIAR

Avalie o que realmente funciona e o que não funciona em cada cenário

*Não traga prejuízos e não aumente a desigualdade*

### Como isso pode ser feito?

- Isso pode ser feito?
- Quem está envolvido?
- Quem fornece isso?
- Como é entregue?
- O que há de único nesse cenário?
- Quais necessidades, direitos e/ou valores são abordados?
- Como lidar com obstáculos e gargalos



## ALCANÇAR

Foque na expansão, sem deixar ninguém para trás

- Promova uma expansão vertical
- Promova uma expansão horizontal
- Não deixe ninguém para trás
- Garanta a eficácia e sustentabilidade
- Monitore a eficácia e o impacto



## ACELERAR O IMPACTO

Mantenha e aumente a eficácia e a eficiência

- Comunique o impacto
- Envolve mais partes interessadas
- Mobilize novos recursos
- Promova a transferência de tecnologia
- Promova ciclos de pesquisa e inovação
- Crie uma cultura de impacto

# ESTE RELATÓRIO INICIAL PREPARA A BASE PARA A DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021 – 2030

## 1

### PRINCIPAIS MENSAGENS:

- **O envelhecimento saudável é um processo dinâmico** que envolve todas as pessoas mais velhas e exige uma abordagem que envolva toda a sociedade. É composto por três componentes: capacidade funcional, capacidade intrínseca e ambientes.
- **Governos e outras partes interessadas se comprometeram em alcançar, até 2030, melhorias significativas e mensuráveis** na vida das pessoas mais velhas, suas famílias e comunidades. Para colocar isso em prática, é preciso abordar todos os elementos facilitadores da Década, incluindo fortalecer dados, pesquisas e inovação para acelerar a implementação.
- **Para que se tenha uma colaboração efetiva para uma mudança transformadora, são necessários sistemas que permitam que líderes, cientistas e a sociedade civil, incluindo pessoas de todas as idades** – em diferentes setores, comunidades e disciplinas – façam e respondam perguntas básicas. Essas perguntas incluem: Qual é a nossa posição em 2020, nos preparando para esta década? Que melhorias podemos esperar e trabalhar para alcançar até 2030? Estamos no caminho certo? Como podemos acelerar o impacto na vida das pessoas mais velhas, de suas famílias e comunidades? Como podemos ajudar? Quais são os próximos passos?

- **Um caminho transformador ilustra como isso pode ser feito.** Evidências, casos e programas coletados e revisados em todo o mundo ilustram cada um dos componentes do caminho por meio de uma série de narrativas descritas na Seção 4. Embora programas ou outras intervenções com foco na capacidade funcional sejam relativamente novos, os casos selecionados refletem compromissos, atividades e impactos interessantes.

**A Década enfatiza o papel central das pessoas mais velhas, identifica quatro áreas prioritárias para ação e reconhece que o que é medido impulsiona a ação.**





As demais seções deste relatório inicial abordam, portanto, as seguintes questões:

---

# 2

## A SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Qual é a nossa posição atual?

A Seção 2 descreve como medimos o envelhecimento saudável, mostra quais componentes da capacidade funcional e intrínseca têm dados comparáveis e fornece breves informações sobre os níveis atuais em 42 países por idade, gênero e nível de escolaridade. A Seção 2 também demonstra a viabilidade de avaliar ambientes a partir de mapas digitais georreferenciados. Os casos ilustram análises adicionais e mostram como os dados existentes são utilizados e aplicados para aprimorar programas voltados a pessoas mais velhas.

---

# 3

## PROGRESSO ATUAL E MELHORIAS ESPERADAS ATÉ 2030

Em quais melhorias podemos trabalhar até 2030?

A Seção 3 monitora os indicadores nacionais de progresso da Década, descrevendo as melhorias entre 2018 e 2020 por cada Região da OMS. A seção contrasta o ritmo de melhoria na expectativa de vida com o da expectativa de vida saudável, sendo que esta última reflete anos de vida vividos com boa saúde. A seção considera diferentes cenários para indicar se podemos melhorar as estimativas iniciais da capacidade de “atender a algumas necessidades básicas” até 2030 – o único domínio de capacidade funcional parcialmente representado com dados na Seção 2.

---

# 4

## OTIMIZAR A CAPACIDADE FUNCIONAL DAS PESSOAS MAIS VELHAS ATÉ 2030

Como podemos acelerar a melhoria da capacidade funcional até 2030?

A Seção 4 utiliza o caminho apresentado na Seção 1 e, para cada domínio de capacidade funcional, apresenta casos de todo o mundo mostrando o que está sendo feito para as pessoas mais velhas. Isso inclui as quatro áreas de ação prioritárias e os quatro facilitadores identificados na Década. A seção pede uma avaliação mais aprofundada das intervenções e lições aprendidas para acelerar o impacto. Destaca como intervenções focadas em DNTs podem ser integradas a abordagens centradas na pessoa que promovem o envelhecimento saudável.

---

# 5

## UMA NOVA DÉCADA PARA AÇÃO

Quais são os próximos passos?

Otimizar a capacidade funcional e acelerar o impacto mensurável na vida das pessoas mais velhas são os principais objetivos da Década. A Seção 5 relaciona isso às metas dos Três Bilhões da OMS, que abordam o aumento da cobertura universal de saúde, melhor proteção contra emergências de saúde e maior aproveitamento da saúde e do bem-estar. O relatório termina descrevendo os próximos passos no monitoramento do progresso para aumentar a visibilidade das pessoas mais velhas dentro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Ambos são marcos importantes no caminho para 2030.



# 2

## QUAL É A NOSSA POSIÇÃO ATUAL? SITUAÇÃO GLOBAL DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Medindo o envelhecimento saudável



## CONCEITOS, DEFINIÇÕES, MEDIÇÃO

A OMS adotou uma abordagem sistemática para medir o envelhecimento saudável. Na Seção 1, foram introduzidos conceitos, definições e áreas importantes que precisam ser compreendidas e medidas – refletindo a grande reformulação do envelhecimento saudável em pessoas mais velhas.

Para esta linha inicial global de 2020, o foco está em pessoas mais velhas com 60 anos ou mais e na análise de dados de estudos representativos nacionais existentes. Várias etapas foram aplicadas para coletar estudos, desenvolver e testar métricas e harmonizar e analisar dados → (2.1).

Dados do maior número de países que atendem aos critérios e à abordagem de análise foram coletados com a intenção de medir cada componente do envelhecimento saudável, incluindo todos os domínios, e produzir resultados comparáveis. Com base nas etapas seguidas, 42 países no total possuem estimativas para um domínio de capacidade funcional (37 países) ou para dois itens que contribuem para a capacidade intrínseca (36 países). Trinta e um países têm estimativas para ambos.

Os resultados em 42 países incluem dados sobre 151.718 pessoas mais velhas (com 60 anos ou mais), sendo 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 em idades mais avançadas, representando 16% da população total nesses 42 países e 65% de todas as pessoas mais velhas no mundo (Anexo 2).

---

**Os resultados em 42 países  
incluem dados sobre 151.718 pessoas  
mais velhas (com 60 anos ou mais),  
sendo 68.456 homens (45%)  
e 83.262 mulheres (55%)**

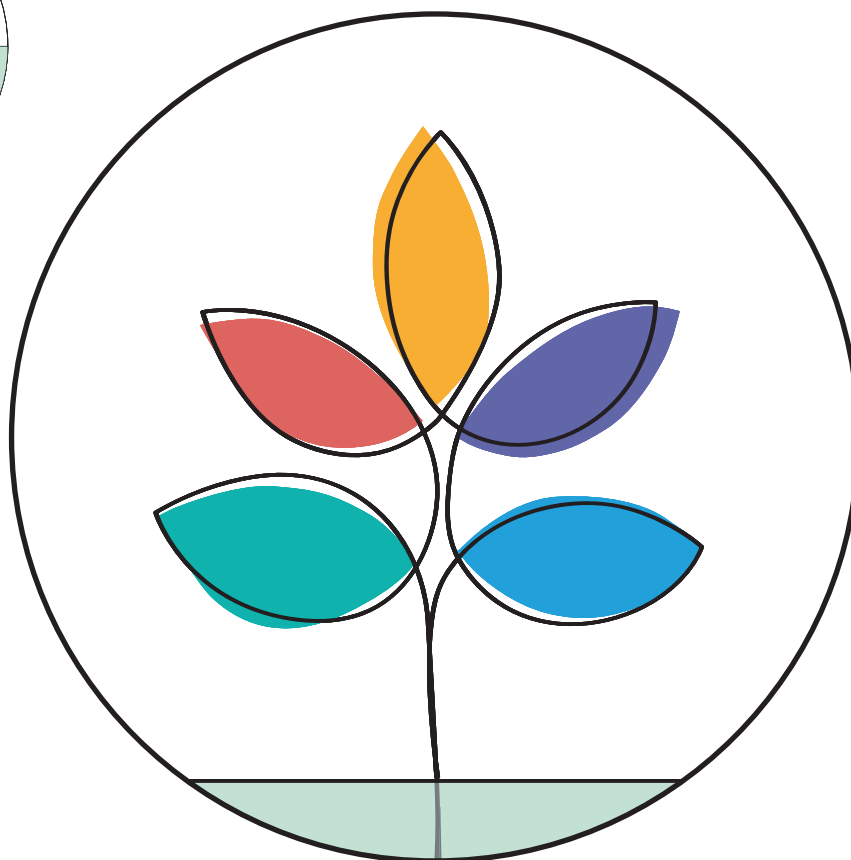
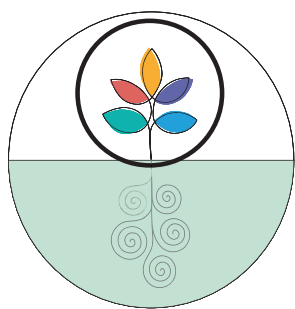
---



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

- Estudos nacionalmente representativos com um rico conjunto de itens (perguntas, testes de desempenho, biomarcadores), realizados em grandes amostras de pessoas mais velhas, foram utilizados para explorar dados para todos os componentes do envelhecimento saudável. A análise de estudos conduzidos no Canadá, Índia e EUA<sup>46,47</sup> confirmou que o envelhecimento saudável reflete uma estrutura multidimensional, demonstrando que os componentes e domínios do envelhecimento saudável estão relacionados. Isso também forneceu provas de que o envelhecimento saudável poderia ser medido por meio de estudos existentes em diferentes países, se itens com possibilidade suficiente de comparação fossem incluídos nesses estudos.
- Itens comumente utilizados em estudos existentes foram mapeados para cada um dos cinco domínios de capacidade intrínseca e habilidade funcional e foram revisados por especialistas técnicos da OMS para garantir a consistência com os padrões de medição existentes. Os ambientes foram excluídos devido à limitação de itens e padrões de medição insuficientes. Isso resultou em 27 itens para quatro dos cinco domínios de capacidade funcional (faltando: aprendizagem e tomada de decisões) e 25 itens para capacidade intrínseca em cada um dos cinco domínios (Anexo 3).
- Estudos nacionalmente representativos de pessoas mais velhas com dados coletados entre 2013 e 2019 foram identificados com base no último ano disponível. Eles refletem principalmente pesquisas sobre o ambiente domiciliar com entrevistas de pessoas mais velhas que vivem em casa (e não incluem pessoas que vivem em instituições de cuidados de longa permanência). A OMS obteve acesso a dados de estudos em 55 países, com 52 divulgados para análise pela OMS até junho de 2020.
- Para os 52 estudos na análise, itens comparáveis (após um exercício de harmonização) com dados de qualidade (menos de 40% ausentes em qualquer item) foram mapeados para capacidade intrínseca ou capacidade funcional. A maximização do número de países com dados comparáveis na análise inicial foi priorizada em vez da inclusão de um grande conjunto de itens: 42 estudos nacionais atenderam aos critérios de medição de alguns aspectos da capacidade funcional ou intrínseca. No entanto, são necessários no mínimo três itens comparáveis entre países para estimar uma pontuação de cada componente ou domínio.
- Uma abordagem de estimativa (modelo de fator contínuo ordinal múltiplo conjunto) foi aplicada aos dados de 42 países para estimar uma pontuação para todos os países na mesma escala. Isso permitiu que itens com categorias ordenadas (por exemplo, sim, não) e com escalas de resposta contínuas (por exemplo, numeradas) fossem incluídos e leva em conta a relação entre capacidade funcional e capacidade intrínseca. Para a análise inicial, isso resultou em um fator que atende a todos os critérios e que mede parcialmente um domínio de capacidade funcional – ou seja, capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas, refletindo três itens. Há uma escala de 0 (mais baixo) a 100 (mais alto) para fins de interpretação. Para capacidade intrínseca, apenas dois itens comparáveis atenderam aos critérios, mapeados para cognição e vitalidade. Eles são transformados em pontuações padronizadas que refletem dados harmonizados e agrupados entre países e são relatados separadamente como marcadores de posição para capacidade intrínseca.
- Para cada país, as pontuações médias estimadas estão disponíveis por idade ou por faixas etárias de cinco anos (de 60 a 64 anos a 90 anos ou mais), por homens e mulheres e por nível de escolaridade. Todas as pontuações estimadas são padronizadas por idade, aplicando a População Padrão Mundial da OMS.
- As estimativas populacionais representativas de pessoas mais velhas não institucionalizadas para cada país refletem pesos amostrais específicos da pesquisa e da pessoa. As estimativas populacionais combinadas são ponderadas para a população de cada país e aplicam a proporção de pessoas em cada faixa de pontuação de 20 pontos às estimativas populacionais da ONU para 2020.





## CAPACIDADE FUNCIONAL

*O que é medido no início?*

### Três itens que abordam a capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas

Trinta e sete estudos nacionais têm dados comparáveis sobre a capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas (Anexo 2). Esses países têm 514 milhões de pessoas mais velhas, o que representa 20% da população total desses 37 países e 49% de todas as pessoas mais velhas do mundo em 2020. Os resultados são relatados para dados agrupados entre países e visualizados por uma cor diferente para cada país.

A capacidade funcional (limitada à satisfação de algumas necessidades básicas) reflete a interação de uma pessoa com seu ambiente. Três elementos compõem esta pontuação:

- capacidade de se vestir;
- capacidade de tomar medicamentos; e
- capacidade de administrar as finanças.



## Apenas três itens comparáveis para medir a capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas

Perguntas sobre a capacidade de realizar atividades diárias a fim de atender às necessidades básicas estão entre as perguntas mais comuns que podem ser utilizadas para avaliar a capacidade funcional de pessoas idosas.<sup>48</sup> As perguntas relacionadas ao acesso a serviços e nível de vida adequado envolvem diferentes fenômenos individuais.<sup>49</sup> Todos eles refletem a capacidade da pessoa em satisfazer suas necessidades diárias básicas, como administrar dinheiro, contas e finanças.

Os três itens incluídos na análise – **a capacidade de se vestir, tomar medicamentos e administrar finanças** – foram amplamente incluídos em pesquisas nacionais e foram os itens mais comuns em 37 dos 52 estudos incluídos na análise que foram mapeados para o domínio “satisfazer necessidades básicas” (Anexo 3). A extensão em que as pessoas mais velhas são capazes de realizar essas e outras atividades no dia a dia depende muito de seus níveis de capacidade intrínseca (física e mental) e de seu ambiente. As características ambientais são essenciais para permitir que as pessoas mais velhas se adaptem ou compensem as perdas de capacidade intrínseca.

O ambiente às vezes pode apresentar obstáculos à satisfação de algumas necessidades básicas que podem ser evitados. Por exemplo, a dificuldade em ler e compreender rótulos dos medicamentos pode dificultar o manuseio e a ingestão corretos.<sup>50</sup> Uma vez que essas atividades estão na intersecção entre as capacidades físicas e mentais da pessoa e as características ambientais dificultadoras ou facilitadoras, elas refletem adequadamente alguns aspectos da capacidade de uma pessoa em satisfazer as suas necessidades básicas.<sup>13</sup> Entretanto, perguntas comparáveis sobre outros aspectos da capacidade de satisfazer as necessidades básicas, como moradia adequada ou dieta balanceada, estão ausentes nas pesquisas existentes que também incluem itens sobre capacidade intrínseca.

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

## FIGURA 2.1

# Capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas por idade em 37 países\*

Esta pontuação é baseada em mais de 127.000 pessoas mais velhas 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 média, indivíduos em alguns países apresentam pontuações relativamente altas em idades mais avançadas.*

*Isso demonstra que, em qualquer idade, as pessoas podem receber apoio para atender às suas necessidades básicas por meio de uma combinação de manutenção de capacidades intrínsecas, fornecimento de ambientes favoráveis e garantia de apoio direcionado àqueles que precisam.*

### PONTUAÇÃO REFERENTE ÀS NECESSIDADES BÁSICAS



*À medida que a idade aumenta, menos pessoas mais velhas conseguem satisfazer algumas de suas necessidades básicas.*

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

## RESULTADOS NOS PAÍSES

A **Figura 2.1** ilustra uma visão transversal de pessoas mais velhas incluídas em estudos de 37 países.

O gráfico de dispersão demonstra a associação entre a idade e a pontuação estimada para a capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas, que é a capacidade mais básica a ser atendida. Cada país é representado por uma cor diferente, com a idade no eixo horizontal, a partir dos 60 anos. A pontuação estimada está no eixo vertical, sendo 0 a pior pontuação e 100 a melhor pontuação.

A faixa de pontuação mais alta, de 80 a 100, deve ser alcançada por todas as pessoas idosas. Para a média em cada idade, esse é o caso de todos os países até aproximadamente os 75 anos. À medida que a idade aumenta, a pontuação diminui, principalmente após os 80 anos – refletindo dados transversais. Essas médias mascaram variações consideráveis dentro de cada idade.

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

Em média, com base em dados transversais, homens e mulheres têm habilidades semelhantes no que diz respeito a satisfazer algumas necessidades básicas entre 60 e 80 anos. Este gráfico de dispersão também mostra linhas para as pontuações dos percentis 10, 50 e 90 para homens (azul) e mulheres (vermelho) separadamente. Após os 80 anos de idade, mais mulheres têm menos capacidade de satisfazer algumas das suas necessidades básicas do que os homens, sendo que a diferença aumenta com o avanço da idade. Em idades mais avançadas, é mais provável que as mulheres vivam sozinhas e na pobreza em comparação aos homens.

Uma análise mais desagregada foi limitada ao que era comparável entre os países, ou seja, o nível de escolaridade da pessoa. Em todos os países, pessoas mais velhas com níveis mais altos de escolaridade (ensino médio e ensino superior), que é um marcador de status socioeconômico, são mais capazes de atender a algumas de suas necessidades básicas em comparação com aquelas com ensino fundamental apenas ou nenhuma educação formal. Em muitos países, as diferenças nos níveis de escolaridade são mais importantes do que as diferenças entre homens e mulheres. Dados comparáveis sobre pobreza e riqueza (incluindo bens familiares), residência rural ou urbana ou outros marcadores de desigualdade devem ser incluídos no próximo período de relatório.

**Com base na pontuação estimada, a maioria das pessoas mais velhas (86%) está na faixa de pontuação mais alta de 80 a 100. No entanto, a atenção deve ser voltada aos 14% restantes de pessoas mais velhas que não conseguem atender a algumas das necessidades básicas necessárias para uma vida significativa e digna.** Essa porcentagem representa cerca de 71 milhões de pessoas mais velhas nos 37 países. Isso inclui 4% das pessoas mais velhas — mais de 20 milhões de pessoas em idades avançadas nesses 37 países — que têm uma pontuação de capacidade baixa — ou seja, menos de 40 pontos em uma escala de 100, correspondendo às duas faixas de pontuação mais baixas.

Essas porcentagens e números refletem as estratégias nacionais de amostragem de cada estudo, mas não incluem pessoas mais velhas que vivem em instituições de cuidados de longa permanência ou outras instituições. Também não houve itens comparáveis em outros aspectos das necessidades básicas, como moradia adequada ou dieta balanceada, o que significa que pode haver mais pessoas mais velhas em cada país que não conseguem atender às suas necessidades básicas.

---

*Em todas as idades, as pessoas podem receber apoio para atender às suas necessidades básicas por meio de uma combinação de manutenção de capacidades intrínsecas, fornecimento de ambientes favoráveis e garantia de apoio direcionado àqueles que precisam.*

---

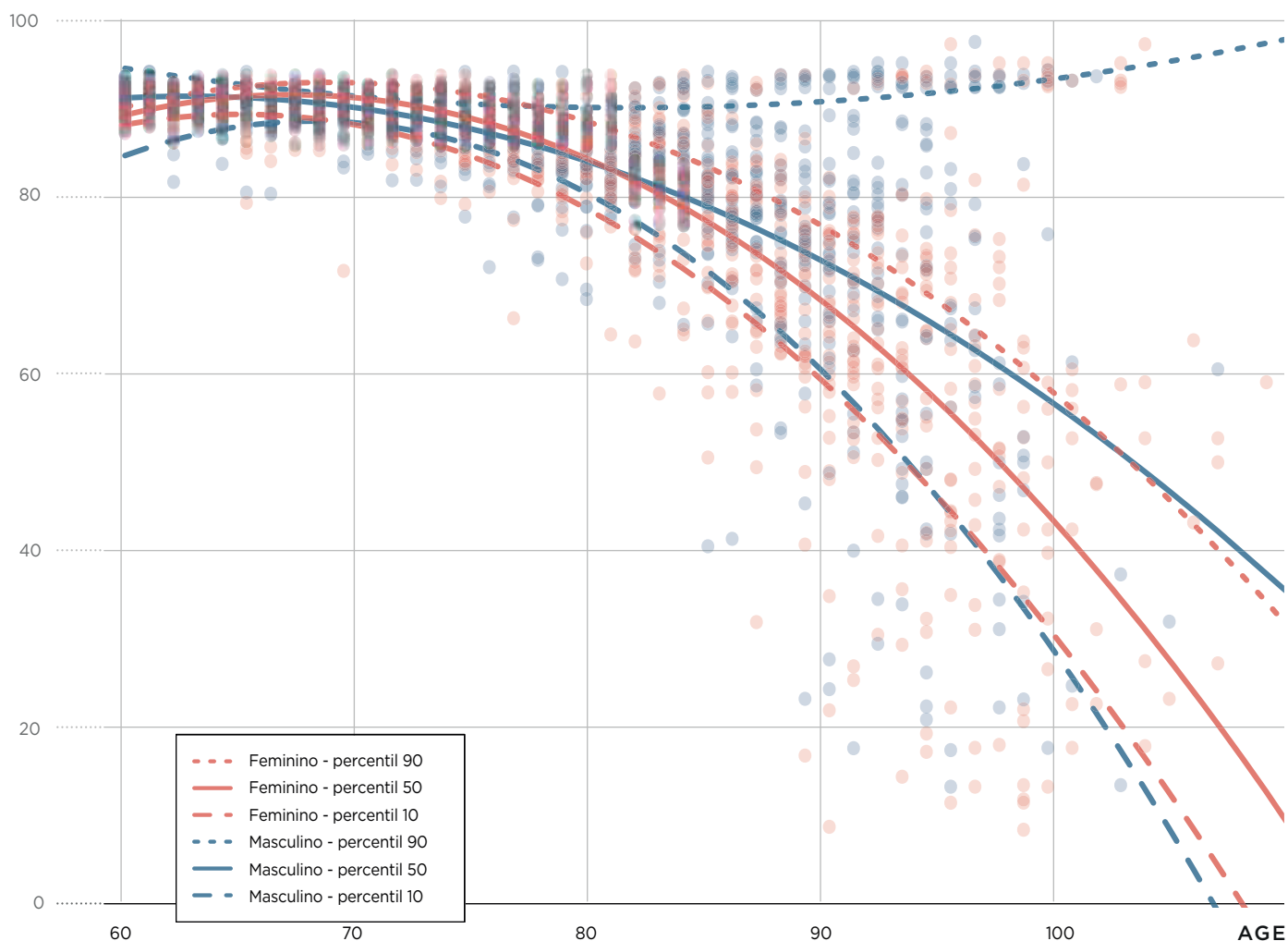
## FIGURA 2.2

## Capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas por idade, homens e mulheres, 37 países\*

Cada ponto representa a pontuação média em cada idade, para homens (azul) e mulheres (vermelho) separadamente, para cada país. Isso representa cerca de 57 mil homens e 70 mil mulheres nos 37 países.

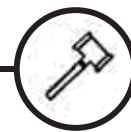
*Após os 80 anos de idade, mais mulheres têm menos capacidade de satisfazer algumas das suas necessidades básicas do que os homens, sendo que a diferença aumenta com o avanço da idade.*

## PONTUAÇÃO REFERENTE ÀS NECESSIDADES BÁSICAS



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





## IMPLICAÇÕES POLÍTICAS

- Tendo em vista a variedade de países incluídos na análise inicial (principalmente de renda alta e média), é provável que essa porcentagem seja maior globalmente. Ao aplicar essa baixa estimativa a todas as pessoas mais velhas no mundo (mais de 1 bilhão de pessoas com 60 anos ou mais), isso pode significar que pelo menos 142 milhões de pessoas em idades avançadas, com 60 anos ou mais, no mundo não conseguem satisfazer todas as suas necessidades básicas.
- Reconhecendo que as pessoas mais velhas não são um grupo homogêneo, são necessárias abordagens universais e direcionadas para atender suas necessidades básicas, adaptadas ao contexto específico de cada país e cada pessoa. Isso reflete a diversidade de experiências e necessidades das pessoas mais velhas. As respostas políticas devem incluir o apoio à capacidade intrínseca e a promoção de ambientes que sejam favoráveis à idade avançada. A maioria das pessoas mais velhas quer “envelhecer onde reside” – ou seja, permanecer em casa, no seu ambiente familiar e manter as relações que são importantes para elas → 2.3
- Somente a capacidade de atender às necessidades básicas, um dos cinco domínios da capacidade funcional, possui alguns dados comparativos. Itens aprimorados e adicionais são necessários para refletir totalmente esse domínio de capacidade funcional. Isso enfatiza a necessidade de maior desenvolvimento de itens abrangentes e comparativos para estimar pontuações entre países para medir e monitorar o progresso em todos os cinco domínios de capacidade funcional (ou seja, capacidade de aprender, crescer e tomar decisões; ter mobilidade; construir e manter relacionamentos; contribuir para a sociedade; e satisfazer as necessidades básicas). Isso também requer o uso de dados para informar intervenções comunitárias → 2.4 e continuar a desenvolver novas formas de coletar dados em tempo real que possam ajudar as pessoas mais velhas, seus cuidadores e os profissionais de saúde → 2.5.
- Com dados abrangentes sobre cada domínio, somente então poderemos monitorar completamente o progresso para otimizar a capacidade funcional durante a Década do Envelhecimento Saudável.

**As necessidades básicas das pessoas mais velhas devem ser atendidas em qualquer idade, e as abordagens devem mitigar as desigualdades de oportunidades.**





2.3

## O PAPEL DA FAMÍLIA E DA COMUNIDADE PARA AQUELES QUE DESEJAM ENVELHECER DE FORMA SAUDÁVEL ONDE RESIDEM

### MALÁSIA

*Centro de Pesquisa de Bem-Estar Social, Universidade de Malaya*

Dados representativos do país podem fornecer insights atualizados. A Pesquisa sobre Envelhecimento e Aposentadoria da Malásia (MARS)<sup>51</sup> sugere que os relacionamentos e a conexão entre a família e os membros da comunidade permanecem fortes e intactos, incluindo relacionamentos com filhos por meio da convivência na mesma residência, contato, cuidado e apoio.

Cerca de 91% dos entrevistados relataram ter uma família amorosa, 94% moram com o cônjuge e/ou outros familiares, 84% se encontram pessoalmente com os filhos pelo menos quatro vezes por ano, enquanto 79% falam com os filhos por telefone, WhatsApp ou e-mails várias vezes por mês. Os dados indicam que a conexão familiar permanece forte e promove o envelhecimento no local onde a pessoa reside.

Em média, 75% dos entrevistados com 60 anos ou mais não estão preparados para viver em uma instituição, como uma casa de repouso, o que sugere que desejam continuar morando em suas próprias casas. Fatores significativos que influenciam as pessoas mais velhas a permanecerem em casa incluem ter uma família

amorosa, residir na área rural e receber apoio financeiro e de outros tipos dos filhos. Pessoas mais velhas que estão preparadas para viver sozinhas e pessoas que participam frequentemente de eventos sociais têm mais probabilidade de querer viver em uma instituição de cuidados. Pesquisas com pessoas que vivem em instituições de cuidados de longa permanência devem complementar essas análises no futuro.

*No geral, os resultados confirmam que o contexto é importante para a compreensão dos ambientes e das preferências das pessoas mais velhas.*

Esses resultados diferem da percepção de que o cuidado tradicional baseado na família está em declínio em muitos países, inclusive nos países asiáticos. **As políticas devem ser pautadas por dados representativos nacionalmente, com incentivos para familiares que são também cuidadores.** Para muitos países, isso seria mais econômico e sustentável do que construir e manter mais casas de repouso e instalações semelhantes. As preferências da maioria das pessoas mais velhas também incluem cuidados domiciliares e adequações do ambiente.



## UTILIZANDO INFORMAÇÕES SOBRE CAPACIDADE FUNCIONAL PARA O APOIO DE PESSOAS EM IDADES AVANÇADAS

### REPÚBLICA UNIDA DA TANZÂNIA

*HelpAge*

#### Por que isso está sendo feito?

A HelpAge defendeu uma estratégia nacional para a prestação de serviços de saúde de qualidade para pessoas mais velhas.<sup>52</sup> A estratégia, adotada em 2019, concentra-se na capacidade funcional, redução da dependência, apoio ao autocuidado e melhoria do bem-estar geral – todas as áreas monitoradas pela HelpAge no nível da comunidade. A coleta de dados longitudinais na comunidade pode ajudar a avaliar e monitorar a capacidade funcional de pessoas mais velhas, de modo que a mudança programática possa resultar em melhorias no processo e no impacto.

#### Qual é o impacto?

As observações dos cuidadores domiciliares, apoiadas pelos dados, documentaram que melhorias graduais na capacidade funcional foram seguidas por melhorias no envolvimento com o autocuidado. As mudanças no programa resultaram em um aumento de 9 a 45% na capacidade funcional e um aumento no envolvimento com o autocuidado de 6 a 39% em diferentes comunidades.

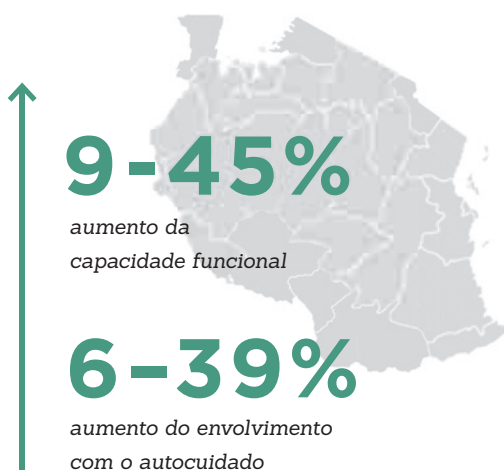
#### Quais dados são coletados?

A HelpAge International usa uma ferramenta de coleta de dados em nível comunitário para medir e monitorar a capacidade funcional e uma série de outros indicadores, incluindo engajamento com autocuidado

e acesso percebido e qualidade dos serviços de saúde em comunidades rurais, periurbanas e urbanas em oito distritos da Tanzânia. Os tamanhos das amostras são pequenos, mas são representativos das comunidades. Desde 2013, já foram realizadas oito rodadas de coleta de dados sobre pessoas mais velhas, com 60 anos ou mais.

#### Como os dados são utilizados?

As rodadas iniciais de coleta de dados sobre capacidade funcional destacaram a necessidade de a HelpAge revisar sua abordagem em relação aos serviços de saúde e assistência na Tanzânia. Foi desenvolvida uma abordagem mais holística focada na capacidade funcional, no bem-estar e na independência. Isso incluiu o desenvolvimento de uma abordagem de cuidados domiciliares prestados pela comunidade a ser implementada juntamente com o trabalho contínuo realizado junto ao sistema de saúde. Cuidadores domiciliares foram treinados para dar suporte a pessoas mais velhas e seus familiares, com foco na alimentação, exercícios, massagem para reabilitação, desenvolvimento da força e aumento da confiança. Pessoas acamadas receberam suporte contínuo para que conseguissem se sentar na cama e se alimentar sozinhas. A capacidade funcional dessas pessoas começou a melhorar, pois receberam apoio para ficar de pé, ir ao banheiro e tomar banho.





## COLETA DE DADOS EM TEMPO REAL SOBRE CAPACIDADE FUNCIONAL

### SUIÇA

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

A maioria dos estudos existentes mede a capacidade funcional em um único momento, fazendo perguntas sobre diferentes habilidades durante o último mês ou semana (por exemplo, durante uma entrevista como parte de uma pesquisa ou avaliação clínica). Esses estudos não captam a capacidade funcional da pessoa em tempo real, levando em consideração a capacidade intrínseca da pessoa e a interação com o seu ambiente, de forma dinâmica e específica ao contexto de cada pessoa. Algumas pessoas mais velhas, especialmente aquelas com deficiências cognitivas mais graves, também podem não conseguir responder às perguntas. **Para lidar com essas questões, tecnologia prontamente disponível que envolve o uso de sensores no corpo pode ser usada para medir a capacidade funcional; os avanços nessa área provavelmente acelerarão o monitoramento do envelhecimento saudável ao longo da década.** Essa tecnologia reflete avanços na arquitetura de dados e rápido desenvolvimento de capacidades analíticas e pode avaliar o que uma pessoa valoriza fazer em seu ambiente específico.

#### Qual é o impacto?

As avaliações da capacidade funcional que fornecem dados objetivos são sensíveis a melhorias em tempo real.<sup>53,54</sup> Com informações objetivas sobre cada contexto, é possível embasar intervenções “no momento certo” que são até 90% mais eficazes, pois podem ser aplicadas quando a ajuda é mais necessária (por exemplo, apoio para orientação em situações em que ocorre desorientação).<sup>55,56</sup>

#### Quais dados são coletados?

Com um dispositivo contendo três sensores para avaliar a mobilidade (Sistema Global de Navegação por Satélite), intensidade e tipo de atividade (Unidade de Medição Inercial composta por um acelerômetro e um magnetômetro) e atividades sociais e cognitivas (microfone de sistemas microeletromecânicos), a

Universidade de Zurique conduziu um estudo piloto na Suíça produzindo medidas objetivas de perfis de atividade contextualizados em pessoas de 65 a 90 anos de idade ou mais. Um projeto piloto com mais de 150 pessoas mais velhas mostrou que a viabilidade e a aceitabilidade do dispositivo são altas.

Os perfis distinguem com clareza mais de 25 propriedades de mobilidade e atividades sociais e intelectuais ao longo de quatro semanas.<sup>57,58</sup> Os perfis incluem interação específica ao contexto entre pessoas e seu ambiente – incluindo acesso a diferentes meios de transporte, atividades em espaços públicos, participação em oportunidades educacionais e de atividade física e maneiras de contribuir para a sociedade. Estudos semelhantes em Hong Kong, China e Cidade do México, no México<sup>59,60</sup> demonstram viabilidade comparável em variadas idades, níveis de escolaridade, renda, idioma e contextos comunitários.

#### Como os dados são utilizados?

Padrões sobre o alcance, a regularidade, a variabilidade e a complexidade das atividades fornecem insights importantes que ajudam na tomada de decisão por todas as partes interessadas, incluindo as próprias pessoas mais velhas. As pessoas mais velhas recebem gráficos de suas próprias atividades e perfis de mobilidade, que são analisados e utilizados para o controle da saúde. **Avaliações da capacidade funcional em tempo real reduzem a necessidade de profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados coletarem novamente dados específicos sobre cada pessoa e contexto.**



*Com informações objetivas sobre cada contexto, é possível embasar intervenções “no momento certo” que são até 90% mais eficazes, pois podem ser aplicadas quando a ajuda é mais necessária.*



## UTILIZANDO UM APLICATIVO DE CELULAR PARA MONITORAR O CONCEITO “ME-BYO”

### JAPÃO

Prefeitura de Kanagawa, incluindo 33 municípios

#### Quais dados são coletados?

A Prefeitura de Kanagawa propôs o “ME-BYO”<sup>61</sup> para desenvolver sua política inovadora de autocuidado e otimização da saúde, em consideração a uma era futura em que as pessoas viverão até os 100 anos. ME-BYO é um conceito que considera as condições físicas e mentais das pessoas em um *continuum* dinâmico, em vez de uma divisão clara entre saúde e doença. A partir disso, a prefeitura lançou o “Índice ME-BYO” em março de 2020. O índice quantifica o estado “ME-BYO” atual em quatro áreas: escolhas de estilo de vida, capacidades cognitivas, funções da vida diária e saúde mental, incluindo o estresse.

O monitoramento e gerenciamento individual do “ME-BYO” é feito por meio de um aplicativo gratuito para smartphone “My ME-BYO Record”, que inclui reconhecimento de voz. O aplicativo permite que as pessoas calculem seu próprio Índice ME-BYO e monitorem suas pontuações por meio de 15 itens, como sexo, idade, altura, peso, pressão arterial, avaliação Mini Cognitiva, lista de verificação Locomo Five, velocidade da marcha e estado mental, este último com base na análise da voz da pessoa. A abordagem está alinhada aos cinco domínios da capacidade intrínseca.

#### Como os dados são utilizados?

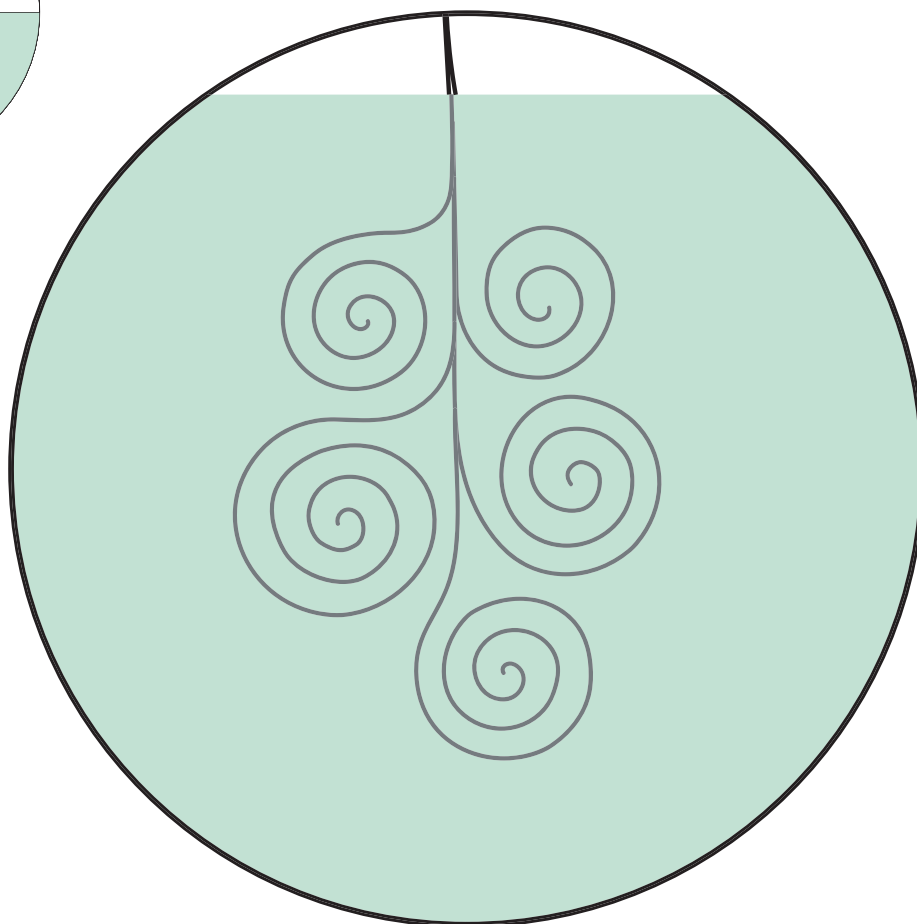
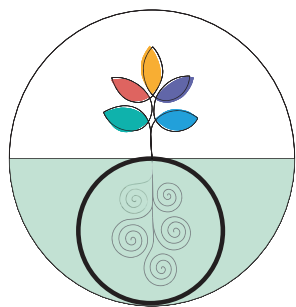
O índice tem como objetivo fornecer informações oportunas e relevantes diretamente aos adultos a fim de catalisar mudanças e permitir que as pessoas gerenciem e aprimorem o ME-BYO, incluindo a detecção precoce e a autogestão de declínios na capacidade intrínseca. A avaliação pode ser feita pela própria pessoa sem assistência adicional, pois o aplicativo fornece conselhos com base nos resultados do índice ME-BYO por meio de um algoritmo alinhado com as ferramentas do Integrated Care for Older People (ICOPE) da OMS.



ME-BYO é um conceito que considera as condições físicas e mentais das pessoas em um *continuum* dinâmico, em vez de uma divisão clara entre saúde e doença.

#### O que está sendo planejado?

A Kanagawa também utilizará o Índice ME-BYO para desenvolver produtos ou serviços comerciais relacionados com o objetivo de otimizar a saúde física e mental e o bem-estar geral. A prefeitura planeja adicionar uma função de previsão para mostrar possíveis cenários futuros de saúde, considerando diferentes estilos de vida e padrões de comportamento. Como um sistema de monitoramento em tempo real, o Índice ME-BYO apoiará a avaliação do impacto nos níveis individual e comunitário.



## CAPACIDADE INTRÍNSECA

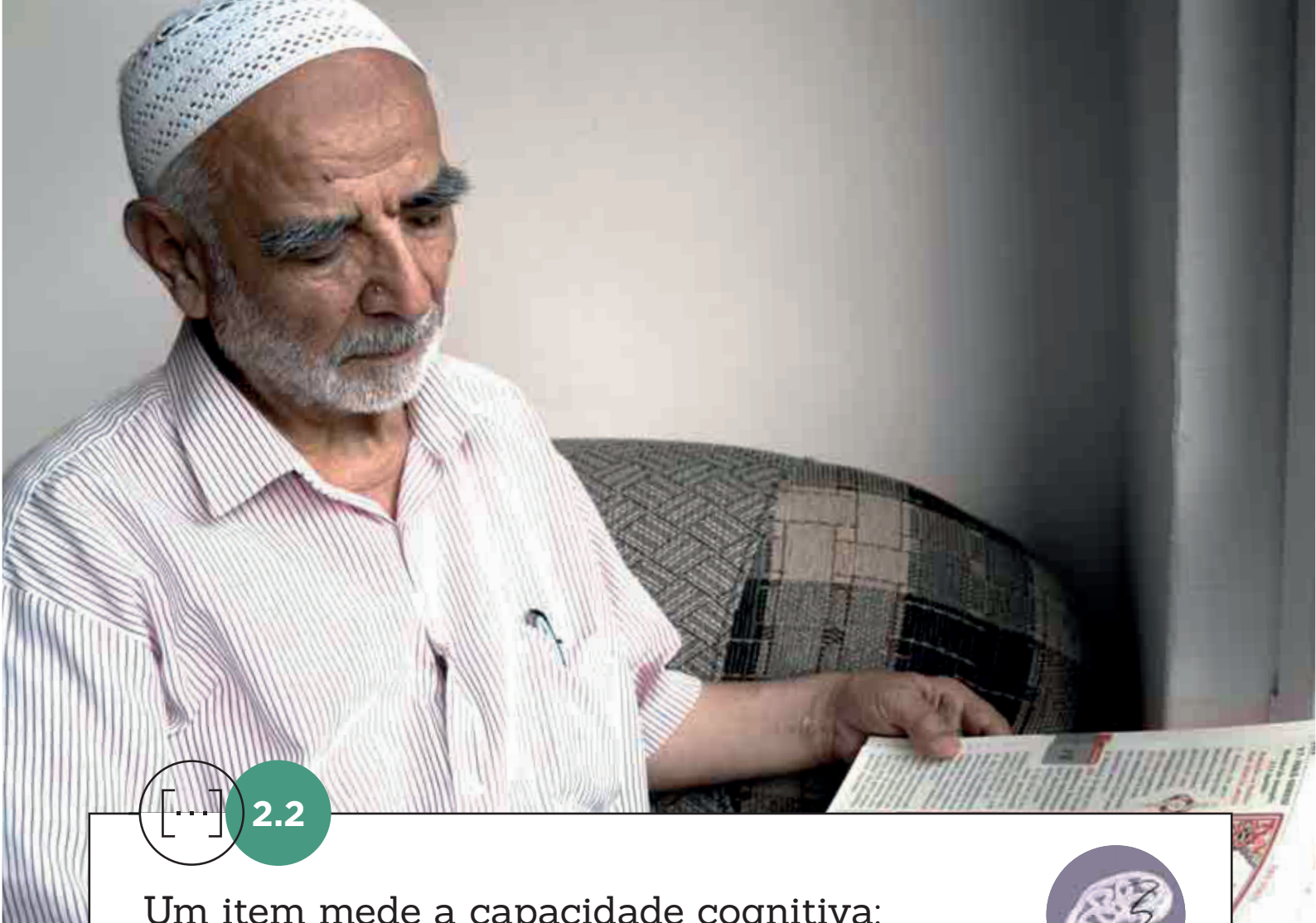
*O que é medido no início?*

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

Trinta e seis estudos nacionais possuem dados comparáveis para dois itens que medem a capacidade intrínseca. Isso representa cerca de 25% dos Estados-Membros da OMS, com 31 países desta lista também tendo uma pontuação estimada para a capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas (Anexo 2). Esses 36 países têm cerca de 578 milhões de pessoas em idades avançadas, o que representa 15% da população total desses 36 países e 55% de todas as pessoas mais velhas do mundo em 2020. Os resultados são relatados para dados agrupados entre países e visualizados para cada país.

Dois itens (recordação tardia de palavras e força de preensão manual) foram transformados em pontuações padronizadas para ajudar a comparar estimativas dentro de um mesmo país e entre países. Esses dois itens mapeiam diferentes domínios de capacidade intrínseca – cognição (→ 2.7) e vitalidade (→ 2.8). Um terceiro item, o peso dos entrevistados, também foi comparável entre os países. Entretanto, o peso por si só não é considerado suficiente para medir a capacidade intrínseca. Detalhes sobre as formas de medir a composição corporal de pessoas idosas podem ser encontrados no Anexo 4.





## 2.2

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



A função cognitiva na vida adulta pode ser medida de várias maneiras, incluindo lembrar-se de uma lista de palavras e recordá-la imediatamente (recordação imediata) ou em um estágio posterior (recordação tardia). **O teste de recordação tardia, com uma lista de dez palavras, é uma medida sensível que prevê o declínio cognitivo em pessoas mais velhas.**<sup>62</sup> O número de palavras a serem lembradas pode variar; alguns estudos incluem 3, 5, 10, 15 ou 20 palavras. Os resultados dos testes de recordação de palavras são relatados de diversas maneiras comuns. Isso inclui relatar o número de palavras lembradas, às vezes também chamado de pontuação.<sup>63-70</sup> Alternativamente, o resultado pode incluir a média e o desvio-padrão das palavras lembradas por pessoa ou faixa etária<sup>71,72</sup> e uma pontuação padronizada, que é o caso desta análise inicial.<sup>73,74</sup> Esses testes medem a capacidade e não refletem a interação da pessoa e seu ambiente.

São testes simples, mas possuem uma validade preditiva muito forte e o baixo desempenho está associado ao aparecimento de demência em etapa posterior.<sup>75</sup> O desempenho pode variar ao longo do curso de vida. Coortes mais velhas (comparado a grupos mais jovens), mulheres (comparado a homens), viúvas/viúvos e aqueles que nunca se casaram (comparado a casados) demonstraram declínio mais rápido em uma coorte dos

EUA.<sup>76</sup> No entanto, é pouco provável que as trajetórias (ponto de partida e taxa potencial de declínio) sejam homogêneas. No Reino Unido, foram identificados quatro tipos diferentes de trajetórias: um ponto de partida muito baixo/seguido por um declínio rápido, um declínio baixo/médio, médio/estável e bom/estável.<sup>77</sup> As seguintes condições estão associadas a melhores trajetórias cognitivas: ser mulher, ser mais jovem, ter níveis mais altos de escolaridade e alfabetização, ser mais rico, praticar atividade física regularmente, ter nível mais baixo de sintomas depressivos e ausência de doenças cardiovasculares. Abordar os fatores de risco do declínio cognitivo no início da vida, como os sintomas depressivos, pode levar a melhores trajetórias da capacidade cognitiva na idade 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 inicial. Usar tanto a recordação imediata, um teste mais fácil, quanto a recordação tardia, um teste mais difícil, aumenta a sensibilidade do teste. Isso distinguiria melhor aqueles que estão no limite inferior de memória e capacidade cognitiva.



## RECORDAÇÃO TARDIA DE PALAVRAS

Dados transversais de 36 países indicam que a recordação tardia de palavras (intervalo de 0 a 10 palavras) diminui com o aumento da idade. Em média, pessoas mais velhas com níveis mais altos de escolaridade (ensino médio e ensino superior), que é um marcador de status socioeconômico em cada idade, conseguem lembrar de mais palavras em comparação com aquelas com ensino fundamental apenas ou nenhuma educação formal. Em média, as diferenças entre homens e mulheres são pequenas.

Existe um forte gradiente social associado ao nível mais elevado de escolaridade atingido pelas pessoas mais velhas, também um marcador de status socioeconômico (Figura 2.3). No entanto, os decréscimos com a idade (com base em dados transversais) são semelhantes para todos, exceto para aqueles que possuem ensino superior completo. **As médias para cada idade mascaram variações consideráveis.**

---

*Em média, pessoas mais velhas com níveis mais altos de escolaridade (ensino médio e ensino superior), que é um marcador de status socioeconômico em cada idade, conseguem lembrar de mais palavras em comparação com aquelas com ensino fundamental apenas ou nenhuma educação formal.*

---

O gráfico de dispersão na **Figura 2.3** indica o número de unidades de desvio-padrão (para cima ou para baixo) da pontuação média por país e nível de escolaridade, para cada idade a partir de 60 anos. Após os 85 anos, há uma proporção significativa de pessoas com quase -2 desvios-padrão abaixo da média. Para melhor distinguir entre indivíduos nas faixas de pontuação mais baixas no futuro, um teste adicional e mais fácil deve ser realizado em todas as pesquisas, como o teste de recordação imediata de palavras.

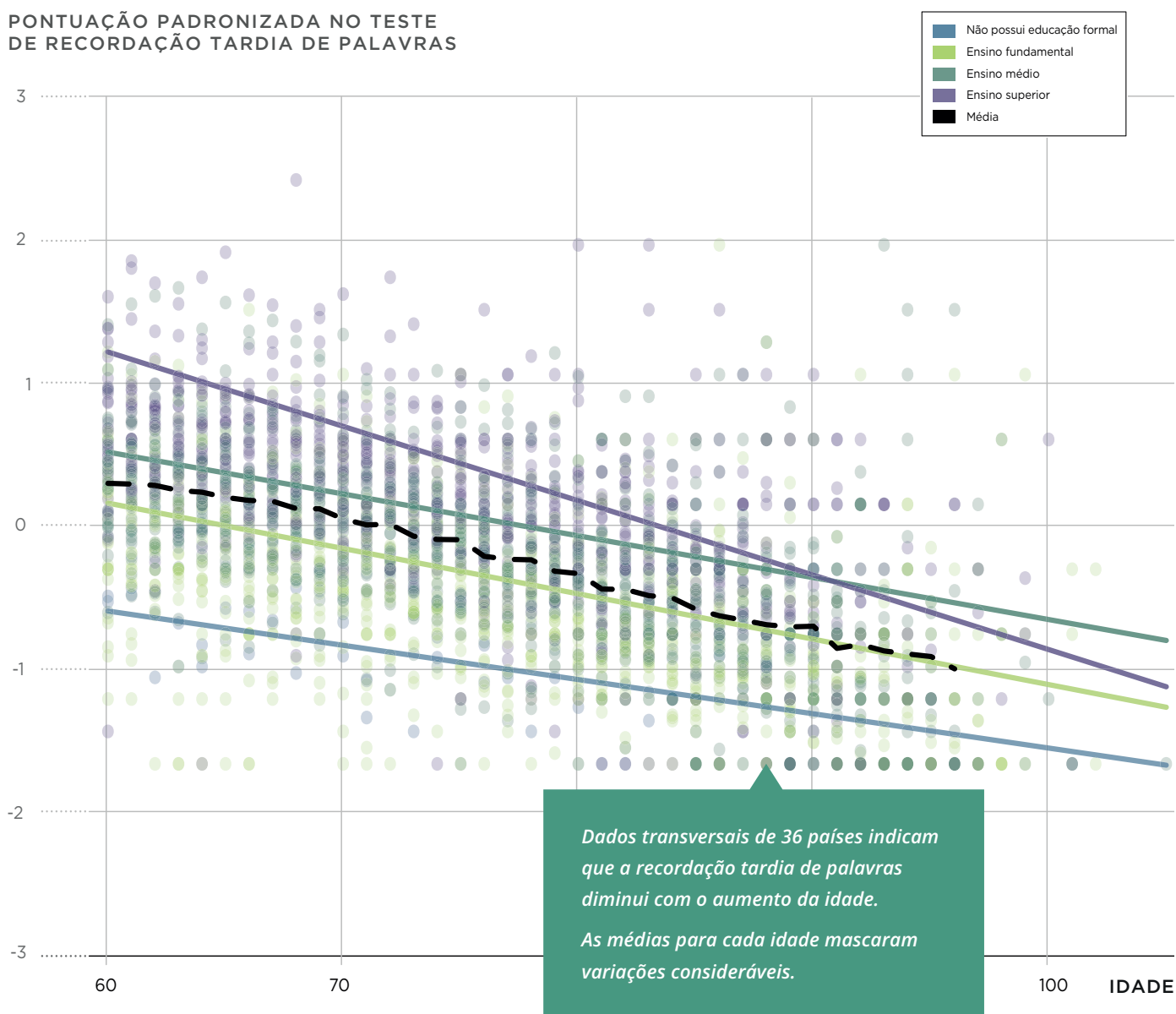
Em média, nos 36 países, as pontuações padronizadas para homens e mulheres por faixas etárias de 60 a 64 anos e 65 a 69 anos são quase idênticas; assim como é o caso para as faixas etárias de 75 a 79, 80 a 84 e 85 a 89 anos. Para idades entre 70 e 74 anos, em média, as pontuações das mulheres são semelhantes às dos homens entre 64 e 69 anos, enquanto as pontuações dos homens caem para o mesmo nível das mulheres entre 75 e 79 anos. No entanto, para idades acima de 90 anos, as mulheres têm uma pontuação mais baixa que os homens.

## FIGURA 2.3

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

Esta pontuação é baseada em mais de 121 mil pessoas mais velhas em 36 países. A linha preta é a média entre os países. Outras cores representam um nível diferente de escolaridade. Em cada idade, há pontuações médias para cada nível de escolaridade, para cada país.

PONTUAÇÃO PADRONIZADA NO TESTE DE RECORDAÇÃO TARDIA DE PALAVRAS



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

## FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

Estudos no Reino Unido identificaram que a força de preensão manual muda ao longo do tempo, com homens e mulheres atingindo um pico de força de preensão manual por volta dos 40 anos, com declínios graduais. No entanto, em cada idade, há uma variação significativa (Figura 2.4).<sup>79,80</sup>

Um estudo realizado em países europeus também identificou que o declínio estava associado a uma posição ocupacional baixa na meia-idade para os homens, mas não para as mulheres.<sup>81</sup> Contudo, são

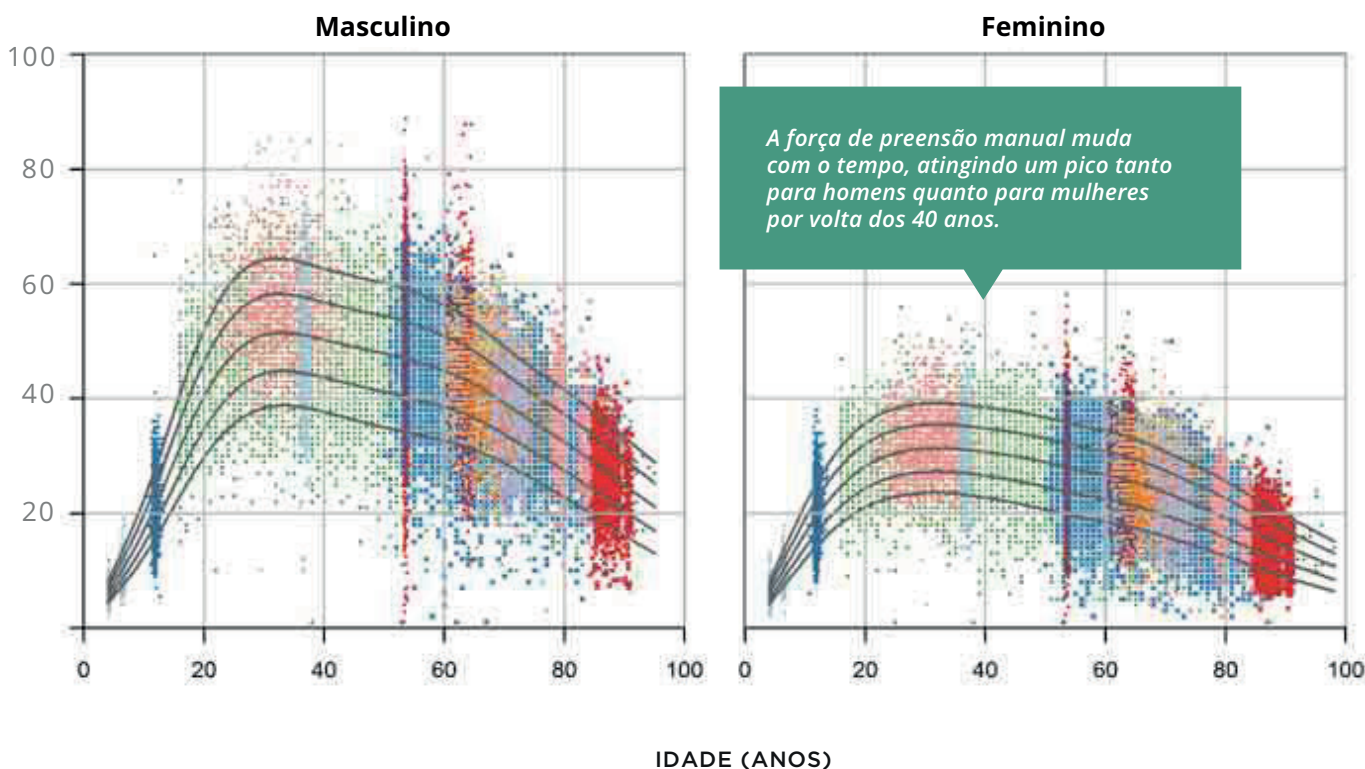
necessárias mais evidências sobre como os fatores sociodemográficos e as desigualdades afetam as trajetórias relacionadas à força de preensão manual: isso é relevante para desenvolver e manter a capacidade intrínseca no nível populacional. Em média, as diferenças esperadas entre homens e mulheres, e as mudanças por idade cronológica, são encontradas nas pontuações padronizadas estimadas para força de preensão manual dentro desta análise inicial. **No entanto, quanto à recordação tardia de palavras, há muita variação em cada idade.**

### FIGURA 2.4

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

Combina dados de vários estudos representativos da população<sup>80</sup>

FORÇA DE PREENSÃO  
MANUAL (KG)



[...]

2.9

## Um item mede a vitalidade: FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

A força de preensão da mão é uma medida da força muscular ou da força/tensão máxima gerada pelos músculos do antebraço. É um preditor simples, mas poderoso, de declínios na capacidade intrínseca, início de morbidade e mortalidade.<sup>82</sup> É mais útil quando várias medições são feitas ao longo do tempo para monitorar a capacidade de pessoas mais velhas e traçar trajetórias. Os resultados das medidas de força de preensão manual são normalmente apresentados como uma leitura direta do instrumento usado (quilogramas, libras, Newtons etc.), como uma média com desvio-padrão ou após terem sido padronizados de alguma maneira – conforme relatado nesta análise inicial.

**A força de preensão manual é considerada um indicador de vitalidade (um domínio de capacidade intrínseca) em pessoas mais velhas.**<sup>83</sup> Cada vez mais evidências sugerem que a função do músculo esquelético é um componente importante da capacidade intrínseca de pessoas idosas. Uma análise recente de dados transversais da China, Gana, Índia, México, Rússia e África



do Sul 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, cognitivo, vitalidade e sensorial, e sugere que a força de preensão manual é a medida mais importante da capacidade intrínseca.<sup>84</sup>

No nível individual, os principais determinantes da força de preensão manual são idade, sexo, estatura, peso, estado nutricional, status socioeconômico e doenças crônicas.

A força de preensão manual relativa, ajustada pelo índice de massa corporal, pode ser uma medida apropriada para futuras análises comparativas, mas requer medidas de força de preensão manual, peso e altura. Para esta análise inicial, apenas os dois primeiros estavam disponíveis na maioria dos estudos nacionais (Anexo 3).

### COMO MEDIR A FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

Sentado, mantenha o braço contra o corpo e dobre o cotovelo a 90 graus com a palma voltada para dentro (como se fosse estender a mão para cumprimentar alguém). Depois, aperte o dinamômetro o mais forte possível por alguns segundos.

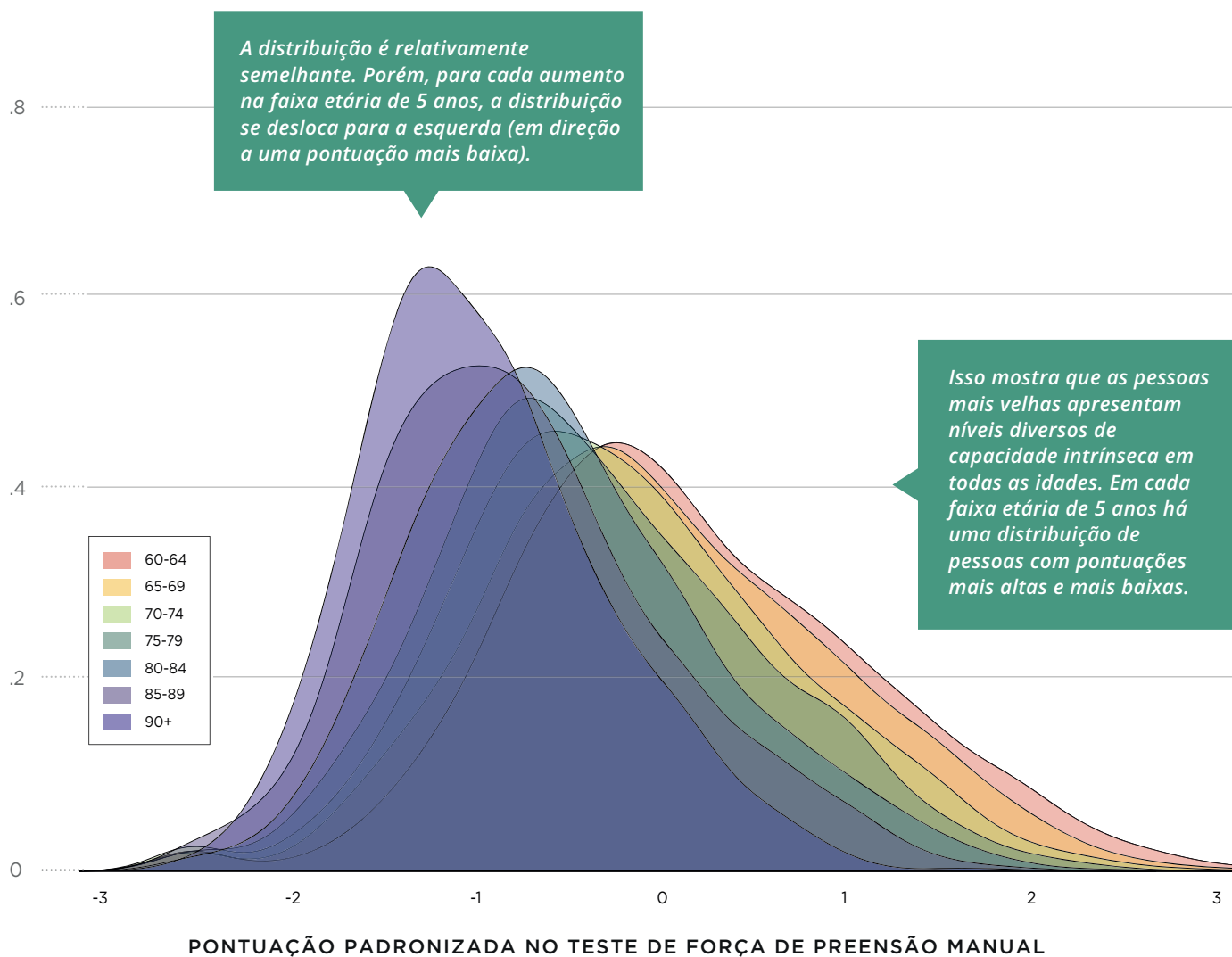
**FIGURA 2.5**

## Vitalidade (força de preensão manual), distribuição da pontuação por faixas etárias de 5 em 5 anos, em 36 países\*

Os gráficos de densidade apresentam uma distribuição das pessoas e suas pontuações.

Isso representa mais de 121 mil pessoas em idades avançadas em 36 países, em sete distribuições, uma para cada faixa etária de 5 anos (60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90+ anos).

DENSIDADE



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

O gráfico de densidade na **Figura 2.5** mostra a distribuição de pessoas em cada faixa etária de 5 anos com base em sua pontuação padronizada para força de preensão manual. **A distribuição é relativamente semelhante. Porém, para cada aumento na faixa etária de 5 anos, a distribuição se desloca para a esquerda (em direção a uma pontuação mais baixa).** Algumas pessoas em idades mais avançadas (mais de 90 anos) têm a mesma capacidade que aquelas com menos idade (60 a 64 anos).

A **Figura 2.6** ilustra que, em média, em todas as idades nos 36 países, os homens têm maior força de preensão manual do que as mulheres, sendo que a diferença diminui discretamente nas faixas etárias mais velhas.

O desenvolvimento de medidas apropriadas para monitorar a capacidade intrínseca entre países exige normas que considerem o que é biologicamente aceitável. Para a força de preensão manual, comparar 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>, nos quais o peso em relação à altura é calculado separadamente para meninas e meninos.

Nos países, análises futuras poderiam considerar diferenças por outros determinantes da força de preensão manual além da idade e do sexo, como estatura e peso (por exemplo, por meio de um ajuste com base no índice de massa corporal que não estava disponível nos itens comparativos da presente análise inicial).

Entretanto, diferenças devido a oportunidades desiguais, como estado nutricional e status socioeconômico ao longo da vida, devem ser investigadas e não devem ser consideradas aceitáveis ao comparar a força de preensão manual em um mesmo país ou entre países.

Embora nem todas as pessoas mais velhas experimentem declínios na capacidade intrínseca, medida pela recordação tardia de palavras e pela força de preensão manual, em média, a idade cronológica está associada a declínios, mas os declínios não são inevitáveis. Dados específicos de cada país que mostram médias para uma única idade mascaram grandes variações em todas as idades.

## As diferenças entre homens e mulheres, e entre pessoas mais velhas em geral, devem ser cuidadosamente revisadas e avaliadas para verificar se estão relacionadas à estatura ou se são motivadas por determinantes sociais do envelhecimento saudável.

As diferenças entre homens e mulheres, e entre pessoas mais velhas em geral, devem ser cuidadosamente revisadas e avaliadas para verificar se estão relacionadas à estatura ou se são motivadas por determinantes sociais do envelhecimento saudável. Isso tem implicações relacionadas a como as políticas serão elaboradas, bem como à abordagem a ser empregada para monitorar em todo o mundo a capacidade funcional e intrínseca.

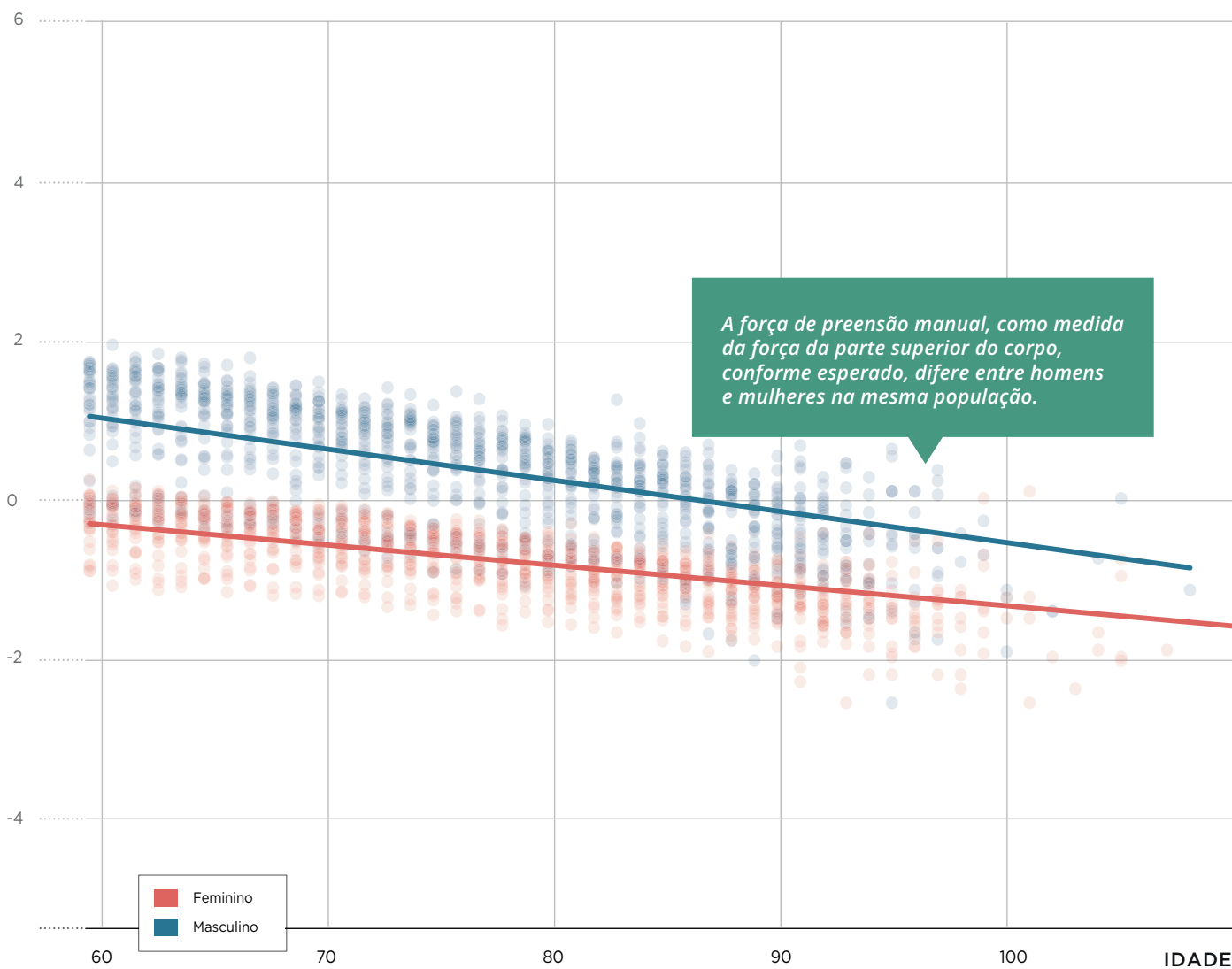


## FIGURA 2.6

## Vitalidade (força de preensão manual)

homens e mulheres, em 36 países

Cada ponto representa a pontuação média em cada idade, para homens (azul) e mulheres (vermelho) separadamente, para cada país. Isso representa cerca de 55 mil homens e 66 mil mulheres nos 36 países.

PONTUAÇÃO PADRONIZADA  
NO TESTE DE FORÇA DE PREENSÃO MANUAL

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



## IMPLICAÇÕES POLÍTICAS

- Esses resultados ressaltam que, em todas as idades, há uma grande diversidade nas capacidades físicas e cognitivas das pessoas mais velhas. Pessoas mais velhas em cada faixa etária são diferentes. Algumas com idades mais avançadas (mais de 90 anos) têm as mesmas capacidades que aquelas com menos idade (60 a 64 anos). Políticas e programas para desenvolver, manter, prevenir ou lidar com declínios na capacidade intrínseca devem ser embasados por dados e informações desagregados em todas as idades para planejamento, monitoramento e avaliação.
- Declínios significativos nas capacidades físicas e mentais podem limitar a capacidade das pessoas mais velhas de cuidar de si mesmas e de participar e contribuir para a sociedade. O acesso à reabilitação, tecnologia assistiva e ambientes favoráveis e inclusivos pode melhorar a capacidade funcional. Os serviços de cuidados em longo prazo precisam estar disponíveis a todos os adultos com declínios significativos na capacidade intrínseca, incluindo aqueles em casa e nas comunidades.
- Medidas de capacidade intrínseca, incluindo a recordação tardia de palavras e a força de preensão manual, estão associadas a características socioeconômicas, incluindo o nível mais alto de escolaridade alcançado. As estratégias para apoiar as capacidades físicas e mentais das pessoas mais velhas precisam considerar as desigualdades acumuladas e a atual desigualdade em relação às oportunidades de apoio. Isso requer a coleta de dados e a medição de trajetórias de capacidade intrínseca ao longo da vida.
- No entanto, para permitir o monitoramento do envelhecimento saudável globalmente, são necessários mais itens comparáveis que meçam cada domínio da capacidade funcional e da capacidade intrínseca. De modo ideal, seriam necessários pelo menos três itens que medissem diferentes aspectos de cada domínio e fossem sensíveis a mudanças, a fim de que fosse possível construir trajetórias ao longo do tempo.
- Diversos países e partes interessadas estão medindo e usando informações sobre capacidade intrínseca coletadas ao longo do tempo. Isso inclui dados em tempo real sobre a capacidade intrínseca que servem para promover o autocuidado de forma imediata e as decisões de outros cuidadores e profissionais [→ 2.6](#).

O relatório inicial baseia-se em estudos transversais para fornecer um panorama sobre o envelhecimento saudável. No entanto, há muito a aprender com estudos longitudinais que acompanham pessoas ao longo do tempo. Analisar esses estudos pode ajudar a construir a base de evidências por meio da documentação da causa e efeito e da avaliação de políticas, programas ou intervenções específicas para verificar se estão produzindo o impacto desejado nas capacidades e habilidades das pessoas. Esses incluem estudos aprofundados da capacidade intrínseca entre pessoas da mesma cidade [→ 2.9](#)

ou estudos longitudinais representativos a nível nacional, que podem identificar diferentes trajetórias para uma mesma população [→ 2.11](#).

As trajetórias podem ser construídas para examinar os contextos sociais e econômicos mais amplos e como eles contribuem para o envelhecimento saudável, incluindo a desigualdade de gênero [→ 2.10](#), como as pessoas fazem a transição entre as fases da vida, como a transição entre o trabalho e a aposentadoria [→ 2.12](#). Esses insights podem ajudar a criar políticas em prol da otimização da capacidade funcional de todas as pessoas mais velhas.



## IMPACTO DA CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA NA CAPACIDADE COGNITIVA

### HOLANDA

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

Um peso corporal maior geralmente é acompanhado por uma cintura com circunferência maior devido ao aumento da gordura abdominal. Peso elevado e grande circunferência da cintura afetam negativamente diferentes domínios da capacidade intrínseca, incluindo a cognição.

No DCS<sup>87-89</sup>, foi explorado o efeito em longo prazo da circunferência da cintura na capacidade cognitiva geral ao longo da vida.

#### As principais conclusões são:

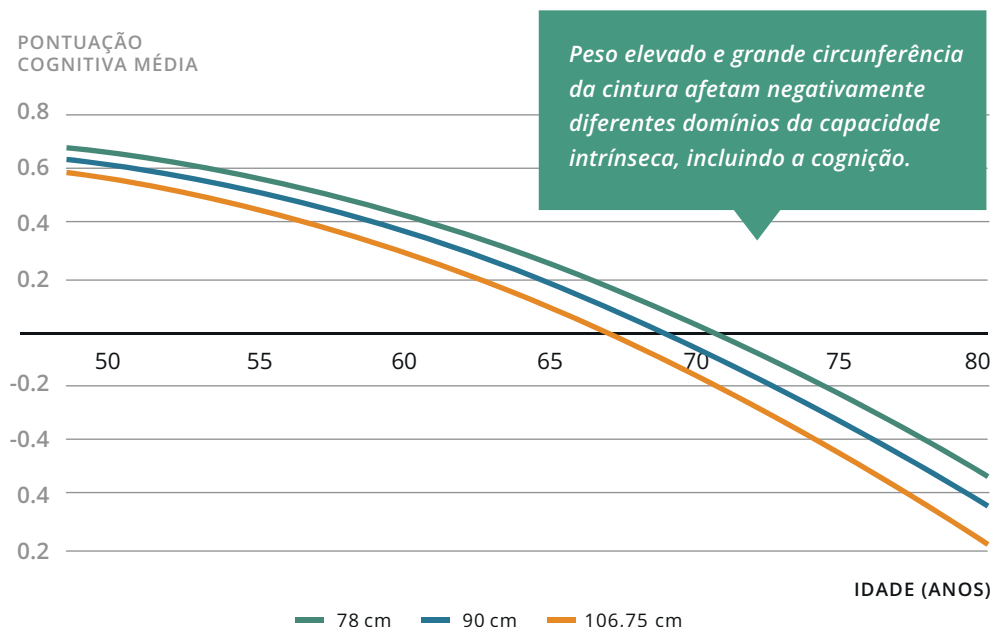
- as mulheres têm, em qualquer idade, uma melhor capacidade cognitiva com uma circunferência da cintura menor;
- a taxa de declínio cognitivo é menor em mulheres com circunferência da cintura menor;

em média, mulheres com circunferência da cintura menor no percentil 10 têm, aos 70 anos, uma capacidade cognitiva semelhante à de mulheres com circunferência da cintura maior no percentil 90 aos 67 anos.

Isso implica que mulheres com circunferência da cintura menor são três anos mais jovens do ponto de vista cognitivo do que mulheres com circunferência da cintura maior.

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

### Trajetórias da capacidade cognitiva pela circunferência da cintura em mulheres





## DESIGUALDADE DE GÊNERO E IMPACTO NA SATISFAÇÃO DE ALGUMAS NECESSIDADES BÁSICAS, ESTUDOS EM 23 PAÍSES

### ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

*Gateway para dados globais de envelhecimento, Universidade do Sul da Califórnia*

Ainda sobre a importância de reduzir as desigualdades entre as sociedades, este estudo longitudinal multinacional constatou que viver em um país onde a desigualdade de gênero é mais pronunciada aumenta o risco de desenvolver uma dificuldade em pelo menos uma das cinco atividades (tomar banho, se vestir, se alimentar, ir ao banheiro e subir ou descer da cama) para as mulheres, mas não para os homens.<sup>91</sup> Dificuldade em se vestir é um dos itens comparáveis incluídos na presente avaliação inicial como parte da pontuação estimada para capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas. Uma combinação de indicadores macro e micro é avaliada quanto ao impacto na capacidade de atender a essas necessidades básicas em 23 países das Américas, Europa e regiões do Pacífico Ocidental.

Entre as principais constatações está o fato de que a desigualdade de gênero contribui para um aumento na incidência de dois anos de incapacidade das mulheres de satisfazer algumas necessidades básicas, em comparação aos homens, a partir dos 65 anos. Os resultados diferem entre os 23 países incluídos na análise, indicando que cada país se beneficia de seu próprio estudo longitudinal – os resultados em um país nem sempre podem ser generalizados para outros.

As possíveis razões subjacentes à incapacidade das mulheres de satisfazerem as suas necessidades básicas em países com maior disparidade de gênero incluem desigualdades no poder (incluindo político), acesso a recursos sociais e econômicos, bem como cobertura de políticas de proteção social e políticas econômicas e de mercado de trabalho discriminatórias.<sup>91,92</sup>

Além deste estudo, em geral, a combinação de desigualdade de gênero, discriminação baseada na idade e atitudes preconceituosas em relação à idade também prejudicam mais as mulheres do que os homens. Reduzir e eliminar a desigualdade de gênero é, portanto, crucial para as mulheres e sua capacidade de satisfazer suas necessidades básicas.



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



2.11

INSIGHTS

## TRAJETÓRIAS DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

ANÁLISE DE 26 ESTUDOS LONGITUDINAIS SOBRE PAÍSES IDENTIFICA PADRÕES COMUNS  
do estudo ATHLOS

O consórcio Ageing Trajectories of Health: Longitudinal Opportunities and Synergies (ATHLOS)<sup>93</sup> fornece novas evidências baseadas em uma medida de envelhecimento saudável que inclui até 41 itens<sup>94</sup>, combinando capacidades cognitivas e físicas e a capacidade de satisfazer algumas necessidades básicas em oito estudos da Austrália, Inglaterra, Japão, México, República da Coreia, Espanha, EUA e 19 países europeus que tiveram mais de três rodadas de estudo (pontos no tempo em que foram coletados dados dos mesmos indivíduos). Alguns desses estudos se sobrepõem aos dados transversais usados nesta análise inicial.

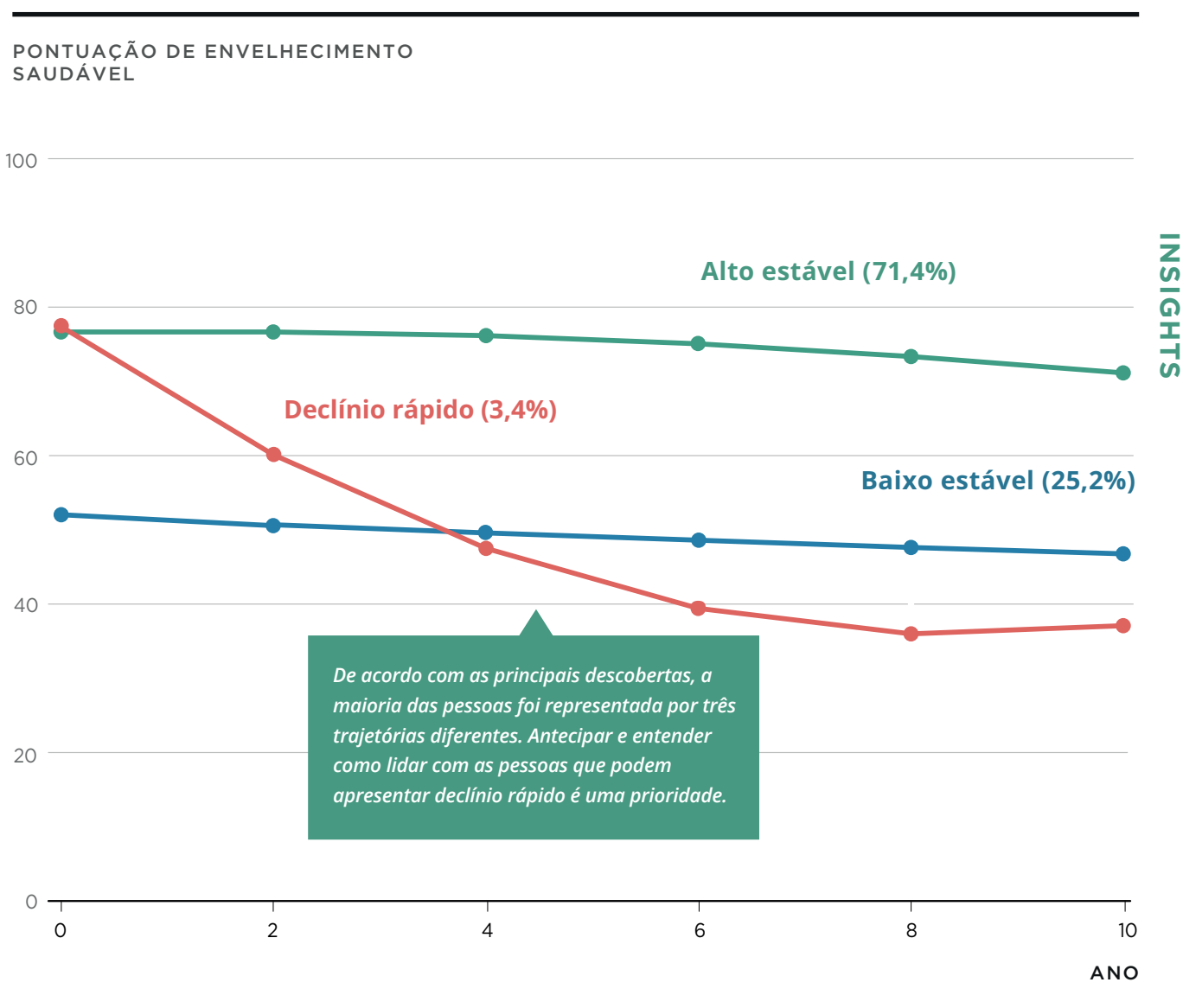
A **Figura 2.7** coloca o ano no eixo horizontal e a pontuação de envelhecimento saudável (de 0 a 100, sendo 100 o melhor) no eixo vertical. Isso demonstra que a maioria das pessoas foi representada por três trajetórias diferentes.<sup>31</sup> Cerca de 71,4% dos participantes do estudo apresentaram um **nível alto e estável de envelhecimento saudável** durante todo o período de acompanhamento (linha verde); um grupo menor (25,2%) apresentou um **baixo nível de saúde ao longo do tempo** (azul); e um pequeno grupo (3,4%) apresentou uma **rápida deterioração de níveis altos para baixos de saúde** (vermelho).

Os fatores associados a cada trajetória indicam quais podem ser os elementos que contribuem para cada uma delas.<sup>31</sup> Os níveis de escolaridade e riqueza afetaram as pontuações iniciais de envelhecimento saudável, mas tiveram menos impacto na taxa de declínio ao longo do período de 10 anos.<sup>30</sup> Pessoas com menor escolaridade e menor riqueza, que eram fisicamente inativas e fumantes, tinham maior probabilidade de estar nas trajetórias “baixo nível estável” ou “declínio rápido” do que na categoria “alto nível estável”. As mulheres tinham maior probabilidade de pertencer às trajetórias de baixa estabilidade em comparação à classe de alta estabilidade, mas não eram mais propensas a estar na trajetória de declínio rápido.

*Essa análise também destaca a importância de promover a atividade física e políticas de cessação do tabagismo, bem como a importância de reduzir as desigualdades socioeconômicas entre as sociedades.*

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

Isso representa cerca de 130.500 pessoas mais velhas em estudos longitudinais que coletaram dados ao longo de 10 anos.







## TRAJETÓRIAS DE TRANSIÇÃO ENTRE TRABALHO E APOSENTADORIA

### A ANÁLISE DE 12 ESTUDOS LONGITUDINAIS SOBRE PAÍSES IDENTIFICOU TODA A GAMA DE EXPERIÊNCIAS

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

Políticas trabalhistas, bem como políticas sociais e econômicas mais amplas influenciam as oportunidades para as pessoas mais velhas e sua capacidade funcional, incluindo como elas contribuem com suas famílias, comunidades e sociedade em geral. Dados longitudinais harmonizados de dez países europeus, Chile e EUA, de 2004 a 2015, permitem uma análise comparativa das experiências de mercado de trabalho das pessoas mais velhas nos cinco anos anteriores e posteriores às idades de aposentadoria específicas do país e do gênero.<sup>95</sup>

**Dentre as principais conclusões**, atingir a “idade de aposentadoria completa” não significou uma saída única do mercado de trabalho, já que muitas pessoas mais velhas trabalham meio período, se aposentam parcialmente ou entram e saem constantemente do mercado de trabalho. Essa situação dinâmica indica que analisar trajetórias é mais significativo do que considerar um único panorama. Cinco trajetórias comuns (Figura 2.8) refletem o tempo gasto em média em sete “estados” diferentes, incluindo trabalho em tempo integral, meio período, fora da força de trabalho, aposentado e parcialmente aposentado. Embora os dois padrões mais comuns sejam a *aposentadoria antecipada* (45%) e a *aposentadoria convencional* (30%) nos doze países, uma parte das pessoas mais velhas continua trabalhando meio período ou tem uma aposentadoria parcial (7,5%).

Adultos que *não estão no mercado de trabalho* são mais propensos a relatar uma autoavaliação ruim da saúde em países com seguridade social mínima e condições de emprego mais precárias. Por outro lado, adultos em trajetórias de meio período e aposentadoria parcial relatam uma autoavaliação de saúde melhor. Pessoas na trajetória predominantemente de *meio período* apresentam, em média, menos doenças crônicas, ao passo que pessoas nas trajetórias de aposentadoria antecipada e aposentadoria parcial tendem a ter maior prevalência dessas condições. No entanto, indivíduos com recursos financeiros limitados trabalham por mais tempo, independentemente do seu estado de saúde.

Os benefícios sociais e as condições de trabalho de um país também contribuem para as diferenças de gênero. As mulheres constituem a maioria das trajetórias *meio período* e *fora do mercado de trabalho* devido a uma combinação de falta de benefícios e atuação significativa das mulheres no cuidado de suas famílias, resultando em mulheres cuidando de crianças e outras pessoas mais velhas.

Estudos adicionais em mais países podem identificar e avaliar melhor se:

- as políticas que promovem mais anos de trabalho devem considerar as condições de trabalho nas quais as pessoas precisam continuar trabalhando;
- as políticas permitem flexibilidade a fim de mitigar a discriminação baseada no gênero e outras formas de desigualdades, incluindo a discriminação baseada na idade;
- as políticas que promovem uma vida profissional mais longa para as pessoas mais velhas estão associadas a aprendizado ao longo da vida e cobertura universal de saúde;
- as políticas revertem incentivos perversos que anteriormente forçavam pessoas idosas com problemas de saúde e recursos financeiros limitados a trabalhar mais; ao passo que as pessoas mais velhas que gostariam de trabalhar mais tempo são forçadas a parar de trabalhar devido à idade de aposentadoria obrigatória.

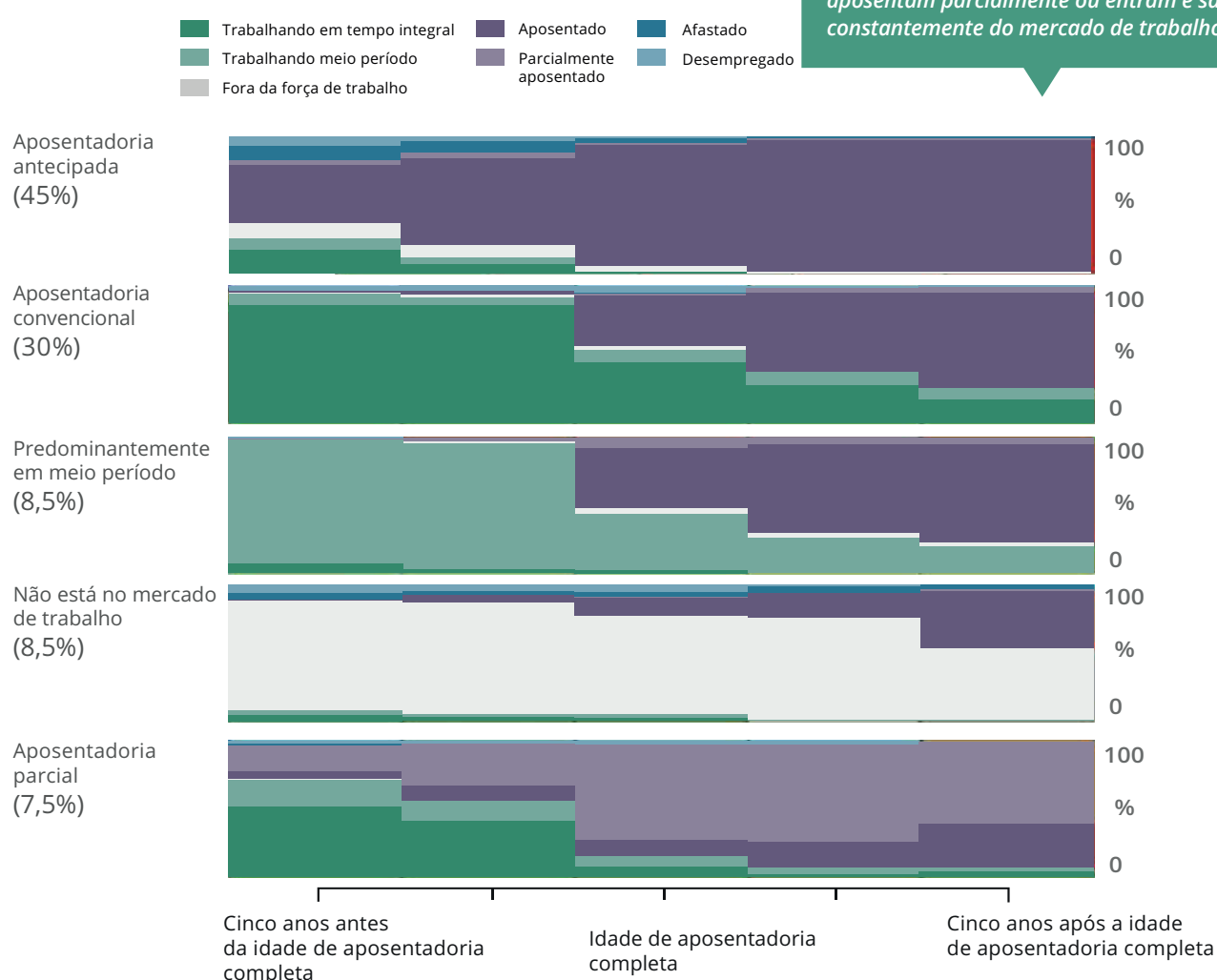
Isso é relevante para evitar o agravamento das desigualdades de saúde existentes e aumentar a flexibilidade nas opções disponíveis para pessoas mais velhas, como trabalho em meio período e aposentadoria parcial. Uma avaliação abrangente das políticas identificará se todas as pessoas mais velhas estão incluídas em programas de benefícios universais e se possuem oportunidades para aumentar sua capacidade de aprender, crescer e tomar decisões.

## FIGURA 2.8

### Cinco tipos de trajetórias de emprego na terceira idade em 12 países<sup>95</sup>

Isso representa cerca de 3.600 pessoas mais velhas em estudos longitudinais que coletaram dados ao longo de 10 anos.

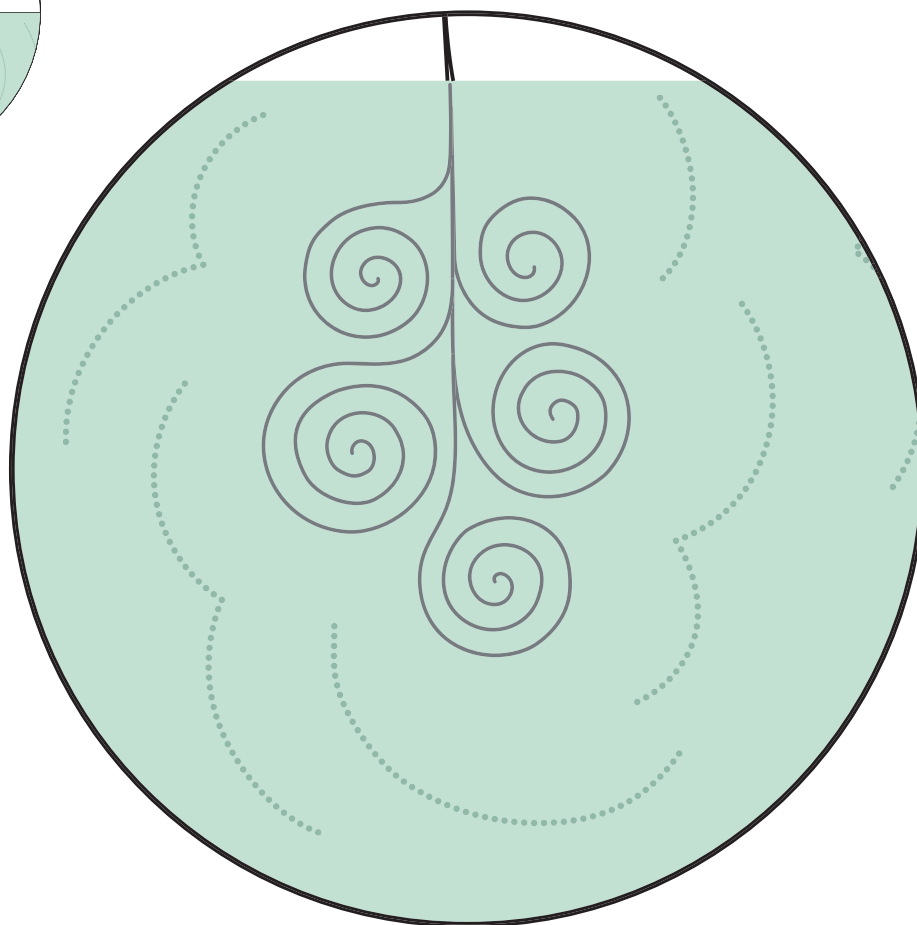
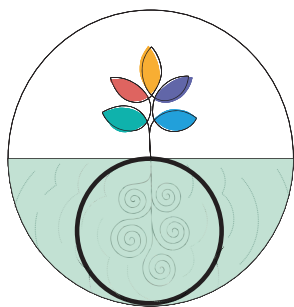
*Dentre as principais conclusões, atingir a "idade de aposentadoria completa" não significou uma saída única do mercado de trabalho, já que muitas pessoas mais velhas trabalham meio período, se aposentam parcialmente ou entram e saem constantemente do mercado de trabalho.*



INSIGHTS

Compreender o impacto das políticas e como as ações podem eliminar lacunas<sup>96</sup> permitirá que todas as pessoas mais velhas tenham mais opções sobre como desejam contribuir com suas famílias, comunidades e sociedades. Avaliar o impacto das políticas por meio de estudos longitudinais, envolver pessoas mais


velhas e formuladores de políticas e compartilhar experiências entre países pode contribuir para reformas que criem condições nas quais prolongar a vida profissional permita que as pessoas mais velhas contribuam de diversas maneiras. Para mais exemplos, consulte a Seção 4.



## AMBIENTES

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

Para esta análise inicial, o terceiro componente do envelhecimento saudável, ambientes e seus cinco domínios, não foi avaliado devido ao número limitado de estudos nacionalmente representativos com dados comparáveis. No entanto, para a aceleração do impacto e a otimização da capacidade funcional, será preciso monitorar os ambientes e compreender até que ponto eles dificultam ou possibilitam a capacidade funcional, bem como as áreas que estão progredindo. Muitas abordagens são promissoras e exigem padrões de medição mais amplos e o envolvimento de pessoas mais velhas. Essas abordagens podem recorrer a fontes de dados mais amplas.

Integrar dados geográficos e estudos existentes que incluam pessoas mais velhas pode ser uma boa abordagem para investigar a possível interação entre o ambiente, a capacidade intrínseca e impacto na capacidade funcional. O Google Maps e o Open Street Map podem ser usados para identificar diferentes tipos de comodidades locais – como bibliotecas, correios, lojas de conveniência e hospitais, bem como espaços em meio à natureza  2.13 e determinar sua acessibilidade e distância da casa de uma pessoa.<sup>97</sup>





[...]

2.13

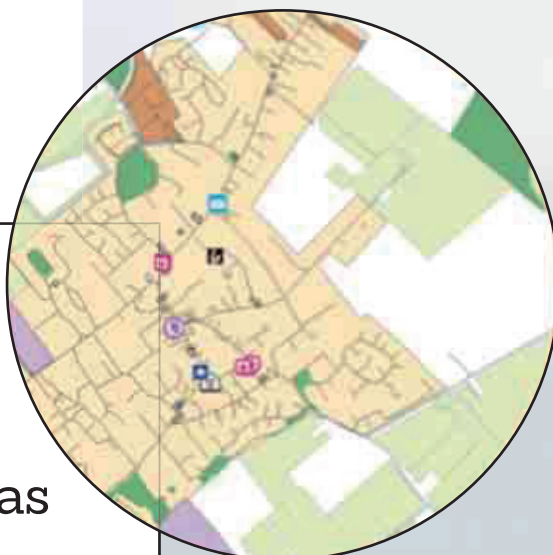
## Ambientes e associação com capacidades cognitivas

### Como os dados são coletados e analisados?

Esta abordagem foi aplicada a estudos de coorte baseados na população<sup>97</sup>, incluindo pessoas mais velhas em quatro países: China, República Dominicana, México e Reino Unido. Os códigos postais e informações de endereço dos participantes do estudo foram geocodificados em coordenadas de latitude e longitude. Várias medidas ambientais foram geradas, incluindo a distância até as comodidades mais próximas, a quantidade de comodidades locais e a porcentagem de espaços em meio à natureza dentro de 400 e 800 metros das casas dos participantes. As associações transversais entre essas medidas ambientais e a demência, assunto abordado por esses estudos, foram examinadas e revelaram que viver longe de comodidades locais, como correios ou lojas de conveniência, está associado a maiores chances de demência.

### Como os dados podem ser usados?

A abordagem documenta o potencial do uso de bancos de dados acessíveis publicamente para gerar medidas para o ambiente construído e o natural em diversos cenários e para investigar o papel dos ambientes no suporte à capacidade cognitiva e à capacidade funcional na vida adulta. Utilizar bancos de dados acessíveis evita o uso de unidades administrativas específicas de cada país e pode identificar características ambientais específicas próximas de onde as pessoas vivem. Os resultados podem ajudar a construir a base de evidências e embasar políticas destinadas a melhorar ambientes favoráveis às pessoas mais velhas e otimizar sua capacidade funcional.



**O que mais poderia ser feito?**

Para facilitar as análises dos dados existentes, é importante melhorar os vínculos entre os conjuntos de dados geográficos e epidemiológicos e refinar ainda mais a colaboração com pesquisadores, pessoas mais velhas, parceiros do setor e outras partes interessadas, incluindo:

- identificar comodidades locais em conjunto com pessoas mais velhas para avaliar cafés, lavanderias, piscinas ou outros lugares na região que possam ter horários reservados para pessoas mais velhas, com o objetivo de descobrir o quão bem-vindas ou não as pessoas mais velhas se sentem e garantir que haja lugares aonde elas possam ir com os netos, os amigos, sozinhos ou em casal;
- facilitar o acesso a dados históricos sobre ambientes para permitir análises retrospectivas;
- melhorar a disponibilidade e a qualidade dos dados nos bancos de dados de mapas on-line, tornando-os mais uniformes no país e entre os países;
- adicionar medições em tempo real que possam facilitar decisões diárias, bem como dar suporte a análises prospectivas e longitudinais para rastrear o envelhecimento saudável ao longo do tempo e estabelecer melhor causa e efeito.

---


*é importante melhorar os vínculos entre os conjuntos de dados geográficos e epidemiológicos e refinar ainda mais a colaboração com pesquisadores, pessoas mais velhas, parceiros do setor e outras partes interessadas*

---

## VIABILIDADE DE APROVEITAR MAPAS GEOCODIFICADOS

Seja por meio de um computador ou aplicativo de smartphone, muitas pessoas têm acesso a mapas geocodificados. Há diversos serviços de mapas disponíveis para identificar geocódigos em diferentes países (por exemplo, Apple Maps, Baidu Maps, Gaode Maps, Google Maps e OpenStreetMap). Esses mapas refletem a geolocalização, o processo de adicionar informações geográficas a diversas mídias. Isso pode ser feito com dispositivos que tenham um sistema de posicionamento global (GPS) e é um recurso popular entre as plataformas de mídia social que permitem “check-ins” em locais quando um usuário compartilha conteúdo. O processo pode envolver pessoas de todas as idades na codificação do que elas acham importante e 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 opções na seleção de um possível destino. Também é possível determinar a acessibilidade do destino em termos de distância e tempo. Por exemplo, o Google Places do Google Maps fornece localizações de 90 categorias de lugares, incluindo lojas, serviços, provedores 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 para corresponder aos principais indicadores propostos, a fim de medir até que ponto as cidades são lugares favoráveis às pessoas mais velhas  <sup>98</sup>. Cada uma dessas categorias também contribui para diferentes domínios de capacidade funcional: atender às necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; mobilidade (locomoção); construir e manter relacionamentos; e contribuir com suas famílias, comunidades e sociedade. Isso foi aplicado às cidades mais populosas em mais de 180 países de todas as seis regiões da OMS. A **Figura 2.9** ilustra painéis de nove cidades diferentes.





## MAPAS GEOCODIFICADOS PODEM AJUDAR A AVALIAR ATÉ QUE PONTO UMA CIDADE É UM AMBIENTE FAVORÁVEL A PESSOAS MAIS VELHAS

*Nove itens medem o ambiente natural e o construído, bem como serviços, sistemas e políticas*

Usando mapas geocodificados, é possível observar o que pode ser acessado e se locais e serviços são acessíveis para pessoas mais velhas. Quando uma consulta é feita em uma determinada latitude e longitude no Google Maps – por exemplo, de um telefone celular – serão apresentados a distância e o tempo de viagem para cada um dos até 20 lugares próximos. Para este estudo de viabilidade, nove indicadores listados abaixo foram gerados por meio do Google Maps.<sup>99</sup> Eles medem alguns aspectos de dois domínios de ambientes (ambiente natural e construído, e serviços, sistemas e políticas):

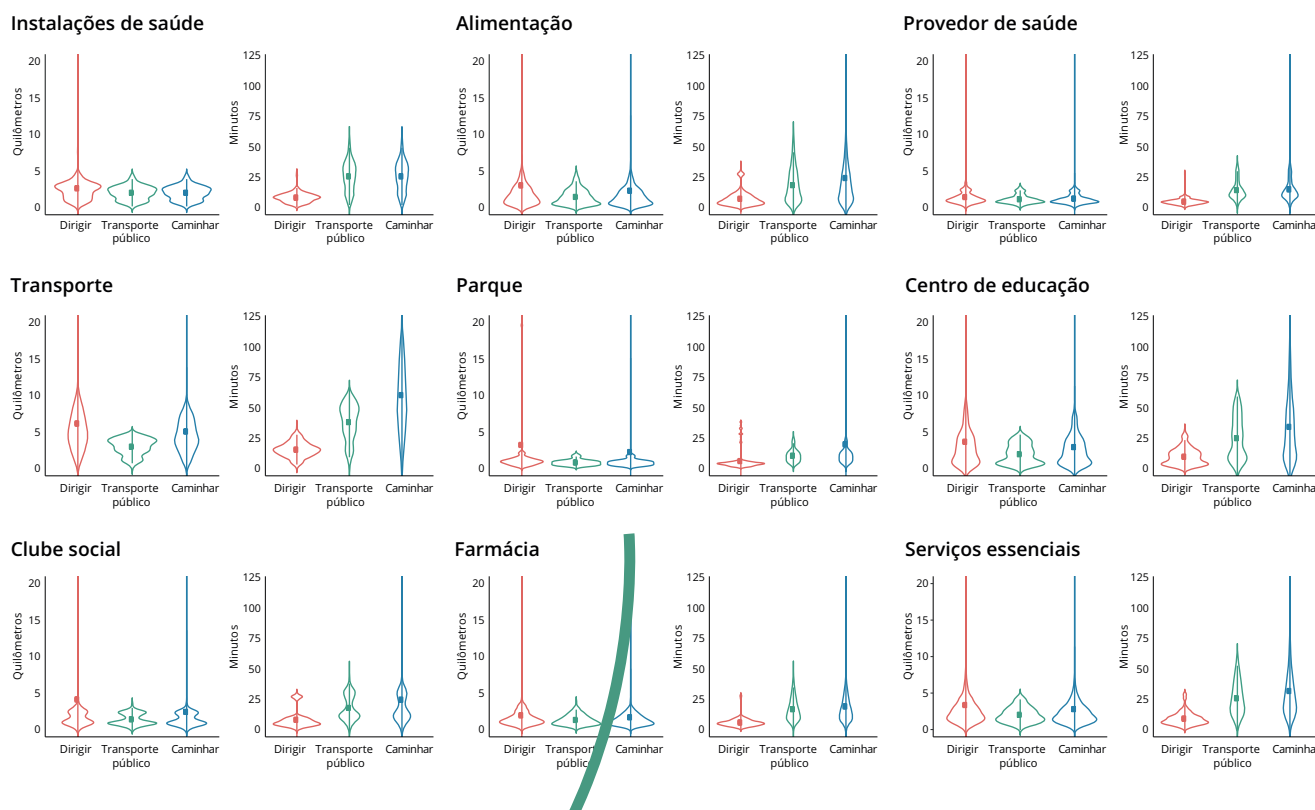
- espaços públicos (parque);
- instalações de saúde (hospital);
- prestador de serviços de saúde (médico, dentista);
- farmácia;
- alimentação (supermercado, restaurante, entrega de refeições);
- centro educacional (escola, livraria, biblioteca)
- clube social (escola, hobby, esporte e clubes militares);
- transporte (ponto 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 dirigindo, usando transporte público ou caminhando para cada uma das nove categorias em cada cidade são mostrados em “gráficos de violino” separados para as nove cidades (**Figura 2.9**). A validade dos mapas reflete a extensão e a precisão do que foi georreferenciado em novembro de 2020.

**FIGURA 2.9**

## Distância e tempo de viagem para lugares e serviços dentro de uma cidade

Para Tóquio, um painel exibe informações de todos os nove indicadores.

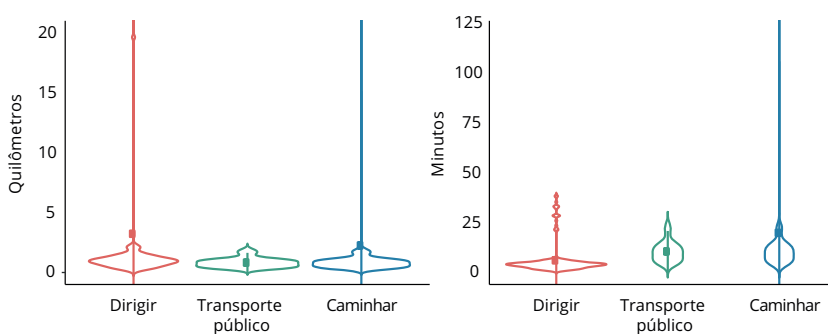


INSIGHTS

### TÓQUIO, JAPÃO

## Parque

Esses gráficos de violino são uma combinação do gráfico de caixa e do gráfico de densidade, girados de lado para mostrar a distribuição completa e o formato dos dados. Um gráfico de violino que fica no chão, como uma caixa plana sem linha, e indica que a maioria dos serviços para a maioria das pessoas está muito próxima.

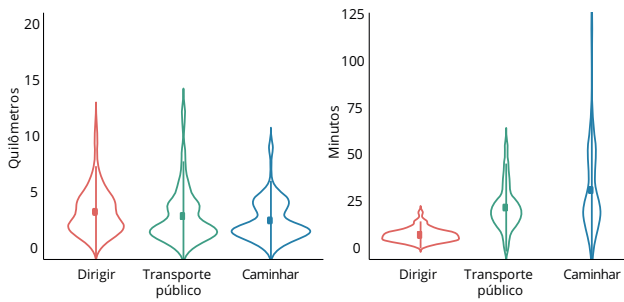


*Para quem mora em Tóquio, os parques ficam a poucos quilômetros, seja dirigindo, usando transporte público ou caminhando.*

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

## DOHA, CATAR

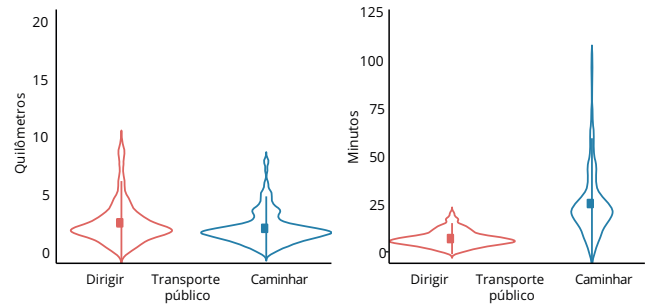
### Instalações de saúde



A distância até instalações de saúde em Doha parece variar. No entanto, a distância média usando todos os modos de transporte examinados é de cerca de 3 km. O tempo médio de deslocamento no trânsito e de caminhada parece ser semelhante.

## ACRA, GANA

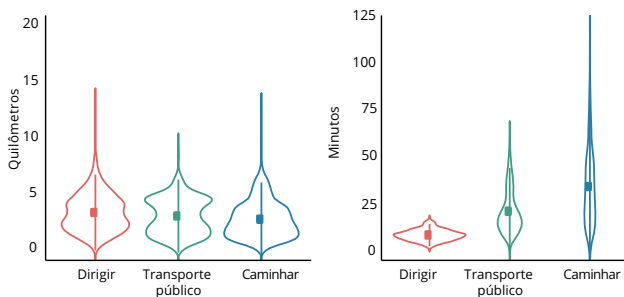
### Farmácia



As farmácias em Acra ficam, 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 a pé é de cerca de 25 minutos, enquanto a distância média de carro parece ser de 10 a 15 minutos. Nenhuma informação sobre transporte público é fornecida (novembro de 2020).

## SANTIAGO, CHILE

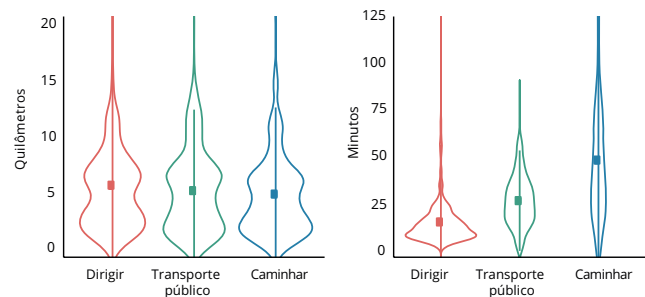
### Provedor de saúde



A maior proporção de prestadores de serviços de saúde em Santiago parece estar situada a uma distância de 2 a 5 km de cada local, com um tempo médio de deslocamento por carro de menos de 10 minutos e um tempo de deslocamento por transporte público de menos de 25 minutos.

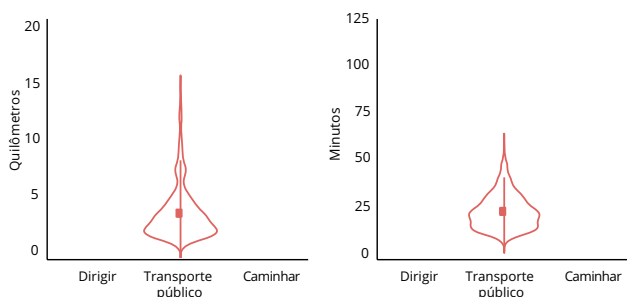
## HELSINQUE, FINLÂNDIA

### Alimentação



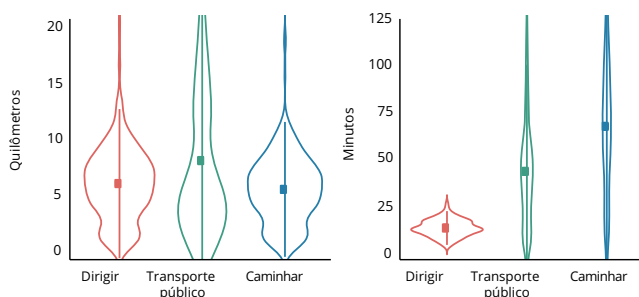
A distância até locais que oferecem alimentação (supermercados, restaurantes, entrega de refeições) em Helsinque varia. No entanto, a maior proporção está situada entre 2,5 e 7 km dos pontos de medição selecionados para motoristas e aqueles que utilizam o transporte público, e entre 2 e 7 km para aqueles que caminham.

## SEUL, REPÚBLICA DA COREIA Centro de educação



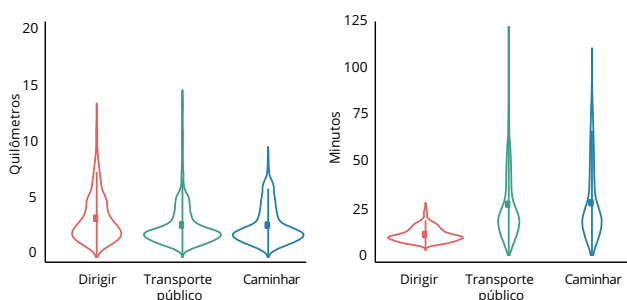
Embora o Google Maps não forneça informações sobre rotas de carro ou caminhada (novembro de 2020), ele fornece informações sobre transporte público em Seul. A maior proporção de centros educacionais fica a menos de 7,5 km de cada local, com um tempo médio de deslocamento de 20 minutos.

## JOANESBURGO, ÁFRICA DO SUL Transporte



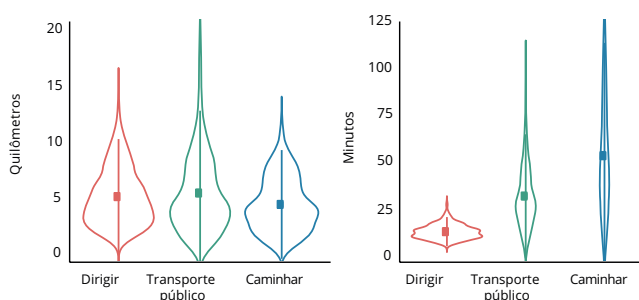
Chegar a um ponto de ônibus, estação de metrô, trem ou ponto de táxi a partir dos nove locais amostrados em Joanesburgo, de carro ou a pé, leva em média cerca de 5 km. O trajeto com transporte público para outro local dura cerca de 8 km. Há uma grande variação no tempo para caminhar e no tempo para pegar transporte para outros locais, mas menos variação para quem pode dirigir.

## BANGKOK, TAILÂNDIA Clube social



Parece haver muitos clubes sociais em Bangkok, já que a distância média até um deles usando qualquer um dos meios de transporte medidos é de cerca de 2,5 km. Na Tailândia, o termo “clube para pessoas mais velhas”, que se refere a um lugar criado para que pessoas mais velhas participem de atividades sociais na comunidade, ainda não foi georreferenciado.

## CHICAGO, EUA Outros serviços essenciais



A distância média até os serviços essenciais em Chicago é de cerca de 5 km, mas o tempo de viagem varia. Dirigir é mais eficiente, com menos de 15 minutos, enquanto o transporte público leva o dobro do tempo e a caminhada média é de quase uma hora. A precisão dos mapas georreferenciados de Chicago é considerada relativamente alta → 2.15.



2.15



# Chicago

## Uma das principais “cidades inteligentes” do mundo

INSIGHTS

Chicago é uma das cidades mais georreferenciadas do mundo, com uma abordagem baseada em dados que utiliza dados geoespaciais para resolver problemas e alinhar objetivos.<sup>100</sup>

Chicago tem como meta criar ambientes urbanos inclusivos e acessíveis desde que se juntou à rede Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas da OMS em 2012. Para que as agências governamentais possam melhorar e desenvolver serviços que permitam que pessoas idosas envelheçam no local onde residem, uma avaliação inicial e um exercício de formulação de políticas coletaram dados de mais de 2.600 residentes.<sup>101</sup> Isso incluiu 60 indicadores abrangendo nove domínios. Por exemplo, um domínio, espaços ao ar livre e edifícios, investigou o acesso a edifícios públicos; ambientes limpos; espaços verdes e parques; e ruas seguras. Adultos de todas as idades relataram grande satisfação com o fato de que “parques e espaços verdes ficam a uma curta distância de casa”, enquanto os indicadores que mostram a necessidade de melhorias incluem “as condições para andar de bicicleta são seguras para pedestres” e melhores “condições para caminhar”.

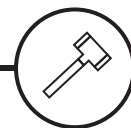
O Healthy Chicago 2.0, lançado em 2016, prioriza a equidade na saúde e visa abordar os determinantes sociais da saúde.<sup>102</sup> Um dos objetivos é melhorar o ambiente construído e a rede de transporte de Chicago para que os moradores possam viver e envelhecer bem.

A cidade usa diversas plataformas de dados e análises para fornecer conscientização contextualizada do ambiente. O site Chicago Health Atlas tem mapas interativos com dados relacionados à saúde ao longo do tempo e entre comunidades, além das localizações de diversos recursos de saúde.<sup>103</sup> O site não é apenas para formuladores de políticas e profissionais de saúde; todos os moradores podem acompanhar o progresso da implementação do Healthy Chicago 2.0.

Outro sistema de destaque é o WindyGrid, um sistema de informações geográficas que fornece dados do governo em tempo real e fornece uma visão unificada das operações da cidade. Os dados incluem localizações dos serviços 911 (assistência a emergências) e 311 (ajuda com serviços municipais não emergenciais), veículos de bombeiros e ambulâncias, estradas que precisam de reparos e outras informações críticas, como alvarás de construção, fiscalizações sanitárias para segurança alimentar e rastreamento de mosquitos portadores do vírus do Nilo Ocidental.<sup>104</sup>

Chicago foi a primeira cidade a lançar o “Array of Things” (AOT).<sup>105,106</sup> É uma rede de sensores interativos em Chicago que coletam dados granulares em tempo real sobre o ambiente da cidade (como luz, temperatura do ar e da superfície, vibração, intensidade sonora, qualidade do ar, tráfego de pedestres e veículos). Essas plataformas de dados possuem diversas aplicações, incluindo o potencial para respostas direcionadas, garantindo mobilidade, acessibilidade a serviços e manutenção de um ambiente seguro para moradores de todas as idades.

INSIGHTS



## IMPLICAÇÕES POLÍTICAS

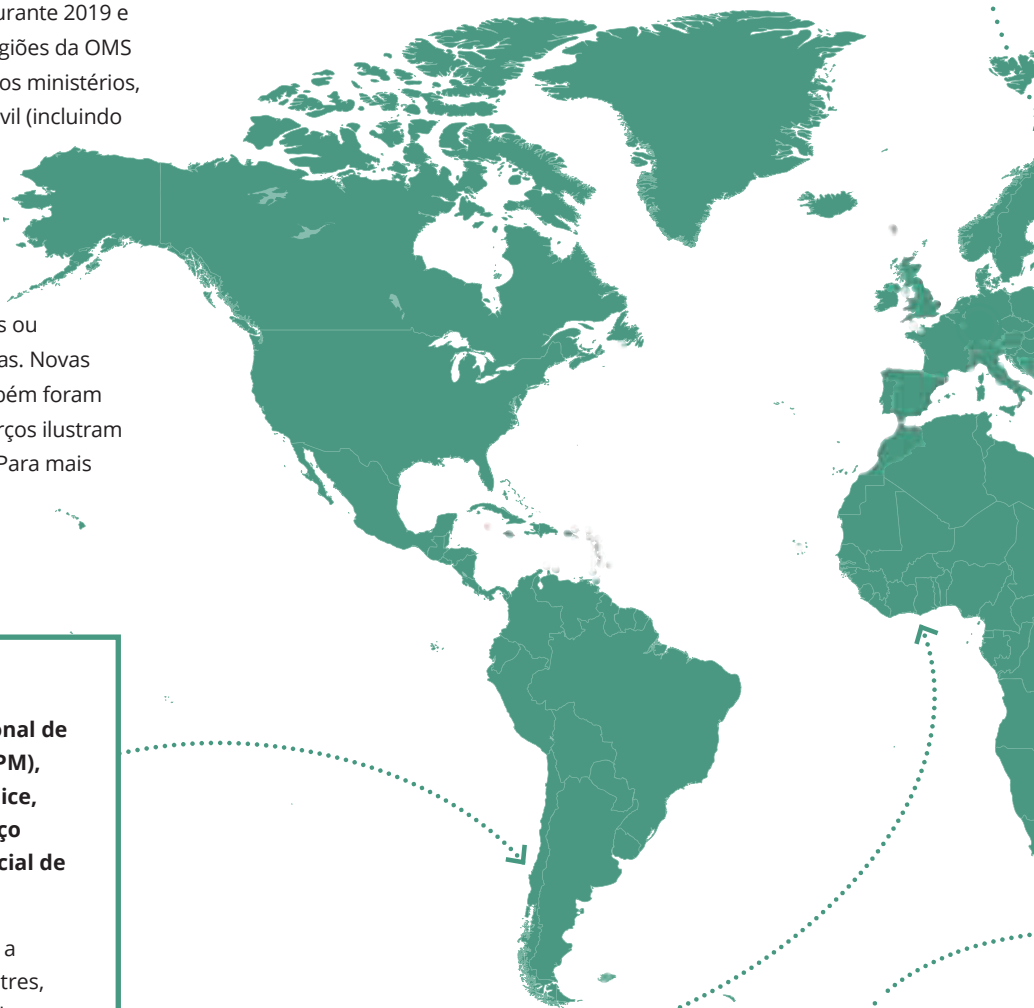
- **Os ambientes desempenham um papel crucial na promoção do envelhecimento saudável e na garantia de que nenhuma pessoa idosa seja deixada para trás.** Cidades e comunidades podem promover a plena participação de pessoas em idades avançadas. Isso requer uma melhor compreensão de como as pessoas interagem com seus ambientes e até que ponto esses ambientes dificultam ou possibilitam a capacidade funcional. Além disso, todos os domínios dos ambientes precisam ser avaliados, incluindo apoio e relacionamentos 2.9, atitudes e serviços, sistemas e políticas mais amplos.
- **Melhorias nos mapas geocodificados ocorrerão de forma mais acelerada na próxima década.** Isso gera uma oportunidade para que as pessoas mais velhas se beneficiem de informações em tempo real, quantitativas ou qualitativas, no contexto do local onde vivem, socializam e trabalham. Isso inclui desde a satisfação de necessidades básicas, a segurança em casa e na comunidade até a possibilidade de fazer o que gostam e valorizam.
- **É fundamental promover a educação em saúde em todas as idades.** As tecnologias podem facilitar inovações que capacitam as pessoas mais velhas a monitorar e entender sua própria saúde e acompanhar suas trajetórias de envelhecimento saudável, permitindo que tomem decisões melhores a respeito de suas próprias vidas. Isso gera um desafio ainda maior, que é reduzir a desigualdade digital devido ao gênero, localização geográfica e idade. O acesso à internet é mais frequente nos homens, nos residentes urbanos e nos jovens do que nas mulheres, nos residentes rurais e nas pessoas em idade avançada.<sup>107</sup>
- **Isso tem implicações para a comunicação, telessaúde, telemedicina, compra de bens e serviços e formas de trabalhar e contribuir para a sociedade.** A inclusão digital requer maior acesso à internet e a smartphones que as pessoas mais velhas possam usar facilmente, além de capacitação no uso dessas tecnologias como parte do aprendizado ao longo da vida. O desenvolvimento inclusivo e equitativo acelerará a otimização da capacidade funcional.

O envolvimento de pessoas mais velhas e dos municípios pode orientar o uso da tecnologia digital para promover ambientes favoráveis e reduzir a desigualdade digital entre pessoas mais velhas e jovens.



# UTILIZANDO DADOS PARA PROMOVER IMPACTO EM NÍVEL NACIONAL

Promover o impacto do envelhecimento saudável não se resume apenas à coleta de dados. Também envolve a forma como líderes e tomadores de decisão em diversos setores favorecem o uso desses dados para melhorar políticas e programas voltados a pessoas mais velhas. Durante 2019 e 2020, oito ministérios da saúde de todas as regiões da OMS lideraram um processo colaborativo com outros ministérios, entidades regionais e municipais, sociedade civil (incluindo pessoas mais velhas) e parceiros acadêmicos para compilar relatórios sobre os tipos de fontes de dados em seus países, a extensão em que as informações são desagregadas em faixas etárias mais velhas e para descrever estudos de caso sobre como embasar políticas ou programas relevantes para pessoas mais velhas. Novas oportunidades para coletar e usar dados também foram identificadas. Exemplos extraídos desses esforços ilustram o que pode ser feito para acelerar o impacto. Para mais exemplos, consulte a Seção 4.



## CHILE<sup>108</sup>

**Pesquisa Nacional de Caracterização Socioeconômica (CASEN), Estudo Nacional de Dependência das Pessoas Idosas (ENDPM), Pesquisa de Qualidade de Vida na Velhice, Estudo de Inclusão e Exclusão do Serviço Nacional da Pessoa Idosa, Cadastro Social de Domicílios**

Diversas fontes de informação embasam a criação e avaliação do Programa Day Centres, que fornece serviços diurnos especializados para pessoas mais velhas com dependência leve a moderada.

## GANÁ<sup>110</sup>

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

Cria e atualiza listas de medicamentos relevantes para pessoas mais velhas e suas necessidades específicas cobertas pelo Plano Nacional de Seguro Saúde; os dados também são utilizados por tomadores de decisão para formular políticas que apoiam pessoas mais velhas e outros grupos vulneráveis.

## CATAR<sup>111</sup>

**Pesquisa Nacional do Catar sobre Envelhecimento (NASQ)**

A Estratégia Nacional de Saúde Pública, componente do Envelhecimento Saudável, catalisou o planejamento e o compromisso de comparar o progresso nacional com o progresso internacional. A nova pesquisa também servirá de base para serviços sociais e de saúde integrados, voltados a pessoas mais velhas.

**FINLÂNDIA**<sup>109</sup>**Gestão do conhecimento no distrito regional de saúde e assistência social, Eksote**

Os serviços de saúde e assistência social são monitorados por meio do modelo TIJO, que utiliza um sistema de informações baseado em inteligência artificial para a integração de serviços em toda a província. As informações incluem as necessidades específicas das pessoas mais velhas, custos e serviços fornecidos ao longo do tempo.

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

Bancos de dados e análises de informações subsidiaram a criação da Ação de Promoção da Saúde para Pessoas Idosas, 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.<sup>7</sup>

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

Com outras fontes de dados, usadas como base para o amplamente citado *Relatório anual sobre a Situação das Pessoas Idosas na Tailândia*.

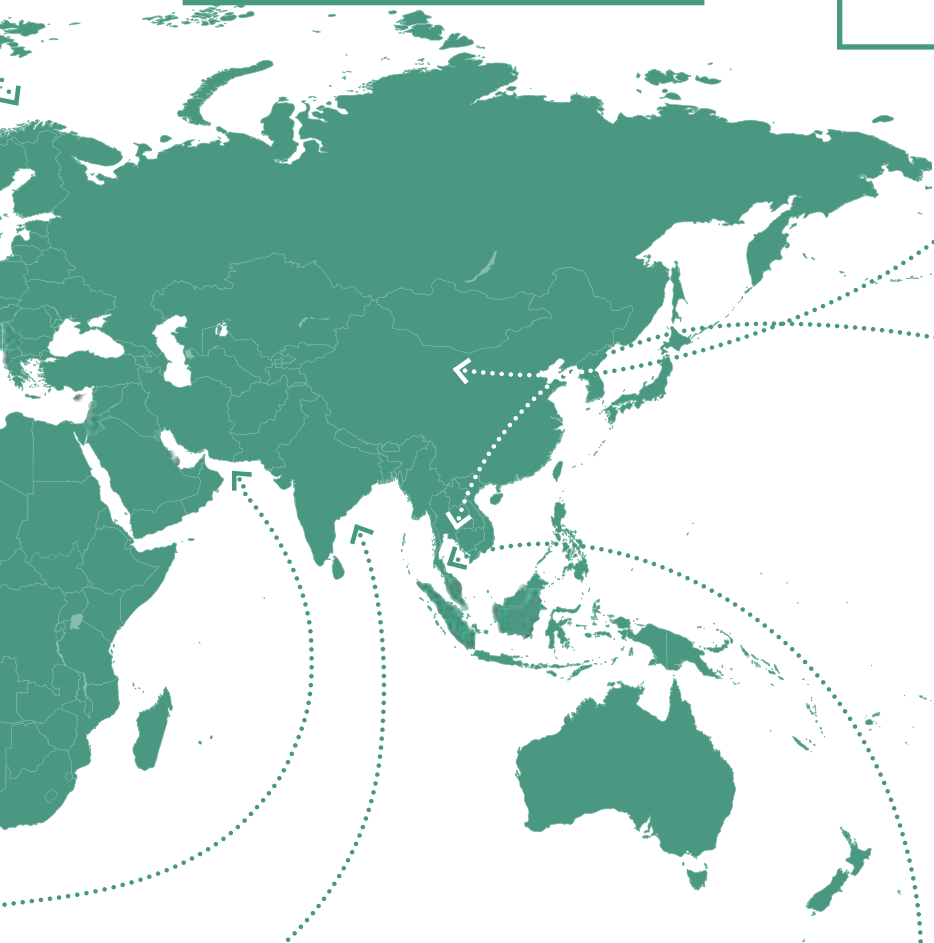
O relatório de 2019 apresenta uma avaliação de programas nacionais em longo prazo lançados recentemente para pessoas mais velhas com participação da comunidade. São descritas recomendações de políticas para o desenvolvimento de uma rede de segurança social para pessoas mais velhas.

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

Apoia o Programa Integrado para Pessoas Mais Velhas e Idosas, 2018. O programa fornece suporte financeiro, para subsistência e geral para diversos serviços para pessoas mais velhas, incluindo cuidados contínuos, oportunidades educacionais e de entretenimento, e unidades móveis que prestam cuidados para pessoas mais velhas que vivem em áreas rurais e isoladas.

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

Com base em discussões com organizações comunitárias e pessoas mais velhas, e por meio de Exercícios de Mapeamento da Pegada das Pessoas Idosas, a LTA desenvolveu abordagens em prol das pessoas mais velhas para que continuem viajando utilizando o transporte público e como pedestres, como o **Green Man+**, um recurso em faixas de pedestres que permite que as pessoas mais velhas escaneiem um cartão e prolonguem o tempo no qual o “homenzinho verde” fica ativo no semáforo de pedestres.




## 2

## PRINCIPAIS MENSAGENS

**Dados e informações são necessários para cada**

**jurisdição.** Estudos de caso nacionais também reconhecem que, em alguns países, programas voltados para pessoas mais velhas são elaborados e administrados por autoridades estaduais ou provinciais. Dados e informações em nível estadual são, portanto, cruciais para monitorar e avaliar o impacto dos programas. Por exemplo, o **Estudo Longitudinal de Envelhecimento na Índia**<sup>116</sup> é uma pesquisa padronizada realizada em todos os estados e territórios da Índia e produz informações regionais e nacionalmente representativas. O mesmo ocorre com o **Estudo Longitudinal Canadense sobre o Envelhecimento**<sup>117,118</sup>, que fornece estimativas de determinantes da saúde, estado de saúde e utilização do sistema de saúde em toda a província. Ambos são importantes para monitorar o impacto na vida das pessoas mais velhas.

Há também estudos estaduais ou provinciais independentes que embasam políticas e programas. Nos EUA, o estado da Califórnia tem a maior população de pessoas mais velhas do país. A **Pesquisa de Entrevistas de Saúde da Califórnia** é a maior pesquisa estadual de saúde dos EUA. Ela divulga dados anuais representativos da população, desagregados de acordo com os 58 condados do estado e diversos grupos raciais e étnicos. Informações, como o Elder Index,<sup>119</sup> uma medida da segurança econômica das pessoas mais velhas e seu painel interativo, são rotineiramente usadas por legisladores estaduais, formuladores de políticas, departamentos de saúde locais, organizações comunitárias e outras partes interessadas para planejamento em diversos setores, incluindo serviços de saúde e moradia acessível.

 **Pelo menos 142 milhões de pessoas em idade avançada em todo o mundo atualmente não conseguem satisfazer suas próprias necessidades básicas.** Desigualdades socioeconômicas e de gênero contribuem para diferenças em um mesmo país e entre países.

**Implicação em termos de políticas públicas:** é necessário haver cooperação para garantir que essas necessidades básicas sejam atendidas e que as habilidades que contribuem para o bem-estar das pessoas mais velhas sejam fortalecidas.

- Embora alguns declínios nas capacidades possam ser inevitáveis, as pessoas mais velhas de qualquer idade devem ter a capacidade de atender a todas as suas necessidades básicas, e as abordagens devem mitigar as desigualdades de oportunidades.
- As pessoas mais velhas não são um grupo homogêneo. Portanto, são necessárias tanto abordagens universais quanto direcionadas para não deixar nenhuma pessoa idosa para trás.
- Um estudo de viabilidade sobre os ambientes destaca que é possível utilizar big data, como mapas geocodificados.

● **Três quartos dos países do mundo possuem dados limitados ou nenhum dado sobre envelhecimento saudável ou sobre faixas etárias mais velhas, e esta situação contribui para a invisibilidade e exclusão das pessoas em idades avançadas.** Para cada componente do envelhecimento saudável, esta análise inicial conseguiu fornecer apenas um breve panorama. Em vez de relatar estimativas específicas de cada país por idade e sexo, o panorama fornece uma visão geral da disponibilidade e comparabilidade dos dados.

**Implicação em termos de políticas públicas:** para monitorar o progresso ao longo da Década, há uma necessidade urgente de trabalhar em conjunto em uma abordagem acelerada para:

- monitorar o envelhecimento saudável ao longo da vida;
- identificar os itens principais e padronizar os dados que estão sendo coletados para abranger todos os componentes e domínios do envelhecimento saudável, fornecendo uma visão abrangente e comparável das vidas, necessidades e expectativas das pessoas mais velhas;
- continuar a promover pesquisas sobre métricas de envelhecimento saudável para descrição completa de cada componente (capacidade intrínseca, capacidade funcional e ambientes) e desenvolvimento de indicadores significativos e úteis para a tomada de decisões com objetivo de otimizar a capacidade funcional;
- empregar abordagens inovadoras para coletar, analisar e usar informações, tanto para pessoas idosas como por elas;

- aumentar a interoperabilidade dos dados por meio da harmonização de normas e plataformas para compartilhar e analisar dados;
- desagregar dados por gênero, deficiência, residência urbana ou rural, status socioeconômico, nível de escolaridade, etnia ou indigeneidade e outros fatores de desigualdade; e
- alinhar os relatórios e análises com os indicadores dos ODS.<sup>120</sup>

● **Casos ao redor do mundo destacam o comprometimento com a coleta e análise de dados, geralmente com novas tecnologias e métodos envolvendo pessoas mais velhas.** Esses casos indicam formas de conectar indivíduos e seu ambiente, com dados e informações que apoiam ações para otimizar a capacidade funcional. As pessoas mais velhas também podem usar essas informações para cuidar de si mesmos, tomar decisões informadas e buscar o que valorizam.

● **Estudos de caso nacionais indicam que cada país pode usar dados existentes para embasar políticas e programas para pessoas mais velhas e encontrar maneiras de interligar setores e utilizar uma ampla gama de fontes de dados** (administrativos, de instalações, de seguro saúde etc.).

*Esta análise inicial de 2020 inicia o monitoramento do progresso. A próxima seção analisa os indicadores aprovados na Década e considera em quais melhorias podemos trabalhar.*

# 3

## QUE MELHORIAS PODEMOS ESPERAR ATÉ 2030?

Compreendendo e medindo o  
sucesso juntos







---

## A OMS tem a missão de monitorar o progresso ao longo da Década em 2023, 2026, 2029 e 2030, tanto em nível nacional quanto subnacional, para garantir que nenhuma pessoa mais velha seja deixada para trás.

---

A Década do Envelhecimento Saudável defende ações baseadas em evidências para otimizar a capacidade funcional e acelerar o impacto na vida das pessoas mais velhas até 2030.<sup>2,6</sup> Além da presente avaliação inicial, a OMS tem a missão de monitorar o progresso ao longo da Década em 2023, 2026, 2029 e 2030, tanto em nível nacional quanto subnacional, para garantir que nenhuma pessoa mais velha seja deixada para trás.

Ao longo da Década, muitos setores terão de ser envolvidos para melhorar o envelhecimento saudável – incluindo não apenas o setor da saúde, mas também finanças, cuidados de longa duração, proteção social, educação, trabalho, habitação, transporte, bem como informação e comunicação. Esse esforço incluirá governos nacionais, subnacionais e locais, bem como a força de trabalho da saúde e assistência social, a sociedade civil, o setor privado, organizações para pessoas mais velhas, a academia e as próprias pessoas mais velhas e seus familiares e amigos. O envolvimento e a comunicação de informações precisam ser relevantes para diversas partes interessadas em todos os níveis.

Os Estados-Membros têm um papel fundamental na manutenção dos seus compromissos e na criação de condições que permitam que diversas partes interessadas, setores e jurisdições trabalhem em conjunto, incluindo ouvir as vozes das pessoas mais velhas e as suas expectativas para uma Década de sucesso. Essas nações são incentivadas a produzir e divulgar dados, compartilhar relatórios e organizar eventos para discutir o progresso

e adaptar planos, assim como fizeram recentemente os ministérios da saúde de oito países em todas as regiões da OMS (ver Seção 2). Nestes oito países, os processos envolveram outros ministérios, a sociedade civil e parceiros de outras agências das Nações Unidas, juntamente com comissões nacionais de planejamento, autoridades municipais e subnacionais, institutos de saúde pública, sistemas de informação de saúde e gabinetes nacionais de estatística – estes últimos responsáveis por monitorar o progresso de cada país em relação aos indicadores dos ODS.<sup>120</sup> Esforços semelhantes devem ser incentivados em todos os países e documentados para que o aprendizado possa ser compartilhado e discutido.

### **A presente avaliação inicial inclui dois tipos de indicadores, conforme aprovados na Década:**

- **progresso nacional**, tal como acordado para a Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde; e
- **resultado e impacto na vida das pessoas**, incluindo expectativa de vida saudável e envelhecimento saudável.

Com base no número estimado de pessoas em todo o mundo que não conseguem atender a algumas de suas necessidades básicas (o único domínio de capacidade funcional com dados e estimativas comparáveis nesta análise inicial), cenários hipotéticos para 2030 também são brevemente considerados.

# PROGRESSO EM NÍVEL NACIONAL

Dez indicadores de progresso nacional refletem o processo aprovado na Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde na 69ª Assembleia Mundial da Saúde<sup>3</sup> em 2016 (Anexo 5). Os indicadores foram relatados à 71ª Assembleia Mundial da Saúde na análise preliminar do progresso do primeiro plano de ação em 2018 e foram aprovados como parte da Década do Envelhecimento Saudável em 2020 pela 73ª Assembleia Mundial da Saúde.<sup>121</sup> Uma segunda rodada de relatórios sobre os dez indicadores de progresso concluída em maio de 2020 serve como base para a Década.

Todos os Estados-membros da OMS e da ONU se comprometeram em implementar ações para cumprir cada indicador. A Tabela 3.1 fornece uma visão geral global, comparando as realizações até 2018 e até 2020, juntamente com a taxa de progresso.

Globalmente, com potencialmente 194 países relatando informações, a boa notícia é que há melhora em 10 dos 10 indicadores, documentando um crescente comprometimento mundial com o envelhecimento saudável e o engajamento de pessoas mais velhas.

**Foi documentado um crescente comprometimento mundial com o envelhecimento saudável e o engajamento de pessoas mais velhas.**

No entanto, dependendo do indicador, cerca de 22% a 36% de todos os países ainda não relataram dados sobre progresso em 2020, embora essa proporção varie entre as regiões.

Com base nos relatórios dos países que relataram progresso, os três principais indicadores com ação afirmativa refletem o comprometimento nacional – possuir um ponto focal sobre envelhecimento e saúde; possuir uma estratégia, política ou plano sobre envelhecimento e saúde; e realizar fóruns com múltiplas partes interessadas, incluindo pessoas mais velhas.

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

- O maior aumento (34 países adicionais, um salto de 125%) está nas políticas nacionais para avaliação abrangente de pessoas mais velhas, confirmando uma rápida demanda por cuidados integrados e centrados na pessoa para pessoas em idade avançada.
- O menor aumento (2 países adicionais) está na legislação nacional e nas estratégias de aplicação da lei contra a discriminação baseada na idade, que é um requisito básico para combater o etarismo e é fundamental para a Década.

É preocupante o fato de que uma projeção simples de agora até 2030 sugere que quatro indicadores podem não ser alcançados até 2030, e apenas um no próximo período do relatório – 2023 – destacando a necessidade de ação acelerada.

## ESTAMOS NO CAMINHO CERTO?

Uma pessoa idosa, um membro do parlamento, um prefeito de uma cidade ou um chefe de uma unidade de cuidados de longa duração poderia perguntar se seu país está no caminho certo para implementar a Década do Envelhecimento Saudável e alcançar melhorias mensuráveis na vida das pessoas mais velhas até 2030.

Uma abordagem para monitorar o progresso nacional é uma projeção direta baseada na taxa de melhoria documentada para cada indicador entre 2018 e 2020. De uma perspectiva global, o compromisso coletivo é para que todos os países relatem que “sim”. Para projetar se todos os países estão no caminho certo, a taxa de aumento observada foi aplicada até 2030, sem quaisquer outras suposições, para projetar em que ano todos os 194 países poderiam atingir cada indicador.

### INDICADORES DE PROGRESSO E IMPACTO

- precisam fazer a diferença na vida das pessoas mais velhas;
- podem ser melhorados pelas ações dos governos e de outras partes interessadas; e
- precisam ser medidos com frequência suficiente para mostrar se o progresso está no caminho certo.

A **Tabela 3.1** mostra que, dos dez indicadores, quatro poderão ser alcançados por todos os países somente após 2030, sinalizando que **não estamos no caminho certo**. Mais três indicadores podem ser alcançados em 2027 ou 2028; dois por volta de 2025; e apenas um por volta de 2023, que é a próxima data para relatórios (veja a última coluna).

Esta projeção simples aponta que são necessários esforços acelerados de todos os países para implementar essas ações. Uma segunda pergunta é: se não estamos no caminho certo, **o que faremos a respeito?** A maioria das partes interessadas provavelmente concordaria que, para catalisar a mudança transformadora prometida na Década, o progresso precisa ser acelerado. Seria razoável ver todos os países trabalhando com as partes interessadas, incluindo a sociedade civil e as comunidades, para implementar os 10 indicadores de progresso nacional, por exemplo, até a metade da Década. Isso inclui melhorar os dados e as informações sobre as pessoas mais velhas (indicadores 9 e 10), pois isso equiparia os países para monitorar o impacto nas vidas dessas pessoas. Outros cenários também poderiam ser imaginados e considerados.

## TABELA 3.1

### Visão geral global dos 10 indicadores de progresso:

Onde estamos, qual é o ritmo do progresso e estamos no caminho certo?

Número de países, entre os 194, que responderam “sim” ao fato de terem atingido cada indicador de progresso

Taxas atuais de aumento e expectativa de que 194 países atinjam cada indicador

Indicadores de progresso	2018	2020	Países adicionais desde 2018	Taxa de aumento de dois anos (%) 2018–2020	No atual ritmo, prevê-se que todos os países atinjam o indicador
--------------------------	------	------	------------------------------	--	--

#### Compromisso nacional geral para otimizar o envelhecimento saudável

① Ponto focal sobre envelhecimento e saúde	112	122	10	9%	depois de 2030
② Política, estratégia ou plano alinhado ao envelhecimento saudável	88	105	17	19%	por volta de 2027
③ Fórum multissetorial	88	102	14	16%	por volta de 2027

#### Contribuição para cada uma das áreas prioritárias de ação da Década

④ Legislação e aplicação da lei contra a discriminação com base na idade	88	90	2	2%	depois de 2030
⑤ Regulamentos para apoiar o acesso a dispositivos de assistência	37	59	22	59%	por volta de 2025
⑥ Programa para promover cidades e comunidades amigas das pessoas idosas	34	57	23	68%	por volta de 2025
⑦ Política para apoiar as avaliações abrangentes realizadas com pessoas mais velhas	27	61	34	126%	por volta de 2023
⑧ Política de cuidados de longa duração	80	96	16	20%	por volta de 2028

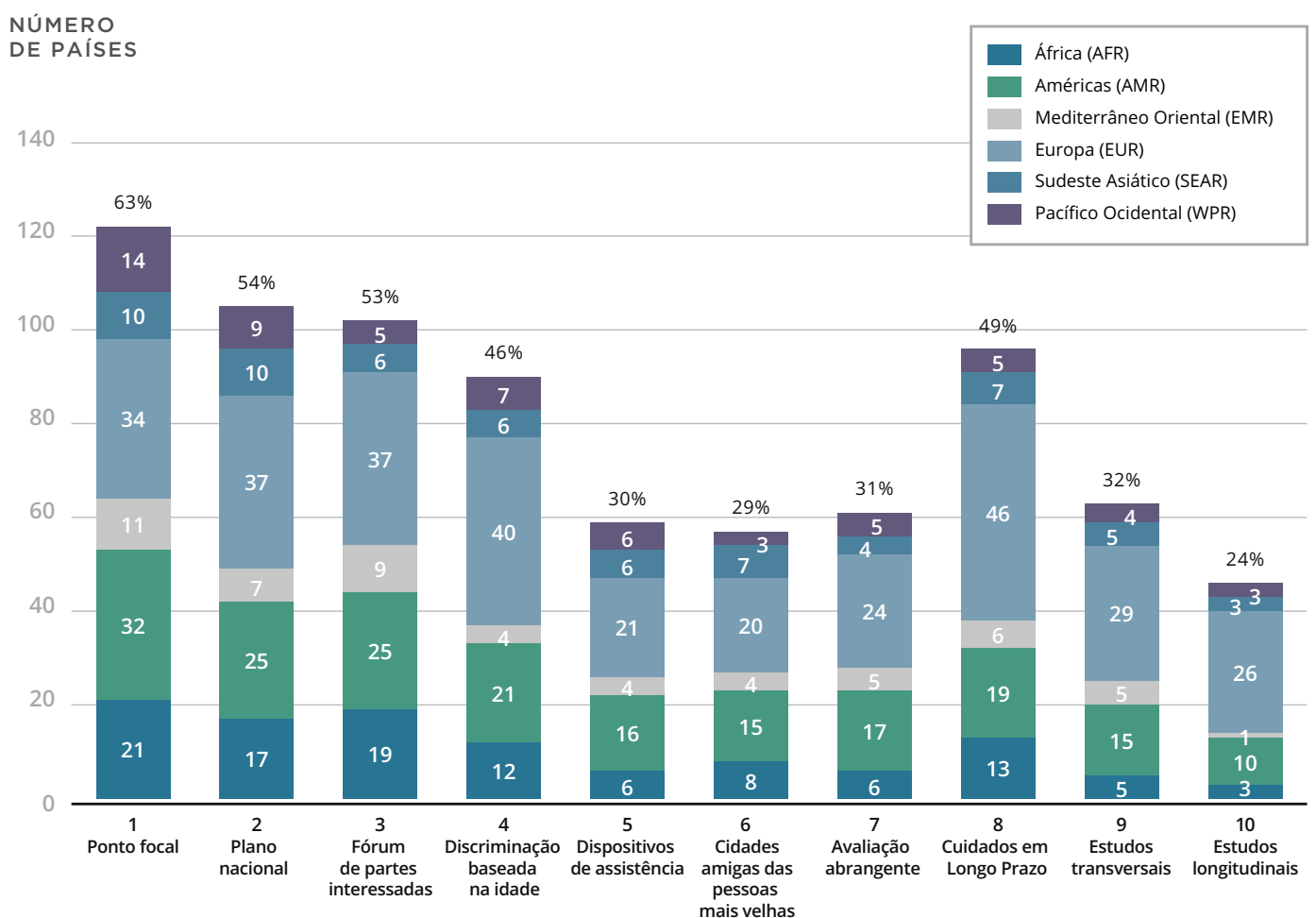
#### Aumentar dados representativos em nível nacional sobre envelhecimento saudável, com foco em pessoas mais velhas

⑨ Dados transversais sobre o estado de saúde e as necessidades	54	63	9	17%	depois de 2030
⑩ Dados longitudinais sobre trajetórias de saúde	35	46	11	31%	depois de 2030

O número de países que em 2020 relataram o alcance de cada indicador de progresso está compilado na **Figura 3.1**, desagregado por cada uma das seis regiões da OMS. Isso 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” a cada indicador região e percentagem de 194 Estados-Membros, 2020





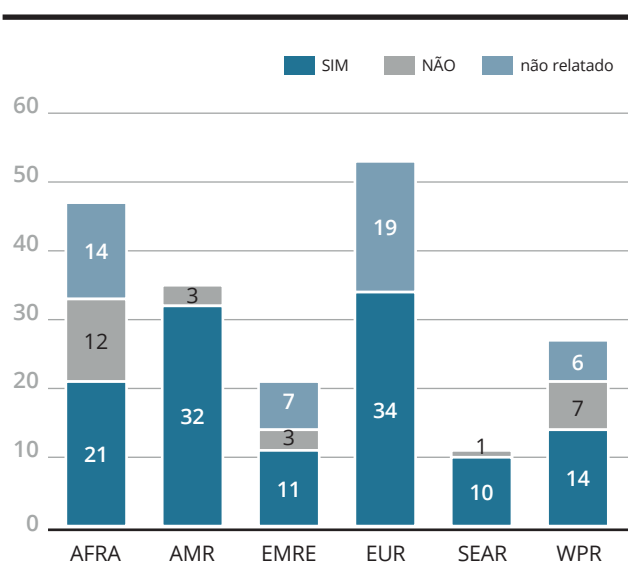


Os próximos 10 gráficos e tabelas fornecem mais detalhes sobre cada indicador por região. Isso inclui a porcentagem de países que relataram conquistas em 2018 e 2020, tanto globalmente quanto dentro de cada região, e o número de países em cada região que ainda não relataram conquistas. Garantir que todos os países informem “sim” ou “não” até 2023 é uma prioridade.

## Compromisso nacional geral para otimizar o envelhecimento saudável

1

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

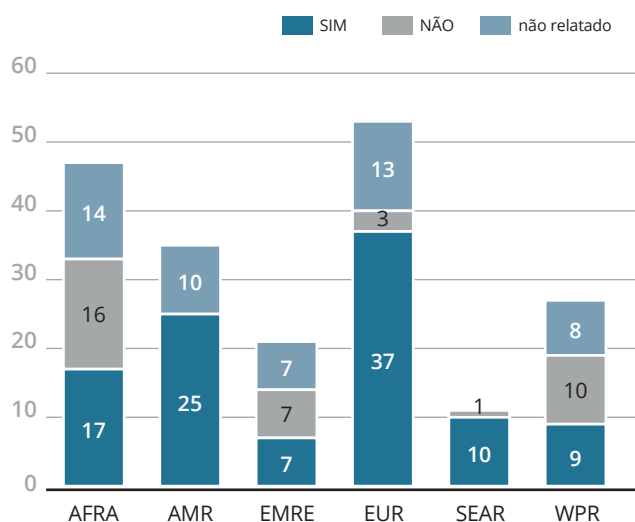


Porcentagem de países com **um ponto focal sobre envelhecimento e saúde no Ministério da Saúde**

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

2

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

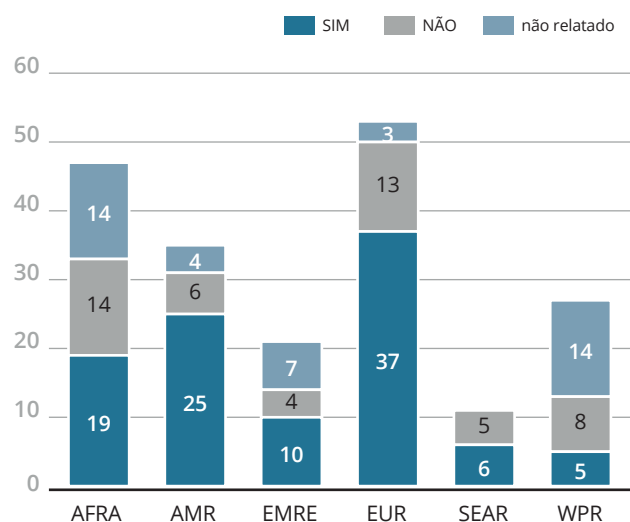


Porcentagem de países que **relatam um plano nacional sobre envelhecimento e saúde**

	2018	2020
<b>Globalmente</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>

3

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



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

	2018	2020
<b>Globalmente</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 DAS POLÍTICAS COM O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Com o endosso da Estratégia Global e Plano de Ação da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, todos os Estados-Membros se comprometeram a desenvolver ou atualizar políticas, estratégias ou planos nacionais alinhados ao envelhecimento saudável. **Uma análise aprofundada dos planos existentes pode facilitar a troca de experiências entre países.**

Um primeiro passo envolveu analisar a redação dos planos nacionais existentes de uma série de países que representam todas as seis regiões da OMS

**Um primeiro passo envolveu analisar a redação dos planos nacionais existentes de uma série de países que representam todas as seis regiões da OMS:** Gana (África)<sup>122,123</sup>, 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 se comprometeram com algumas áreas que estão alinhadas com a Estratégia Global da OMS e as estruturas regionais da OMS sobre envelhecimento e saúde, indicando certa coerência entre as políticas.

No entanto, os compromissos em algumas áreas poderiam aumentar se existissem políticas mais robustas e ações relacionadas. Por exemplo, no combate ao preconceito contra a idade, a maioria dos países se comprometeu em aumentar o conhecimento do público sobre questões relacionadas ao envelhecimento, mas apenas alguns países se propuseram a coletar informações baseadas em evidências sobre o envelhecimento ou a modificar leis ou políticas que discriminam com base na idade.

Os planos nacionais devem apoiar a otimização da capacidade funcional de todas as pessoas mais velhas. Na maioria dos 12 planos, as áreas que exigem mais atenção política incluem a redução do ônus das despesas diretas com serviços de saúde que tratam condições concentradas em pessoas mais velhas ou declínios na capacidade intrínseca (como declínios na audição, visão ou locomoção). Essas condições podem ser tratadas por meio de dispositivos de assistência, tratamentos médicos ou reabilitação, e devem fazer parte do caminho de cada país para a Cobertura Universal de Saúde (UHC), incluindo pessoas mais velhas.

Para novas áreas identificadas na Estratégia Global, não foi surpresa que as políticas na maioria dos países exijam atualização para, por exemplo, expandir os esforços existentes relacionados à qualidade do atendimento, direcionar o cuidado para uma abordagem centrada na pessoa e integrado para pessoas mais velhas, aumentar o alinhamento e a integração dos sistemas de cuidados em longo prazo (incluindo financiamento, mão de obra e serviços) nos setores de saúde e social, e melhorar a medição e o monitoramento do envelhecimento saudável.



---

## Os planos nacionais devem apoiar a otimização da capacidade funcional de todas as pessoas idosas

---

Uma segunda etapa examinou se há recursos e mecanismos de responsabilização em vigor para garantir a implementação. Seis aspectos foram considerados. Destes, todos os países comprometeram-se em: 1) identificar um ponto focal nacional sobre envelhecimento e saúde. A maioria dos países propôs: 2) colaboração com todos os setores e partes interessadas, e 3) mecanismos de monitoramento e relatórios sobre a implementação da política. No entanto, apenas alguns países, dentro da política e dos planos escritos, propuseram: 4) alocar recursos financeiros; 5) ter prazos detalhados para ações específicas e definidas; ou 6) envolver sistematicamente as pessoas mais velhas no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação de planos sobre envelhecimento e saúde.

Uma segunda etapa examinou se há recursos e mecanismos de responsabilização em vigor para garantir a implementação.

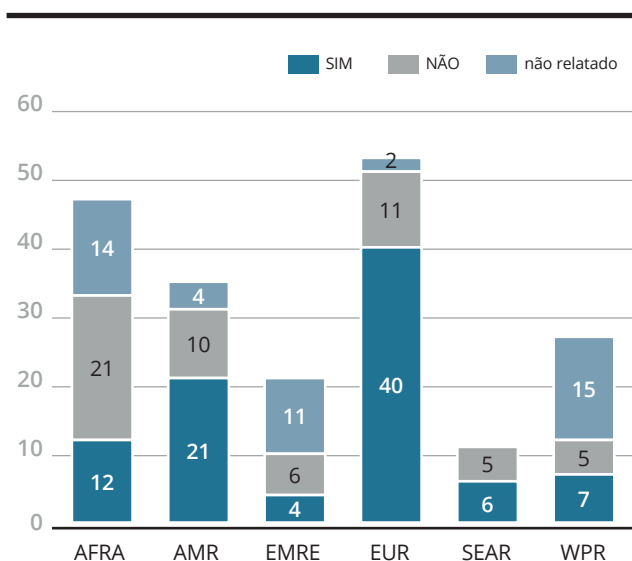
### ESPERANÇA

*Com o endosso da Década do Envelhecimento Saudável pelos Estados-Membros da OMS e pela Assembleia Geral da ONU em 2020, diálogos políticos renovados em cada país e entre países devem oferecer uma nova oportunidade para fortalecer o alinhamento de políticas entre os esforços subnacionais, nacionais, regionais e globais, com envolvimento amplo e visível de pessoas mais velhas. Tudo isso faz parte da preparação para a Década do Envelhecimento Saudável. Uma segunda etapa examinou se há recursos e mecanismos de responsabilização em vigor para garantir a implementação.*

## Contribuição para cada uma das áreas prioritárias de ação da Década

4

Número de países com **legislação nacional e estratégias de aplicação da lei contra a discriminação com base na idade, 2020**



Porcentagem de países que **relatam legislação nacional e estratégias de aplicação da lei contra a discriminação com base na idade**

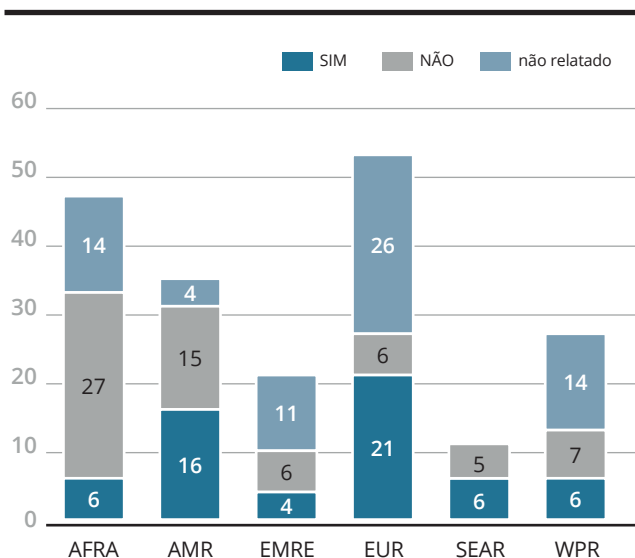
	2018	2020
<b>Globalmente</b>	58%	<b>63%</b>
<b>AFR</b>	40%	<b>45%</b>
<b>AMR</b>	89%	<b>91%</b>
<b>EMR</b>	38%	<b>52%</b>
<b>EUR</b>	64%	<b>64%</b>
<b>SEAR</b>	82%	<b>91%</b>
<b>WPR</b>	41%	<b>45%</b>

*Os Estados-Membros comprometem-se em adotar ou validar uma legislação para proibir a discriminação com base na idade e garantir mecanismos de aplicação da lei como parte da área de ação da Década de "mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento".*



5

Número de países com **legislação/regulamentação que apoia as pessoas mais velhas a acessarem dispositivos de assistência da lista de produtos de assistência prioritários da OMS, 2020**

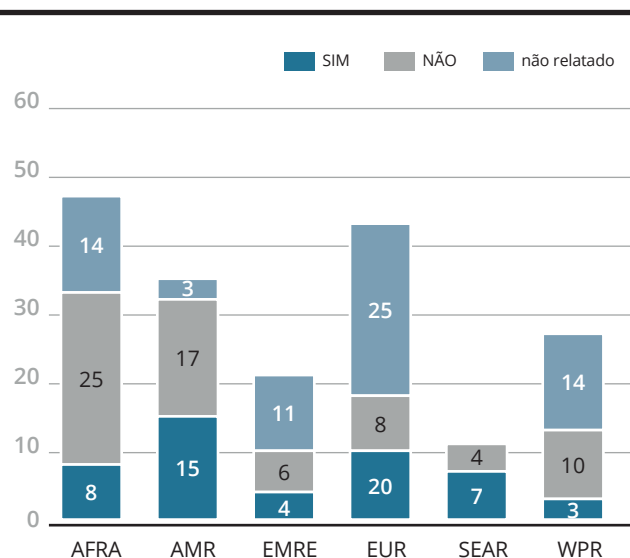


Porcentagem de países que **relatam regulamentações/legislações nacionais que apoiam o acesso a dispositivos de assistência**

	2018	2020
<b>Globalmente</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>

6

Número de países com **um programa nacional de apoio a atividades em conformidade com a Rede Global da OMS para Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas, 2020**



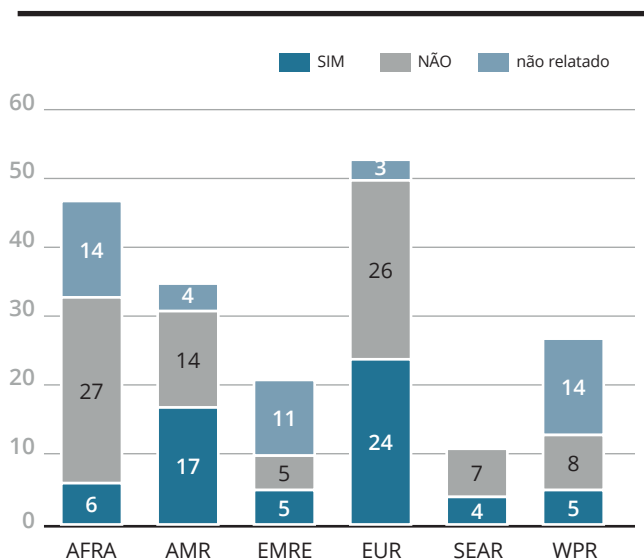
Porcentagem de países que **relatam um programa nacional para promover ambientes favoráveis às pessoas mais velhas**

Região	2018	2020
<b>Globalmente</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>

*Os Estados-Membros comprometem-se em promover e desenvolver programas nacionais e/ou subnacionais sobre cidades e comunidades amigas das pessoas mais velhas e em envolver as comunidades, as pessoas mais velhas e outras partes interessadas, incluindo o setor privado e a sociedade civil, na criação desses programas, como parte da área de ação da Década de "garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas mais velhas".*

7

Número de países com políticas nacionais em vigor para apoiar **avaliações abrangentes das necessidades de saúde e assistência social das pessoas mais velhas**, 2020



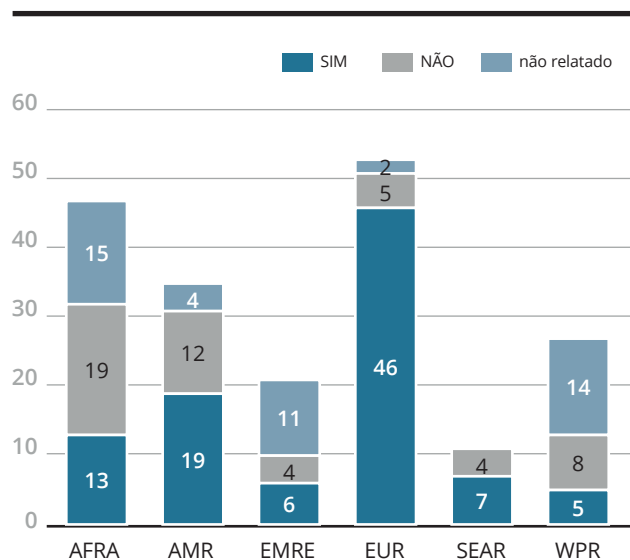
Porcentagem de países com **uma política nacional de apoio a avaliações abrangentes de pessoas mais velhas**

Região	2018	2020
<b>Globalmente</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 comprometem-se em adotar e implementar o pacote de cuidados integrados para pessoas mais velhas da OMS, incluindo orientações para avaliação centrada na pessoa e caminhos nos cuidados primários e outras orientações relevantes da OMS, como a redução do risco de declínio cognitivo e demência, como parte da área de ação da Década de "prestar cuidados e serviços de saúde primários integrados e centrados na pessoa e que sejam adequados às pessoas mais velhas".

8

Número de países com **uma política nacional de cuidados de longa duração, incluindo lares, comunidades e instituições quando necessário**, 2020 3.2



Porcentagem de países que **relatam uma política nacional sobre cuidados de longa duração**

Região	2018	2020
<b>Globalmente</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 comprometem-se em garantir estruturas jurídicas e mecanismos financeiros sustentáveis para a prestação de cuidados de longa duração, no âmbito da área de ação da Década de "proporcionar às pessoas mais velhas acesso a cuidados em longo prazo, caso precisem".

**Os Estados-Membros comprometeram-se em garantir estruturas jurídicas e mecanismos financeiros sustentáveis para a prestação de cuidados de longa duração, quer sejam prestados em casa, nas comunidades ou em instituições, quando necessário.**





## FORTALECENDO O SERVIÇO DE CUIDADOS DE LONGA DURAÇÃO

### *Orientações da OMS em consideração à COVID-19<sup>137</sup>*

Em muitos países, mais de 40% das mortes relacionadas à COVID-19 em 2020 estiveram associadas a instituições de cuidados de longa duração, com uma porcentagem de até 80% em alguns países de alta renda.<sup>138</sup>

Em julho de 2020, a OMS divulgou um resumo de políticas sobre prevenção e gerenciamento da COVID-19 em instituições de cuidados de longa duração e reconheceu os profissionais que trabalham nessas instituições e que estão salvando e protegendo vidas. O resumo define as principais ações que devem ser tomadas pelos formuladores de políticas e autoridades nacionais e locais para proteger as pessoas mais velhas. Essas ações variam desde incorporar cuidados em longo prazo nas medidas de resposta ao país até a mobilização de financiamento adequado, garantia de robusta

prevenção e controle de infecções, apoio a familiares e cuidadores voluntários e muito mais.

A COVID-19 atingiu mais duramente as pessoas mais velhas. O resumo sugere onze maneiras de transformar os serviços de cuidados de longa duração para que as pessoas mais velhas possam receber cuidados de qualidade que respeitem seus direitos, liberdades e dignidade.

**Essas onze ações principais em serviços de cuidados de longa duração destacam maneiras simples de fortalecer a preparação para futuras pandemias.**



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



2. Mobilizar financiamento adequado para cuidados de longa duração para fins de resposta e recuperação da pandemia de COVID-19.



3. Garantir o monitoramento e a avaliação eficazes do impacto da COVID-19 nos cuidados de longa duração e garantir a canalização eficiente de informações entre os sistemas de saúde e de cuidados de longa duração para otimizar as respostas.



4. Garantir pessoal e recursos, incluindo força de trabalho de saúde adequada, e garantir que recebam o suporte e os produtos de saúde adequados para atendimento durante a pandemia de COVID-19 e fornecer serviços de cuidados de longa duração de qualidade.



5. Garantir a continuidade dos serviços essenciais para pessoas que recebem cuidados de longa duração, incluindo promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



6. Garantir que os padrões de prevenção e controle de infecções sejam implementados e cumpridos em todos os ambientes de cuidados de longa duração para prevenir e gerenciar com segurança os casos de COVID-19.



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



8. Fornecer suporte às famílias e aos cuidadores voluntários.



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



10. Garantir uma transição suave para a fase de recuperação.



11. Iniciar medidas para a transformação dos sistemas de saúde e de cuidados de longa duração, a fim de integrar os serviços de cuidados de longa duração e garantir uma governação contínua desses serviços.



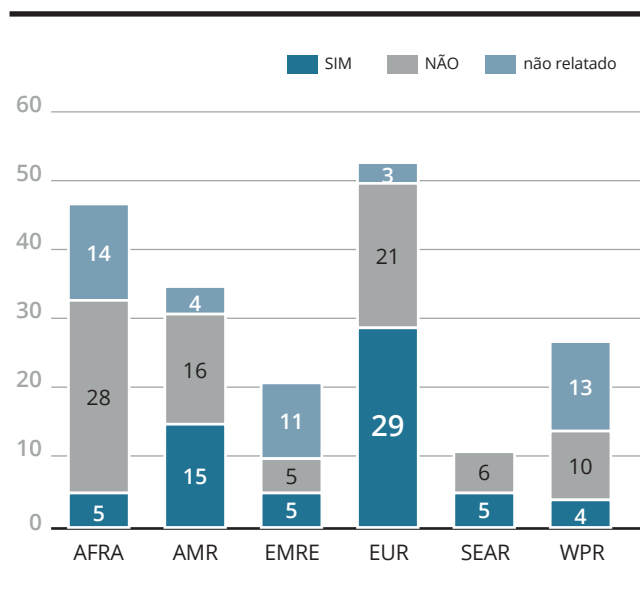




## Aumentar dados representativos em nível nacional sobre envelhecimento saudável, com foco em pessoas mais velhas

9

Número de países com **dados transversais e nacionalmente representativos sobre o estado de saúde e as necessidades das pessoas idosas, domínio público, 2020**

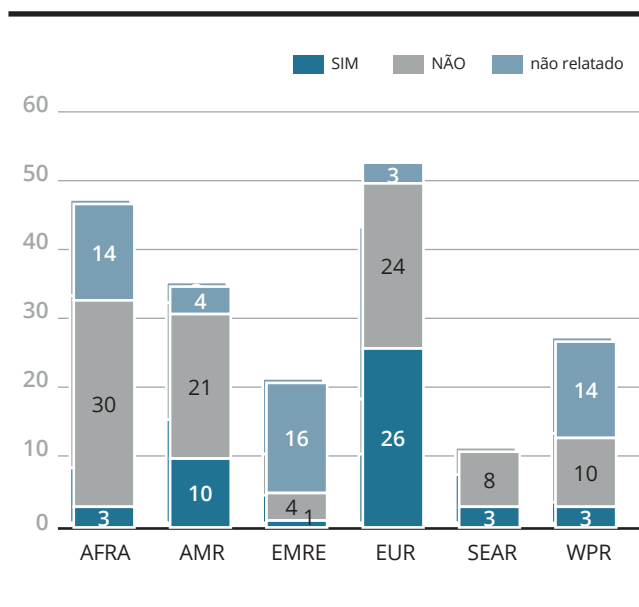


Porcentagem de países que **relatam a disponibilidade de dados transversais sobre o estado de saúde e as necessidades das pessoas idosas**

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

10

Número de países com **dados longitudinais e nacionalmente representativos sobre o estado de saúde e as necessidades das pessoas mais velhas, domínio público, 2020** → 3.3



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

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

*Dentro da Década, os parceiros são convidados a apoiar a pesquisa e a inovação e a reunir evidências sobre o que pode ser feito para promover o envelhecimento saudável em contextos diversos.*



## SÃO NECESSÁRIOS ESFORÇOS ACELERADOS PARA AUMENTAR OS DADOS TRANSVERSAIS E LONGITUDINAIS SOBRE PESSOAS IDOSAS

**O monitoramento do progresso exige que os países tenham dados comparáveis.** Os esforços de pesquisa existentes e planejados devem garantir que os itens coletados possam estimar todos os componentes e domínios do envelhecimento saudável em amostras nacionalmente representativas de pessoas mais velhas de todas as idades. **Isso inclui medidas ambientais coletadas consistentemente em diferentes estudos.**

**Isso será fundamental para avaliar o sucesso da Década. A maior parte dos estudos analisados neste relatório inicial provém da família de Estudos de Saúde e Aposentadoria (HRS).<sup>139</sup> Há muito a aprender com esse esforço que agora se estendeu a 45 países.**

Os HRS dos Estados Unidos começaram em 1992 para fornecer dados para pesquisas sobre envelhecimento e foi reconhecida a necessidade de adotar uma abordagem multidisciplinar para avaliar a saúde, o status econômico e as relações familiares e sociais. Estudos representativos em nível nacional permitiram análises para embasar políticas. Estudos longitudinais não apenas aprofundaram nossa compreensão das mudanças associadas ao envelhecimento, como também forneceram oportunidades para avaliar o impacto das reformas políticas. Esses estudos contribuem substancialmente para a base de evidências – os HRS dos Estados Unidos e a rede internacional de HRS possuíam mais de 5.800 e 10.700 publicações, respectivamente, em novembro de 2020.

A visão de indivíduos e instituições tem apoiado o crescimento e o sucesso sistemáticos. **O Instituto Nacional do Envelhecimento dos EUA (NIA) incentivou a colaboração internacional.** Em 2019, os HRS e os estudos internacionais correspondentes<sup>140</sup> realizaram quase 1,1 milhão de entrevistas em 45 países entre 1992 e 2017 (Figura 3.2),<sup>141,142</sup> com uma

variedade de países de alta, média e baixa renda. Os estudos monitoram os impactos das políticas de saúde e aposentadoria que influenciam o fato de as pessoas mais velhas continuarem a trabalhar, acessarem serviços de saúde e alcançarem rendas adequadas – tudo altamente relevante para o envelhecimento saudável. **É importante ressaltar que um grande número de cientistas e formuladores de políticas ao redor do mundo usaram os resultados em deliberações nacionais para avaliar impactos e criar novas políticas de apoio às pessoas mais velhas.**

**Estudos longitudinais não apenas aprofundaram nossa compreensão das mudanças associadas ao envelhecimento, como também forneceram oportunidades para avaliar o impacto das reformas políticas.**

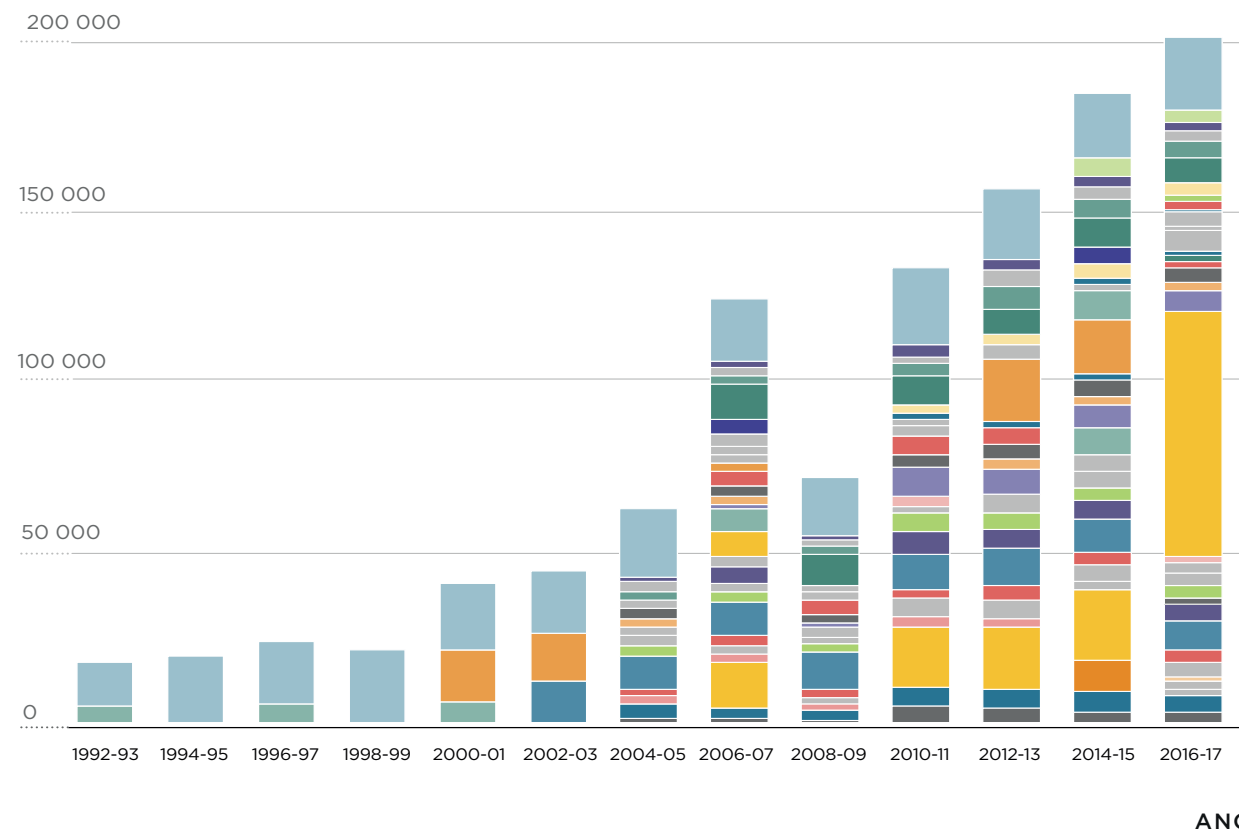
Esse sucesso se baseia nas oportunidades científicas que estudos comparativos entre diversos países oferecem. Isso inclui elaborar pesquisas e coletar dados de maneira consistente. Também reflete a garantia de dados harmonizados entre os estudos, o amplo compartilhamento desses dados (o objetivo do Gateway to Global Aging Data<sup>142</sup>) e o apoio a novas análises de como o processo de envelhecimento acontece em diferentes países e ambientes políticos. Análises de todo o mundo destacam os obstáculos e os facilitadores da otimização da capacidade funcional e também documentam a diversidade das experiências das pessoas mais velhas.

FIGURA 3.2

## Expansão da família de pesquisas parte dos 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

NÚMERO DE ENTREVISTAS



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

Embora a coleta de dados seja um desafio – porque exige muitos recursos, esforço, talento e financiamento – ela é absolutamente necessária para o monitoramento global e o desenvolvimento de políticas locais. A família de pesquisas do HRS atingiu uma massa crítica de estudos. Contudo, no

início desta década, as pesquisas do HRS tinham abrangido um pouco menos de 25% dos Estados-Membros da OMS. Estão previstos estudos no Egito, Líbano, Nepal, Paquistão e Uruguai. São necessários esforços para implementar estudos transversais e longitudinais em um conjunto mais amplo de países.

# RESULTADO E IMPACTO NA VIDA DAS PESSOAS

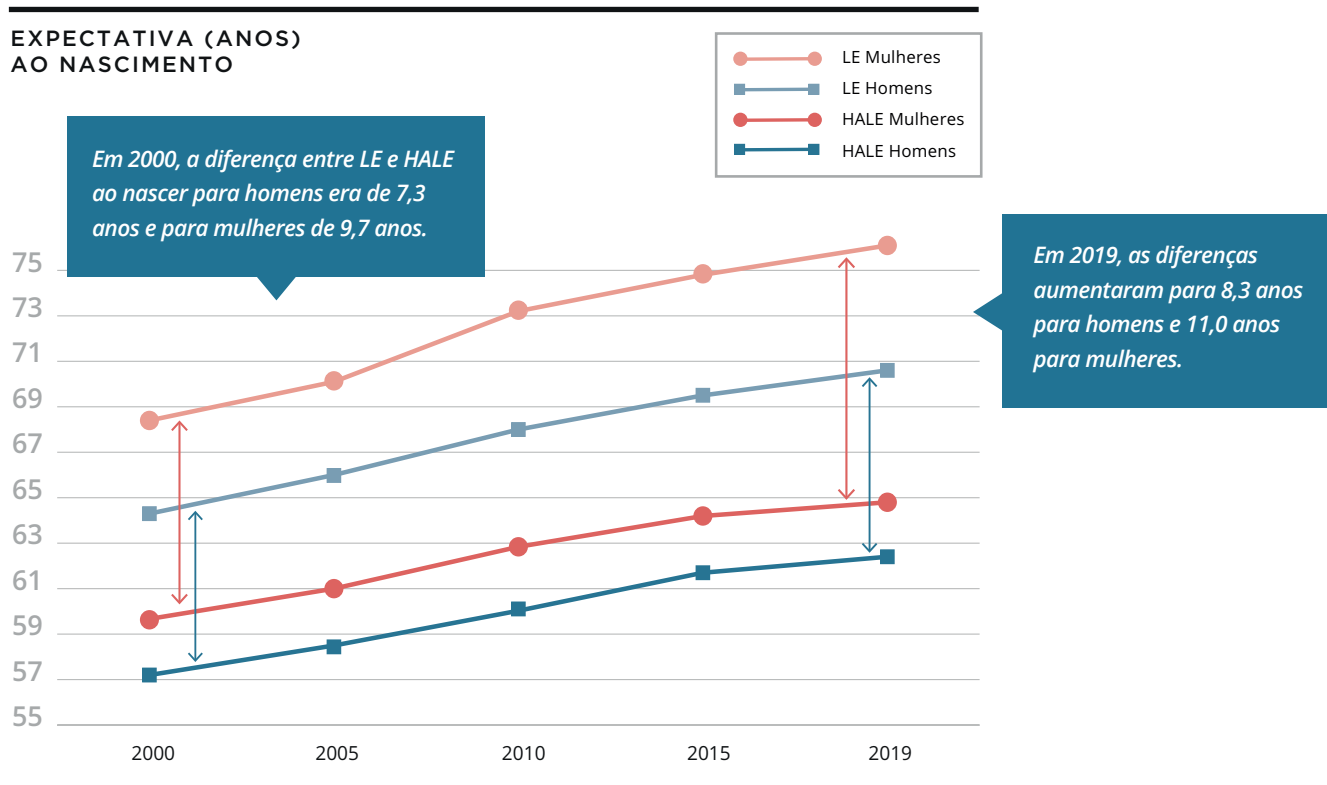
A expectativa de vida saudável (HALE) é um indicador de resultado aprovado na Década. **A HALE se concentra nas pessoas e na motivação para acrescentar vida aos anos.** É uma medida resumida da saúde da população, pois combina mortalidade (morte) e morbidade (doença, lesão ou enfermidade) em um único número.<sup>143,144</sup> A HALE também é o indicador abrangente da OMS para medir o impacto das metas dos Três Bilhões<sup>44,145,146</sup> e é utilizado por outras instituições, entidades regionais e países para monitorar a saúde da população.

A HALE em qualquer idade reflete até que ponto os anos de vida são gastos com boa saúde. Portanto, é altamente relevante para um envelhecimento saudável. A diferença entre expectativa de vida (LE) e HALE reflete o tempo vivido com má saúde.

Desenvolver e manter a capacidade intrínseca mais cedo na vida, evitando declínios na capacidade intrínseca e diminuindo a taxa de declínios, pode contribuir para uma melhor HALE. Isso ocorre porque os declínios na capacidade intrínseca estão frequentemente associados a diferentes condições e morbidades subjacentes. Portanto, os esforços para acelerar o aumento da HALE

FIGURA 3.3

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



não devem apenas acompanhar as melhorias na LE, mas também reduzir o tempo gasto com problemas de saúde. Isso promove um envelhecimento saudável.

Com base nas estimativas globais da OMS entre 2000 e 2019<sup>147</sup>, a LE aumentou mais rápido que a HALE para homens e mulheres. **Isso reflete um aumento no número de anos com problemas de saúde**, conforme demonstrado no nascimento na **Figura 3.3** e aos 60 anos na **Figura 3.4**. Em 2000, a diferença entre LE e HALE ao nascer para homens era de 7,3 anos e para mulheres de 9,7 anos. Em 2019, esse número aumentou para 8,3 anos para homens e 11,0 anos para mulheres. Aos 60 anos, a diferença para os homens era de 4,1 anos e para as mulheres de 5,3 anos em 2000. Em 2019, esse número aumentou para 4,7 para homens e 6,0 anos para mulheres. Entre 2000 e 2019, para homens e mulheres juntos, esse aumento é de quase 14% no nascimento e cerca de 15% aos 60 anos. Globalmente,

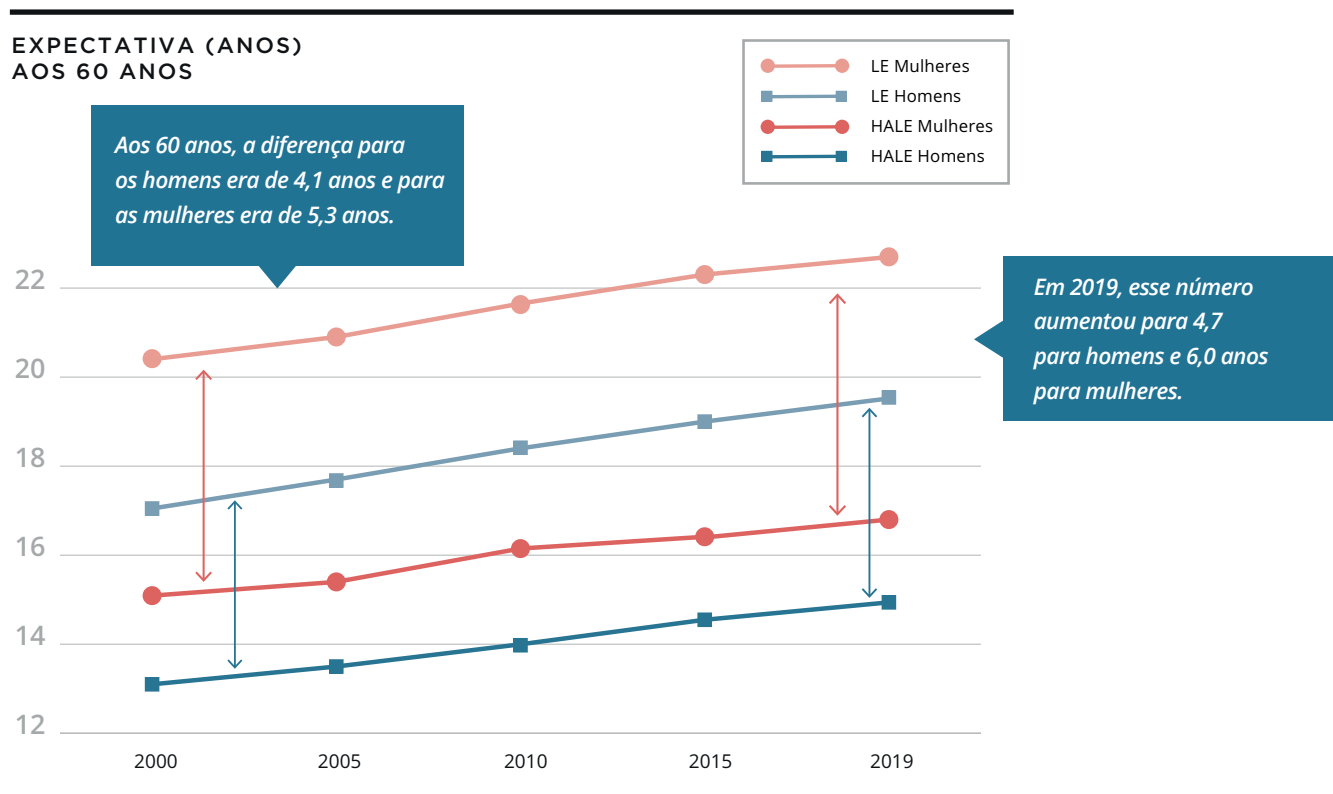
a proporção de tempo gasto com problemas de saúde também aumentou ligeiramente no nascimento e aos 60 anos. Essas tendências são claramente o oposto do que gostaríamos de ver.

No entanto, essas médias e tendências globais escondem variações significativas no país e entre países; algumas pessoas estão vivendo vidas mais longas e saudáveis e isso confirma que é possível reduzir a diferença e passar mais tempo com boa saúde.<sup>148</sup>

**Independentemente de a lacuna estar aumentando ou diminuindo, a importância de otimizar a capacidade funcional continua relevante para todas as pessoas mais velhas.** Ambientes favoráveis podem melhorar as habilidades de todas as pessoas idosas e podem compensar os declínios na capacidade intrínseca que essas pessoas, embora não todas, provavelmente apresentarão.

**FIGURA 3.4**

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





## CENÁRIOS PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Os Estados-Membros também endossaram indicadores de resultados relacionados ao envelhecimento saudável na Década. No entanto, não foram especificadas metas mensuráveis até 2030. Isso é compreensível porque não existia uma linha de base.

Uma descoberta importante apresentada na Seção 2 é que 14% das pessoas mais velhas — pelo menos 142 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo — não conseguem atender a algumas de suas necessidades básicas.

### Em vista dessa constatação, qual é o futuro que queremos ver até 2030?

A mais fundamental das habilidades é a capacidade das pessoas mais velhas de administrar e satisfazer as suas necessidades imediatas e futuras, incluindo uma dieta balanceada, vestuário, moradia adequada, assistência médica e serviços de cuidados em longo prazo.

Embora os Estados-Membros não tenham definido metas para capacidade funcional, capacidade intrínseca ou ambientes, eles se comprometeram em priorizar o atendimento às necessidades básicas e outros domínios do envelhecimento saudável. Essas metas são expressas por meio de uma variedade de instrumentos políticos, incluindo estratégias, planos de ação<sup>149,150</sup> e convenções globais e regionais<sup>151</sup>, sendo que algumas delas foram declaradas como um direito humano que todas as pessoas devem desfrutar imediatamente.

Além disso, todos os Estados-Membros da ONU endossaram metas relacionadas até 2030, medidas por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Essas 17 metas têm implicações profundas na promoção do envelhecimento saudável até 2030. As implicações são expressas não apenas no objetivo de **boa saúde e bem-estar**, mas também em outros objetivos (e indicadores de exemplo). Incluem **pobreza zero** (famílias com acesso a serviços básicos), **fome zero** (redução da insegurança alimentar moderada ou grave) e **trabalho decente e crescimento econômico** (adultos com conta bancária), para citar apenas alguns.

Juntamente com os compromissos da Década, a maioria das partes interessadas concordaria que esses compromissos geram uma meta compartilhada para garantir que as pessoas mais velhas sejam capazes de atender às suas necessidades básicas até 2030. No entanto, pode haver outros objetivos que também precisamos considerar, além do caminho de desenvolvimento que leva a esses objetivos.

**Por meio da construção de cenários – uma descrição de um futuro possível – as partes interessadas são convidadas a definir uma visão compartilhada e um futuro desejado e a determinar o que essa visão significa para elas.**



## Pensar no futuro – os cenários ajudam a esclarecer o que pode acontecer e o que estamos dispostos a fazer para alcançar

O método de cenário é uma técnica para auxiliar no planejamento de um futuro cheio de incertezas e complexidade. Não mostra a projeção de um caminho linear para previsões futuras com base em tendências passadas; em vez disso, descreve as possibilidades para múltiplos futuros e considera o caminho de desenvolvimento que leva a essa situação.<sup>152</sup> **Por meio da construção de cenários – uma descrição de um futuro possível – as partes interessadas são convidadas a definir uma visão compartilhada e um futuro desejado e a determinar o que essa visão significa para elas.**<sup>153</sup>

Os métodos de cenário têm sido usados no planejamento da saúde para questões relacionadas a doenças (como saúde mental, demência e doenças não transmissíveis), no planejamento da força de trabalho em saúde, na saúde pública e nos serviços de saúde.<sup>154-157</sup> Muitos governos usam cenários para o planejamento de políticas sociais e de saúde<sup>158-160</sup>; o mesmo acontece com agências da ONU, como a UNAIDS que atua em questões relacionadas ao HIV.<sup>161</sup> As 12 principais instituições de saúde globais também utilizam cenários para considerar diferentes trajetórias de progresso em direção ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde.<sup>162</sup>

**Cenários podem ser testados correlacionando-se alternativas com dados reais. Exercícios de modelagem podem ajudar a identificar opções de políticas.** Por exemplo, em 2019, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, o Escritório Regional da OMS para o Pacífico Ocidental e o Centro para o Desenvolvimento da Saúde da OMS<sup>163,164</sup> utilizaram dados da Indonésia, do Japão e da União Europeia para:

1) explorar se os padrões de gastos com saúde devem mudar nas próximas décadas como resultado do envelhecimento da população, dependendo se as pessoas envelhecem com melhor ou pior saúde; e 2) estudar os efeitos do envelhecimento da população na capacidade de arrecadar receitas para a saúde por meio de impostos de renda, impostos sobre bens e serviços, impostos sobre propriedade e contribuições sociais.

**Uma descoberta importante é que o envelhecimento populacional não é, e não se tornará, um grande impulsionador do aumento dos gastos com saúde e que o envelhecimento saudável pode gerar economias.** No entanto, o envelhecimento populacional pode apresentar desafios significativos para os sistemas de saúde, dependendo do método primário de arrecadação de receitas – por exemplo, os sistemas de saúde que dependem muito do mercado de trabalho para financiamento são particularmente suscetíveis à perda de receitas à medida que as pessoas mais velhas deixam o emprego formal. Além disso, foram identificadas diversas opções de políticas para sustentar o financiamento dos sistemas de saúde, incluindo a diversificação das fontes de receita, o aumento das taxas de contribuição e o incentivo às pessoas para trabalhar em empregos formais em idades mais avançadas. As descobertas ressaltam que os efeitos prejudiciais do envelhecimento populacional no financiamento da saúde não são inevitáveis e que a maneira como o envelhecimento populacional afeta o financiamento da saúde é uma escolha política. Esses resultados podem embasar discussões sobre o que pode ser feito com antecedência para modificar políticas e o impacto na vida das pessoas.

## Que mudanças podemos esperar até 2030?

**Três cenários são considerados de 2021 a 2030, baseados na descoberta principal de que 142 milhões de pessoas mais velhas não conseguem satisfazer algumas de suas necessidades básicas.**

Cada um descreve diferentes impactos e conjuntos de fatores determinantes, incluindo os determinantes do envelhecimento saudável e nossa capacidade de trabalhar juntos e manter o compromisso com ações prioritárias durante a Década. Os cenários descritos à direita não devem ser considerados projeções, mas sim gerar conversas e iniciar deliberações por parte de governos e partes interessadas, incluindo a sociedade civil e empresas privadas. Eles devem ser refinados, e outros cenários também podem ser pensados.

**Dos três cenários, a melhoria é um deles com o qual as partes interessadas se comprometeram na Década.** Ao promover o envelhecimento saudável ao longo da vida, em combinação com os compromissos da Agenda 2030 da ONU, esse cenário pode ainda, como objetivos políticos integrados, construir ambientes favoráveis às pessoas mais velhas, abordar as mudanças climáticas e garantir energia renovável.

---

### CENÁRIO 1

## Deterioração

Em relação ao início da medição, há um aumento significativo do número de pessoas mais velhas que não conseguem satisfazer as suas necessidades básicas – especialmente aqueles que têm poucas oportunidades, seja pela idade, gênero, localização ou outros marcadores de inclusão ou exclusão.

- Serviços de saúde e sociais para pessoas mais velhas são cortados.
- Aumento das despesas diretas com serviços sociais e de saúde.
- Uma maior proporção de famílias sofre com custos catastróficos dos serviços de saúde.
- Redução dos benefícios previdenciários.
- A resposta e a recuperação da pandemia não são inclusivas para pessoas mais velhas.
- Progresso global em ritmo desigual.

---

## CENÁRIO 2

# Estagnação

A situação permanece praticamente inalterada, com alguma deterioração. O progresso global continua em ritmo desigual.

- As despesas diretas são mantidas.
- Benefícios previdenciários permanecem inalterados, sem flexibilidade para quem deseja trabalhar mais tempo.
- Nenhuma melhoria na cobertura de serviços de qualidade e acessíveis para pessoas mais velhas.
- Legislação para abordar a discriminação com base na idade não foi introduzida nem aplicada.
- As atitudes em relação às pessoas mais velhas permanecem inalteradas.
- Recuperação tardia e inclusão desigual de pessoas mais velhas na resposta à pandemia.
- A formulação de políticas permanece isolada na maioria dos países.

---

## CENÁRIO 3

# Melhoria

Melhoria significativa refletindo a capacidade das pessoas mais velhas de atender às suas necessidades básicas em relação ao início da medição, recuperação após a pandemia e melhor acesso aos serviços.

- Cuidados integrados para pessoas mais velhas e serviços de cuidados de longa duração desenvolvidos e fornecidos como parte da UHC.
- As atitudes em relação às pessoas mais velhas mudam positivamente.
- Recuperação mais rápida e resposta inclusiva, mitigando os prejuízos causados pela pandemia.
- Melhorias aceleradas no envolvimento significativo e inclusivo das pessoas mais velhas.
- Governos, sociedade civil e setor privado trabalham juntos para otimizar a capacidade funcional.
- Melhor distribuição de investimentos globais e progresso.

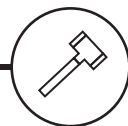
*Dos três cenários, a melhoria é um deles com o qual as partes interessadas se comprometeram na Década. Ao promover o envelhecimento saudável ao longo da vida, em combinação com os compromissos da Agenda 2030 da ONU, esse cenário pode ainda, como objetivos políticos integrados, construir ambientes favoráveis às pessoas mais velhas, abordar as mudanças climáticas e garantir energia renovável.*

## COMO GARANTIR UMA TRANSFORMAÇÃO QUE ACELERE O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL?

**Os níveis atuais de progresso e indicadores de resultados, e as melhorias com as quais nos comprometemos até 2030, convergem para a importância de acelerar ações e impactos.** Trabalhar juntos em todos os países e comunidades para construir e manter a capacidade intrínseca, prevenir e gerenciar bem as doenças existentes, respeitar as preferências e objetivos das pessoas mais velhas e aumentar o alcance de ambientes favoráveis que não deixem nenhuma pessoa mais velha para trás: tudo isso contribuirá para otimizar a capacidade funcional.

**Juntas, as colaborações podem tornar as pessoas mais velhas visíveis, resultar em ações baseadas em evidências que são defendidas por todas as partes interessadas e que podem acelerar o impacto mensurável nas vidas das pessoas mais velhas durante a Década - um caminho transformador para otimizar a capacidade funcional. É isso que a próxima seção aborda em maiores detalhes com casos de todo o mundo.**

### 3



## IMPLICAÇÕES POLÍTICAS

- A melhoria em 10 dos 10 indicadores documenta um crescente compromisso mundial com o envelhecimento saudável. No entanto, o nível de relato das informações e o ritmo do progresso precisam ser acelerados pelos Estados-Membros.
- Os compromissos assumidos pelos Estados-Membros serão monitorados coletivamente – com o objetivo de tornar as pessoas mais velhas visíveis.
- Atualmente, esses compromissos refletem as políticas e estruturas de monitoramento existentes – novos indicadores poderiam ser considerados pelos Estados-Membros e por outras partes interessadas antes dos períodos de relatórios trienais.
- Os cenários hipotéticos fornecem contribuições para as deliberações dos Estados-Membros e de outras partes interessadas; estes também oferecem um estímulo para transformar a forma como trabalhamos em conjunto, correlacionando os compromissos com resultados mensuráveis.
- A avaliação comparativa coletiva requer dados nacionais e sistemas de informação robustos para a saúde. OMS e seus parceiros fornecerão padrões e ferramentas para ajudar os países a medir o envelhecimento saudável.
- Ao longo do período de 10 anos, o monitoramento de indicadores por meio do acúmulo regular de dados em cada país revelará o que está funcionando e o que não está, e ajudará a moldar os esforços atuais e futuros com atualizações e relatórios de progresso esperados 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 a oportunidade de colaborar com a sociedade civil e as pessoas mais velhas.

---

Otimizar a capacidade funcional é essencial para um envelhecimento saudável. Garantir que todas as pessoas mais velhas tenham a capacidade de atender às suas necessidades básicas até 2030 é necessário — mas não suficiente — para atingir as metas da Década e atender às expectativas das pessoas mais velhas em todo o mundo. Trabalhar juntos determinará o que alcançaremos, não apenas para atender às necessidades básicas das pessoas mais velhas, mas também para otimizar todas as habilidades - incluindo as habilidades das pessoas mais velhas de contribuir para as famílias, comunidades e sociedades. As parcerias para a mudança criam confiança entre gerações, otimizando as oportunidades de todos para um envelhecimento saudável ao longo da vida. Garantir que evidências sustentem essas ações aumentará o impacto.

### UM OLHAR MAIS PROFUNDO SOBRE AS DIRETRIZES GLOBAIS DA OMS

#### Reunir e avaliar o conhecimento global para uma aplicação mais ampla.

As “revisões das sínteses de evidências” existentes indicam o que pode ser utilizado para avaliação posterior e revisão especializada – para identificar o que pode ser feito. Esse processo pode levar a mais orientações e recomendações para ações clínicas,

populacionais ou sistêmicas em níveis global, nacional ou local, no setor da saúde e além. Ao documentar evidências existentes, podemos reduzir o desperdício de investimento em pesquisa, já que até 85% das pesquisas<sup>165</sup> refletem duplicação de trabalho, trabalho não publicado, trabalho de baixa qualidade e trabalho que se concentra em assuntos que não são prioritários.

Na última década, a OMS desenvolveu pacotes de intervenções baseados em evidências e aprovados pelo Comitê de Revisão de Diretrizes (GRC) da OMS. As diretrizes globais fornecem principalmente recomendações sobre doenças específicas em diferentes estágios da vida. Uma análise das diretrizes e dos pacotes de evidências existentes da OMS mostra que muito poucos abordam maneiras de melhorar a capacidade intrínseca das pessoas mais velhas (em setembro de 2019).<sup>166</sup> A maioria das recomendações, que foram baseadas em evidências de força mista, se concentraram no período pré-natal e na melhoria dos resultados maternos e perinatais.

Especificamente, de todas as diretrizes aprovadas pelo GRC com recomendações sobre prevenção primária, apenas 49 poderiam ter um possível impacto na capacidade intrínseca na vida adulta, de um total de 206 em diferentes estágios da vida. A **Figura 4.1** mostra que apenas três diretrizes com um total de 14 recomendações se concentraram em pessoas idosas, principalmente





## ACELERAR O IMPACTO REQUER CONSTRUINDO EVIDÊNCIAS JUNTOS

O caminho transformador para otimizar a capacidade funcional – apresentado na Seção 1 – baseia-se nas estratégias e estruturas da OMS sobre pesquisa, tradução do conhecimento e escalabilidade. Acelerar o impacto requer compreender e priorizar o que as pessoas mais velhas precisam e desejam para que se possa agir (→ 4.1). Também requer que a liderança e a prática sejam estimuladas para que os formuladores de políticas e outros atores do governo, do setor privado, da sociedade civil e da pesquisa estejam comprometidos em implementar ações para atingir as metas ambiciosas estabelecidas na Década. Precisamos buscar inovação que impulse e sustente mudanças irreversíveis.

Esse processo envolve novos estudos, especialmente para coletar, em múltiplos locais, informações sobre capacidade funcional, capacidade intrínseca e ambientes (→ 4.2). Também exige a publicação de pesquisas sobre envelhecimento saudável para permitir o aprendizado entre países e disciplinas (→ 4.3). Além disso, os estudos de pesquisa devem ser revisados e sintetizados e as lacunas devem ser identificadas (→ 4.4). As “revisões das sínteses de evidências” existentes que abordam intervenções para melhorar a capacidade funcional revelam o estado da pesquisa disponível (→ 4.5). Por fim, incentivar o conhecimento de diversas partes interessadas, incluindo a sociedade civil, aumentará a inovação, eliminará lacunas e fornecerá novos insights que acelerarão a ação (→ 4.6).

Há uma oportunidade de garantir que pesquisas e orientações<sup>167-171</sup> produzidas em nível nacional e regional<sup>172-174</sup> sobre assuntos relevantes para o envelhecimento saudável também sejam amplamente compartilhadas e avaliadas para possível adaptação e uso em outras regiões.

É preciso incentivar intervenções que possam beneficiar pessoas mais velhas, suas famílias e comunidades, bem como expandir as intervenções já existentes para atingir mais pessoas. Isso significa não apenas o que fazer, mas também **como fazer**. Por exemplo, cada país precisa planejar para garantir que a força de trabalho em saúde e assistência social tenha as competências necessárias, incluindo competências em geriatria, para prestar serviços eficazes a pessoas mais velhas caso necessitem. Uma série de intervenções com diferentes níveis de complexidade precisam ser realizadas.

Em sistemas com escassez de força de trabalho, a delegação de funções (conhecida como transferência de tarefas) se torna importante para garantir que cada serviço seja prestado com impacto. É necessário um impulso para acelerar a pesquisa sobre a criação de intervenções que visam impactos centrados na pessoa e abordagens integradas em todos os setores, incluindo intervenções que apoiem cada uma das áreas de ação prioritárias da Década.





## ESCLARECER E DEFINIR PRIORIDADES

### Opinião das pessoas mais velhas sobre o tipo de pesquisa que deve ser financiada – a equidade e o impacto são importantes

A OMS realizou uma consulta global em 2017 com 1.700 pessoas para documentar questões importantes sobre o envelhecimento saudável que devem ser abordadas com base em um conhecimento mais amplo – por exemplo, prioridades de pesquisa. A consulta incluiu ouvir cerca de 600 pessoas mais velhas de 77 países de todas as regiões da OMS.<sup>175</sup>

#### O QUE É IMPORTANTE?

Pessoas mais velhas descreveram um problema a ser resolvido, uma questão ou uma inovação a ser abordada e os impactos esperados que consideram importantes. Alguns exemplos ligados a cada uma das áreas de ação prioritárias da Década incluem:

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

*“Qual a melhor forma de educar cuidadores formais e informais sobre o conceito de discriminação com base na idade? Para cuidadores formais e médicos, isso significa que as opções de tratamento não são descartadas simplesmente devido à idade cronológica.”*

*“Criar novas oportunidades para interações intergeracionais, especialmente para obter treinamento sobre o uso de tecnologia.”*

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

*“Como melhorar e interligar condições climáticas, riscos de poluição e infraestrutura física interna e externa para os ambientes mais amigáveis às pessoas mais velhas, melhorando a saúde e o bem-estar.”*

*Prestar cuidados e serviços de saúde primários integrados e centrados na pessoa e que sejam adequados às pessoas mais velhas.*

*“Criar e melhorar maneiras de obter feedback de pessoas mais velhas e avaliar suas necessidades de cuidados de saúde.”*

*“Aumentar o número de geriatras e outros especialistas para que não tenhamos que nos deslocar para tão longe.”*

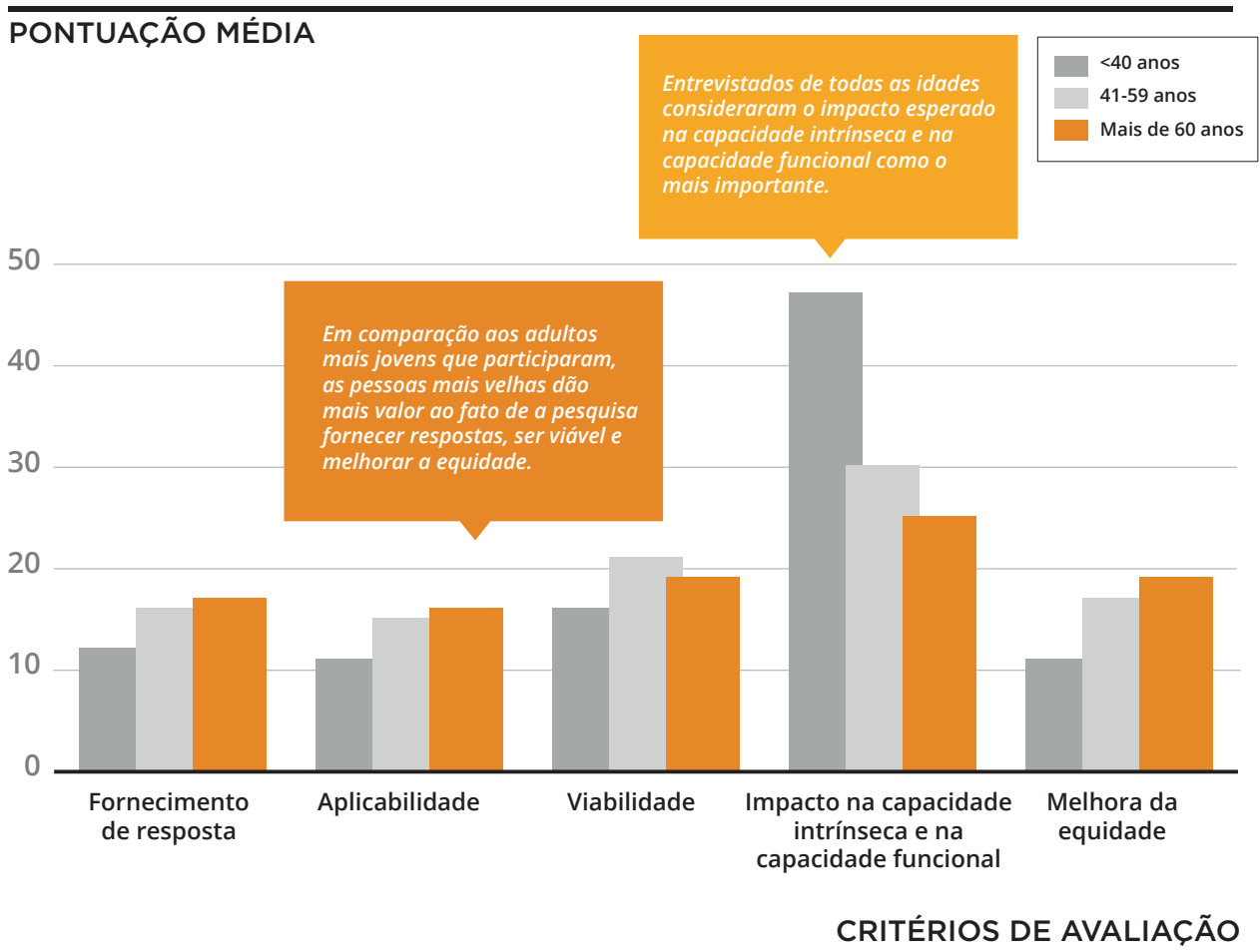
#### **Proporcionar acesso a cuidados de longa duração para pessoas mais velhas que deles necessitem.**

*“Receber cuidados domiciliares que sejam bons para mim, para que minha vida ainda possa ser produtiva.”*

*“Como o conceito de Envelhecimento Saudável também pode abordar a questão do fim da vida?”*

FIGURA 4.2

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



### O QUE DEVE SER FINANCIADO?

Foi pedido a todas as pessoas que participaram na consulta que atribuísem 100 pontos entre cinco critérios que os especialistas deveriam utilizar para decidir se uma proposta de pesquisa deveria ser financiada.<sup>176</sup> Os critérios foram: a pesquisa revelará uma resposta; quão viável é realizar a pesquisa; os resultados serão aplicáveis em uma ampla gama de cenários; a pesquisa melhorará a capacidade intrínseca e a capacidade funcional; ou a pesquisa melhorará a equidade?

Um critério com mais pontos deve receber mais peso para a análise de propostas de pesquisa futuras. A **Figura 4.2** mostra que, embora os entrevistados de todas as idades tenham considerado o impacto esperado na capacidade intrínseca e na capacidade funcional como mais importante para avaliar possíveis propostas de financiamento, as pessoas mais velhas, em comparação aos adultos mais jovens participantes, dão mais valor ao fato de a pesquisa fornecer respostas, ser viável e melhorar a equidade.



## COLETA DE DADOS COMPARÁVEIS EM VÁRIOS PAÍSES

### Estudos multinacionais da OMS apoiam o envelhecimento saudável

As pesquisas domiciliares de saúde da OMS datam de 2000 com o Multi-Country Survey Study (MCSS - Estudo de Pesquisa em Múltiplos Países) e a World Health Survey (WHS - Pesquisa Mundial de Saúde). Esses dados foram coletados sobre o estado de saúde e determinantes de mais de meio milhão de entrevistados de quase 100 países para fornecer dados internacionais verdadeiramente comparáveis.

**O Estudo da OMS sobre o envelhecimento global e a saúde do adulto (SAGE)**<sup>177</sup> é baseado na MCSS e WHS e é um estudo longitudinal representativo nacionalmente que examina a saúde, com biomarcadores na China, Gana, Índia, México, Federação Russa e África do Sul e com foco em adultos com 50 anos ou mais. O SAGE fornece dados sobre tendências no estado de saúde e determinantes ao longo do tempo. O estudo também foi criado para fornecer resultados comparáveis aos resultados obtidos em estudos sobre envelhecimento em países de alta renda. 3.4 Além disso, o SAGE é uma das únicas pesquisas domiciliares a abordar a importante relação entre saúde e bem-estar subjetivo. Três estudos nacionais (Gana, México e África do Sul) da segunda rodada do SAGE estão incluídos nesta análise inicial.

**A Pesquisa Modelo sobre Incapacidade (MDS)**<sup>178</sup> da OMS/Banco Mundial é uma pesquisa populacional geral, incluindo todas as idades, que fornece informações abrangentes e autorrelatadas sobre capacidade intrínseca e capacidade funcional. Além disso, a MDS coleta informações detalhadas e diferenciadas sobre o ambiente em que as pessoas vivem e até que ponto ele facilita ou dificulta a capacidade. A MDS Resumida, que é uma versão curta da pesquisa, foi desenvolvida para que fosse incorporada a pesquisas domiciliares existentes e aplicadas com frequência, como as pesquisas sobre força

de trabalho ou padrões de vida. Três estudos nacionais (Chile, Costa Rica e Sri Lanka) que utilizaram a MDS completa estão incluídos nesta análise inicial.

#### **Um novo esforço da OMS também deve ser expandido durante a Década: a Pesquisa Mundial de Saúde Plus.**

A World Health Survey Plus (WHS+) baseia-se no SAGE e foi criada para ser uma pesquisa domiciliar transversal ou longitudinal que examina a saúde e é representativa em nível nacional. Possui uma abordagem modular e pode ser integrada ao calendário de pesquisas previstas de um país. O exercício de coleta de dados da WHS+ é um sistema com múltiplos assuntos, múltiplas plataformas e múltiplas concepções que usa questionários padronizados, modelos de amostragem e protocolos para garantir a comparabilidade dos dados entre países e pesquisas. O design modular e flexível da WHS+ a torna adequada para coletar dados semelhantes aos do SAGE com maior eficiência. Incorpora o uso de tecnologias de telefonia móvel.

A população alvo são adultos com 18 anos ou mais. A estratégia é implementar pesquisas vinculadas a fontes de dados administrativos e institucionais e a registros de pacientes integrados aos sistemas nacionais de informação em saúde. A WHS+ usará uma metodologia robusta com uma combinação de ferramentas, tecnologia e intercâmbio técnico para criar um sistema sustentável para monitorar a cobertura universal de saúde e os ODS. **Estão sendo empreendidos esforços para garantir que os itens incluídos meçam todos os componentes e domínios do envelhecimento saudável.**



## PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DE PESQUISA SOBRE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

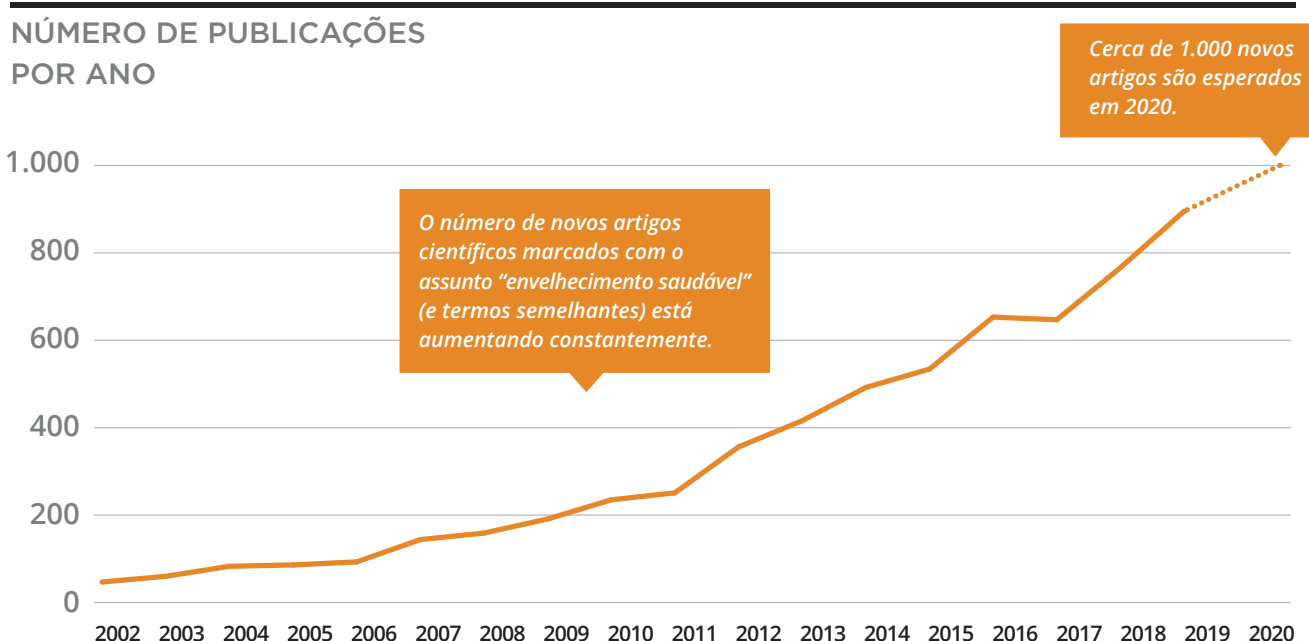
### Garantir o acesso à base de conhecimento global

Desde a aprovação do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madrid em 2002, e mais recentemente da Estratégia Global e Plano de Ação da OMS sobre o Envelhecimento e a Saúde em 2016, o número de novos artigos científicos marcados com o assunto “envelhecimento saudável” (e termos semelhantes) tem aumentado constantemente no PubMed, a maior base de dados de pesquisa e recuperação de literatura biomédica e de ciências biológicas (Figura 4.3).<sup>179</sup> Cerca de 1.000 novos artigos são esperados em 2020. No entanto, isso continua sendo uma pequena proporção de todos os artigos científicos na literatura sobre saúde. A publicação de artigos em periódicos de acesso

aberto provavelmente levará a uma acessibilidade e uso mais rápidos, necessários para acelerar o impacto. Além de artigos em periódicos revisados por pares, é importante examinar e avaliar todas as fontes de conhecimento que podem ter valor para o envelhecimento saudável. Isso inclui conhecimento gerado por uma gama mais ampla de partes interessadas (e não apenas cientistas) que podem embasar o processo de implementação das ações com impacto. Além disso, muito mais precisa ser feito na área da inovação para acelerar esse impacto. Esta é uma agenda vasta em um campo emergente e está ganhando força nos setores de pesquisa e desenvolvimento públicos e privados.

#### FIGURA 4.3

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





## SÍNTESE DAS PESQUISAS SOBRE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

### Abordagem aprimorada pela Cochrane Campbell Global Ageing Partnership

Principais etapas para melhorar a síntese de evidências sobre pesquisas relacionadas aos resultados do envelhecimento saudável, definidas com painéis públicos que incluem pessoas idosas:<sup>180</sup>

- **Alinhamento de conceitos, resultados e métricas** – capacidade intrínseca, capacidade funcional e ambientes favoráveis.
- **Incentivo e criação de sínteses de evidências** abordando tópicos identificados como prioritários e relevantes para o envelhecimento saudável ou populações mais velhas.
- **Desenvolvimento de perguntas** – questões específicas relacionadas ao envelhecimento saudável e às pessoas mais velhas devem ser consideradas, com a possibilidade de extrapolar para diversas populações e cenários.
- **Intervenções e complexidade das intervenções** – mapear as intervenções nos construtos do envelhecimento saudável (normalmente habilidades ou ambiente e seus domínios), já que a maioria das intervenções relevantes compreende mais de um componente (intervenções complexas).
- **Determinar projetos de estudo apropriados** – por meio de uma pesquisa de escopo preliminar que ajudará na identificação de tipos de projetos de estudo.
- **Resultados apropriados para o envelhecimento saudável e populações mais velhas** – os resultados são determinados com antecedência, com foco crescente no que as pessoas fazem em seu ambiente.
- **Identificação de evidências** – pesquisar uma combinação de bancos de dados gerais e especializados e empregar diversos termos de pesquisa, já que “envelhecimento saudável” é amplo.
- **Avaliação de evidências** – avaliar a qualidade metodológica e a qualidade dos relatórios no mesmo padrão de outras revisões.
- **Síntese de evidências** – incentivar o uso de métodos mistos, incluindo métodos qualitativos para compreender as características das populações, intervenções, cenários e contexto dos estudos incluídos.
- **Interpretação das evidências** – considerar as principais barreiras éticas, jurídicas, políticas, epidemiológicas, geográficas, socioeconômicas e socioculturais e os facilitadores para a implementação e sustentabilidade da intervenção.
- **Próximos passos** – estabelecer um acordo sobre “conjuntos de resultados essenciais” para o envelhecimento saudável, com base na orientação da OMS, para refletir um conjunto padronizado de resultados acordado, representando o mínimo que deve ser medido e relatado em pesquisas sobre uma condição, população ou contexto específico.





## REVISÃO DE EVIDÊNCIAS E IDENTIFICAÇÃO DE LACUNAS

### Foco na otimização da capacidade funcional

A Cochrane Campbell Global Ageing Partnership criou um “mapa de evidências e lacunas” para identificar estudos primários existentes e revisões sistemáticas de serviços de saúde e apoio social, bem como de dispositivos de assistência projetados para promover a capacidade funcional entre pessoas mais velhas que vivem na comunidade.<sup>181</sup>

O mapa de evidências e lacunas é resultado de uma busca abrangente que incluiu 11 bancos de dados e literatura cinzenta até agosto de 2018. O mapa inclui 548 estudos (120 revisões sistemáticas e 428 ensaios clínicos randomizados) e classifica intervenções e resultados usando domínios da estrutura da Classificação Internacional de Incapacidade, Saúde e Funcionalidade que estão alinhados aos domínios de capacidade funcional.

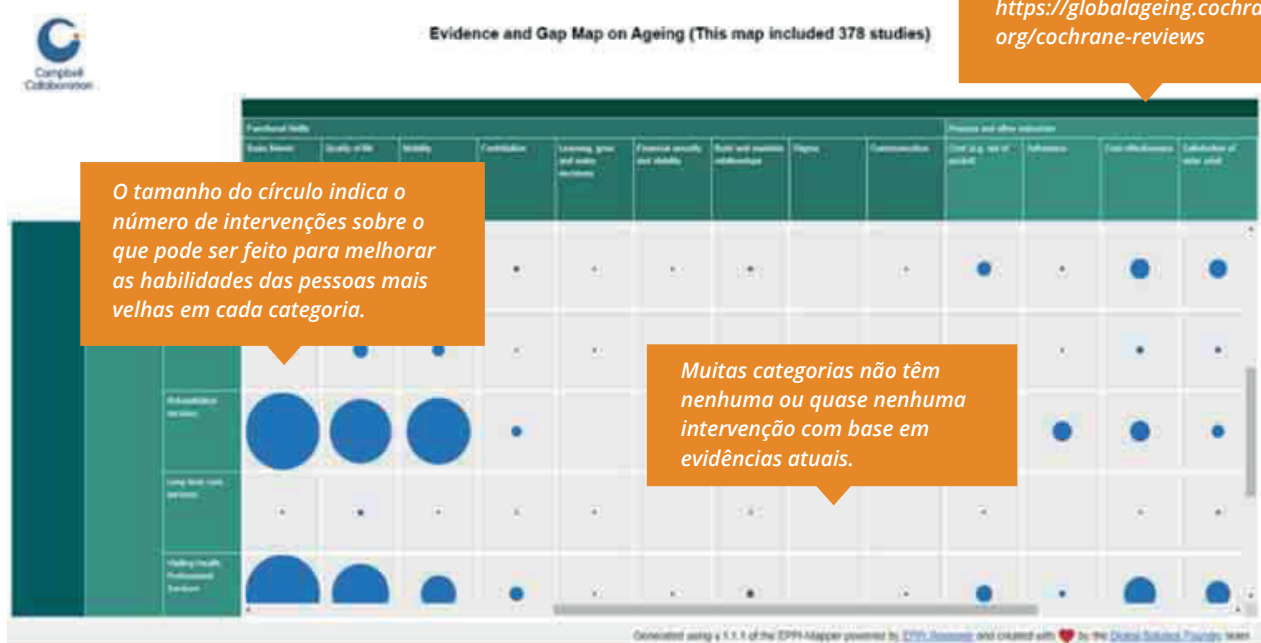
As intervenções mais comuns são a reabilitação domiciliar para pessoas mais velhas e serviços de saúde domiciliares para prevenção de doenças, geralmente

prestados por profissionais visitantes. Poucos estudos sintetizam intervenções para melhorar a mobilidade pessoal, adaptações de edifícios, apoio familiar ou apoio pessoal. Os domínios mais comumente medidos da capacidade intrínseca são a capacidade cognitiva e a capacidade física; enquanto que, para a capacidade funcional, alguns aspectos de atendimento às necessidades básicas e mobilidade são abordados. Isso corrobora os dados usados em 42 países na Seção 2.

A maioria das revisões sistemáticas (cerca de 60%) foi classificada como baixa ou criticamente baixa quanto à qualidade dos métodos. Poucos estudos avaliam resultados em domínios como participação social, segurança financeira ou comunicação. Avaliações em outros domínios precisam ser fortalecidas – particularmente intervenções para permitir que uma pessoa tenha mobilidade; aprenda, cresça e tome decisões; e construa e mantenha relacionamentos.

**FIGURA 4.4**

### Mapa interativo de lacunas de evidências





## ENVOLVA UMA AMPLA GAMA DE PARTES INTERESSADAS

### Avaliar estratégias e intervenções

A Federação Internacional sobre o Envelhecimento reuniu lições sobre maneiras de melhorar as estratégias de comunicação sobre vacinação ao público mais velho.

A imunização é uma das intervenções de saúde pública mais eficazes contra doenças infecciosas, ficando atrás apenas da água potável e do saneamento.<sup>182</sup> Apesar dos programas e campanhas nacionais de vacinação programados para otimizar a proteção em todas as idades, as taxas de cobertura entre pessoas mais velhas continuam geralmente baixas. Dada a subutilização da vacinação entre o público em geral – e, mais importante, entre aqueles em maior risco – há uma necessidade urgente de melhorar as mensagens e campanhas voltadas às pessoas que estão tomando medidas para serem vacinadas.

*Changing the conversation on adult vaccination* (Mudando a conversa sobre a vacinação de adultos) é um conjunto de trabalhos do programa Vaccines4life, com que analisou o conteúdo, a estrutura e os métodos de divulgação das mensagens da campanha de vacinação contra a gripe em 10 países, em resposta ao que parece ser uma relativa falta de atenção à comunicação com os grupos-alvo de maior risco.<sup>183</sup>

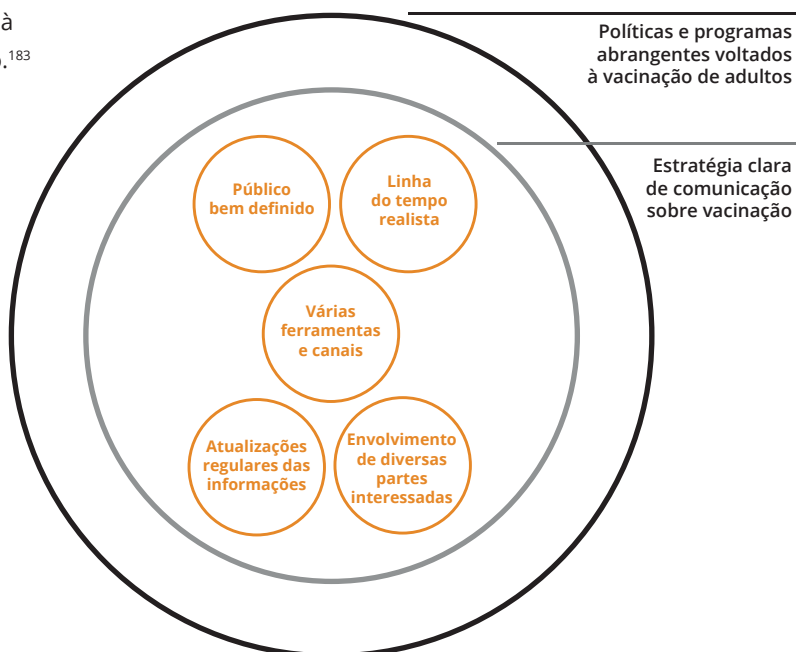
A IFA Framework for effective adult vaccination campaigns (Estrutura da IFA para campanhas eficazes de vacinação de adultos) visam disponibilizar informações aos formuladores de políticas e outras partes interessadas sobre uma comunicação de saúde pública mais eficaz no que diz respeito à vacinação de adultos e, assim, ajudar a melhorar as taxas de adesão.

Uma das observações mais importantes é a “universalidade das mensagens”, especialmente das contidas em portais governamentais, para

as pessoas em maior risco. A uniformidade das mensagens e a tendência de distribuir a maior parte das informações por meio de canais on-line não levam em consideração os diferentes níveis de risco, o letramento em saúde nem as populações que não têm acesso à internet. *Mensagens personalizadas* de acordo com as necessidades de pessoas e grupos específicos são amplamente ignoradas pelas campanhas. A maioria do público recebe informações passivamente a partir de diferentes canais, mas tem pouca oportunidade de fazer perguntas de forma interativa.

O aprendizado obtido com este estudo multinacional contribuirá para orientar estratégias de vacinação para que atinjam pessoas mais velhas não apenas contra a gripe, mas também contra outras doenças preveníveis por vacinação na terceira idade.

**FIGURA 4.5**  
Estrutura para campanhas eficazes de vacinação de adultos<sup>183</sup>



## ACELERAR O IMPACTO REQUER

# APRENDENDO COM AS PRÁTICAS DOS PAÍSES

Embora conceitos e estratégias endossados em nível global sejam importantes, o foco deve estar em ações reais que engajam as pessoas mais velhas, nos países e comunidades. Isto é essencial para o apelo da OMS de implementar intervenções que tenham impacto mensurável na vida das pessoas e para o objetivo da Década de otimizar a capacidade funcional das pessoas mais velhas.

Aplicando o **caminho transformador (Figura 1.2)** para otimizar a capacidade funcional, apresentado na Seção 1, evidências, casos e programas coletados ao redor do mundo são usados para ilustrar cada um dos componentes do caminho.

### Como essas narrativas foram montadas?

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

1. identificação e compilação pelas partes interessadas, incluindo mais de 350 casos;
2. revisão e seleção por especialistas, refletindo os critérios acordados; e
3. refinamento de acordo com a capacidade e o componente ilustrado.

A Cochrane Campbell Global Ageing Partnership identificou revisões de evidências existentes e mapeou-as para a carga da doença (**Anexo 6**), os cinco domínios da capacidade funcional e cada uma das quatro áreas de ação prioritárias da Década como exemplos de evidências atuais (**Anexo 7**).

O foco são cinco narrativas sobre a aceleração das habilidades de pessoas idosas para cada domínio de capacidade funcional, a saber:

- Capacidade de atender às necessidades básicas;
- Capacidade de aprender, crescer 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 ações entre as partes interessadas. Muitas ações são lideradas pela sociedade civil, algumas pelo setor da saúde e muitas por outros setores ou múltiplos setores, incluindo a saúde, que têm metas e objetivos em comum.

Embora estas não sejam recomendações da OMS, cada narrativa ilustra uma série de compromissos, atividades e impactos e reconhece que os cinco domínios da capacidade funcional estão inter-relacionados. Há muitas lacunas. Contudo, diversos programas relevantes que antes excluíaam pessoas mais velhas agora estão ampliando seu escopo. Alguns casos são pilotos ou programas que ainda precisam ser avaliados.





# CAPACIDADE DE ATENDER ÀS **NECESSIDADES BÁSICAS**

A incapacidade das pessoas mais velhas de atender às suas necessidades básicas pode ser tanto uma causa quanto um efeito da capacidade reduzida.



1



## ESCLAREÇA as áreas de atuação

### As áreas importantes para ação incluem:

- Garantir a segurança financeira;
- Garantir moradia adequada;
- Garantir uma alimentação balanceada;
- Garantir acesso aos serviços de saúde e assistência social;
- Garantir meios e apoio para a realização de tarefas básicas;
- Atender à necessidade de segurança pessoal (capaz de evitar ferimentos e lesões).



2



## IDENTIFIQUE

### as intervenções e evidências que podem ajudar

Concentrar-se em uma área, garantindo moradia adequada e a sensação de segurança na própria casa, é um componente importante para atender e gerenciar as necessidades básicas das pessoas mais velhas. Modificações na casa são um método baseado em evidências para reduzir riscos no ambiente doméstico e permitir que as pessoas mais velhas envelheçam em segurança. Modificações comuns em residências incluem instalação de corrimãos, adaptação de banheiros e instalação de tecnologia de casa inteligente. As modificações devem ser acessíveis do ponto de vista financeiro.

Uma revisão recente (2017) de 36 estudos de modificação residencial 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 casos em que pessoas mais velhas apresentaram maiores declínios nas capacidades, descobriu-se que as modificações na casa reduziram a taxa de declínio ao longo de um período de dois anos.

Também há fortes evidências de que modificações na casa podem reduzir o risco e o medo de quedas em pessoas mais velhas. Um estudo que combinou terapia ocupacional com avaliação e remoção de riscos em casa constatou uma redução de 36% nas quedas. As modificações em casa não beneficiam apenas as pessoas mais velhas; elas também podem ajudar nas estratégias de enfrentamento dos cuidadores, resultando em menos horas gastas cuidando de seus entes queridos e um maior senso de autoeficácia e satisfação. As pessoas mais velhas devem participar da decisão e concordar com as mudanças. Uma vez instaladas as modificações na casa, é provável que as pessoas mais velhas façam pleno uso delas, com taxas de adesão de 70 a 80%.<sup>184</sup>

***As intervenções são mais eficazes quando combinadas com uma avaliação abrangente das necessidades, objetivos e ambiente da pessoa, bem como um plano para reduzir obstáculos e treinamento com suporte contínuo para usar as modificações.***<sup>184</sup>



## PENSE E ANALISE

### o que pode ser feito

Famílias com pessoas mais velhas correm maior risco de incorrer despesas catastróficas com saúde (quando os pagamentos diretos são superiores ou iguais a 40% do rendimento da família depois de as necessidades básicas terem sido satisfeitas) em comparação com as que não têm.<sup>185-187</sup>

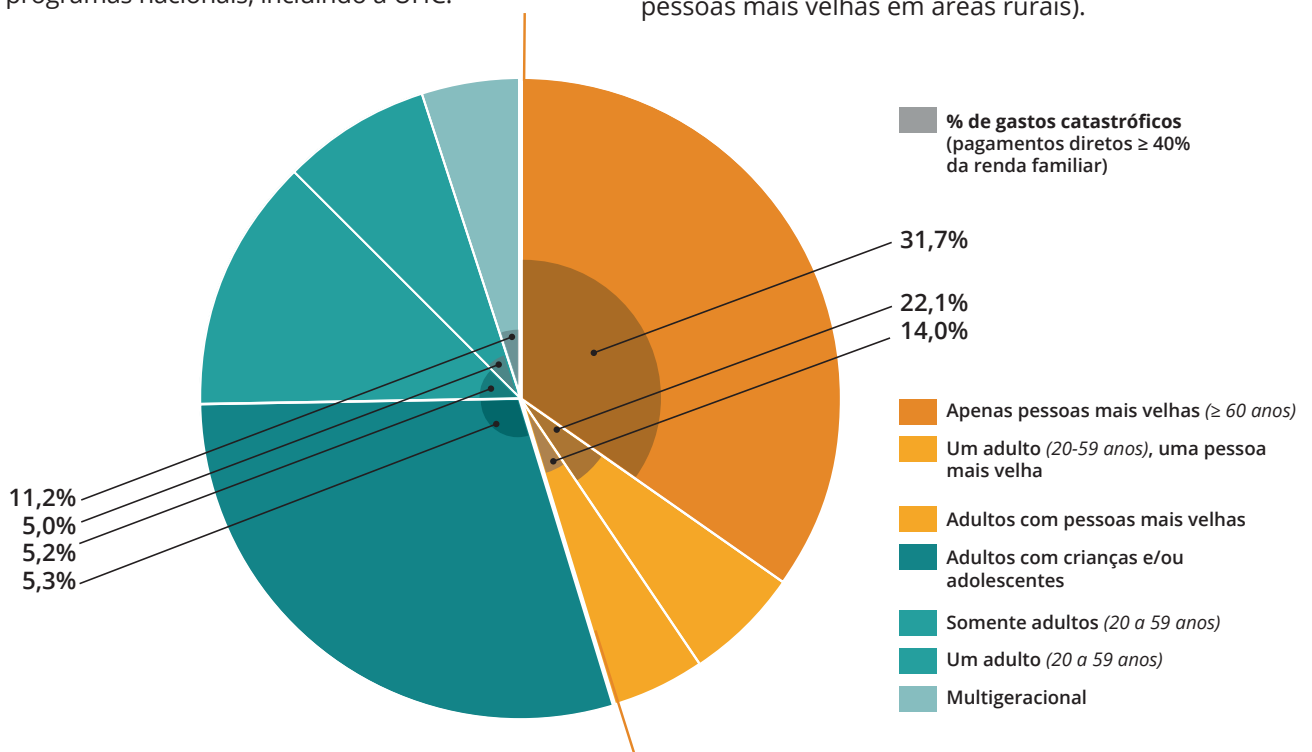
A **Figura 4.6** documenta isso na Letônia<sup>188</sup>, onde mais de 40% dos domicílios incluem pelo menos uma pessoa idosa. A incidência de gastos catastróficos é maior em famílias que têm apenas pessoas mais velhas (32%), seguidas de famílias com um adulto com mais de 60 anos e outro com menos de 60 anos (22%),<sup>162</sup> contribuindo assim para o seu empobrecimento.<sup>189</sup> Despesas catastróficas podem forçar as pessoas mais velhas a reduzir outras despesas básicas, como alimentação ou abrigo. Abordagens universais, políticas direcionadas e financiamento são necessários para garantir segurança financeira e acesso equitativo aos serviços de saúde. Essas informações apontam para uma área de ação e as pessoas mais velhas devem ser integradas em programas nacionais, incluindo a UHC.

A importância de incluir as pessoas mais velhas na UHC para permitir o acesso a serviços de saúde eficazes sem incorrer em dificuldades financeiras é relevante para todos os países.<sup>190</sup>

**O Senegal** introduziu o Plano Sésamo, que visa fornecer acesso a serviços públicos de saúde a todos os cidadãos senegaleses com 60 anos ou mais, sem taxas de utilização adicionais. Quase metade de todas as pessoas mais velhas senegaleses está inscrita no Plano Sésamo<sup>191</sup> e tem acesso a consultas, medicamentos e serviços hospitalares.

**A Botsuana** adotou uma abordagem diferente para reduzir as despesas catastróficas com a saúde em famílias com membros de mais de uma geração, permitindo que os funcionários públicos incluíssem seus pais mais velhos em seus planos de saúde custeados pelo governo.<sup>192</sup> Isso foi implementado nacionalmente.

Uma avaliação mais aprofundada desses programas, e de programas em outros países, ajudaria a entender quem não está inscrito ou coberto pelos serviços (como pessoas mais velhas em áreas rurais).





## APRENDA como isso pode ser feito

Muitos países estão implementando sistemas de cuidados em longo prazo que podem otimizar a capacidade funcional de pessoas com capacidade intrínseca reduzida, mantendo sua dignidade e direitos humanos. Experimentar um novo sistema de assistência em pequena escala com uma avaliação robusta permite entender o que funciona e o que não funciona antes de implementá-lo nacionalmente.

**Experimentar um novo sistema de assistência em pequena escala com uma avaliação robusta permite entender o que funciona e o que não funciona antes de implementá-lo nacionalmente.**

Em 2018, a Federação Russa lançou um sistema piloto de cuidados em longo prazo em seis regiões. Após o aprendizado da fase inicial, o piloto foi expandido para 18 regiões. Os departamentos governamentais colaboraram com uma instituição filantrópica especializada em envelhecimento, a Starost v Radost, para implementar e avaliar o piloto.<sup>193</sup>

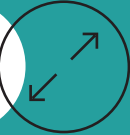
Mais de 54.600 pessoas nas regiões piloto receberam apoio do sistema, 13 regiões revisaram os padrões de prestação de serviços e adotaram regulamentações atualizadas, e mais de 5 mil pessoas foram treinadas na faculdade de enfermagem.

### As etapas básicas para implementar cuidados em longo prazo na Rússia incluem:

- identificar pessoas que necessitam de cuidados de longa duração;
- avaliar o grau de necessidade de cuidados e atribuir um pacote de cuidados correspondente;
- treinar profissionais de saúde e assistência social e voluntários para fornecer novos pacotes de cuidados;
- apoiar os familiares informando-os sobre os serviços de assistência e ensinando noções básicas de assistência domiciliar.

À medida que os programas de cuidados de longa duração se expandem, é importante que as pessoas tenham acesso igualitário, independentemente de onde vivem, garantindo que ninguém fique para trás.<sup>194</sup>

5



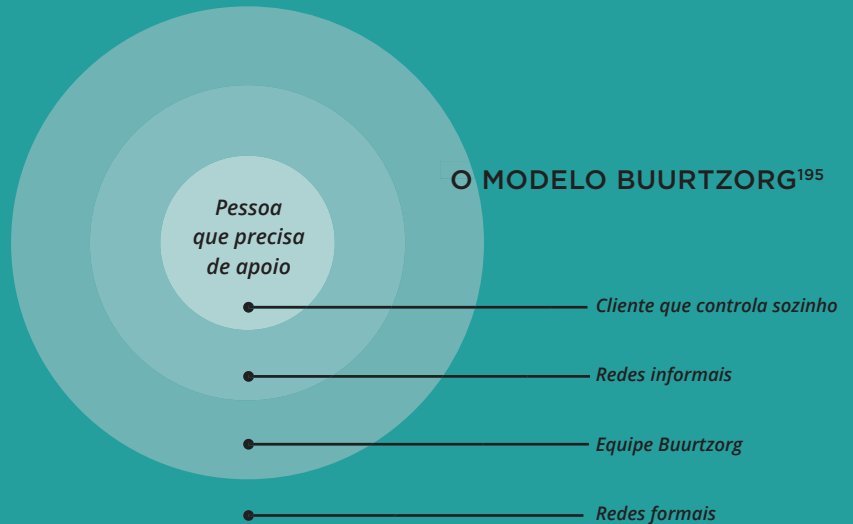
## ALCANCE

### ampliar e não deixar ninguém para trás

Modelos novos e inovadores de atendimento domiciliar podem melhorar a capacidade funcional de pessoas mais velhas, mantendo os custos baixos. O atendimento domiciliar pode garantir que as pessoas mais velhas possam envelhecer no local enquanto suas necessidades básicas, incluindo nutrição, são atendidas.

Buurtzorg (ou “cuidados no bairro”) é uma organização holandesa que organiza equipes de 12 profissionais de enfermagem que prestam cuidados a um bairro de 50 a 60 pessoas.<sup>195</sup> Como equipes autônomas, os profissionais de enfermagem realizam todas as tarefas de cuidado, incluindo aquelas tradicionalmente atribuídas a profissionais de saúde com salários mais baixos, e criam parcerias com serviços comunitários e clínicos gerais. Os profissionais de enfermagem do programa custam mais por hora do que os cuidados tradicionais (por exemplo, serviços de assistência domiciliar fornecidos por organizações de assistência domiciliar contratadas com companhias de seguros financiadas pelo governo). No entanto, menos horas são necessárias, resultando em economia. Pessoas mais velhas apresentam níveis mais altos de satisfação do que com os cuidados tradicionais e são menos propensas a usar serviços hospitalares de emergência.

Buurtzorg começou com uma equipe de quatro profissionais de enfermagem em um bairro. Eles agora empregam mais de 10 mil profissionais



de enfermagem em 800 equipes. Novas equipes são criadas por profissionais da área que se candidatam à Buurtzorg para montar uma equipe em seu bairro, semelhante a uma franquia. Novas equipes recebem suporte intensivo com a orientação de um coach especialista para garantir que compartilhem a visão da organização e tenham um senso de propriedade.

Buurtzorg começou com uma equipe de quatro profissionais de enfermagem em um bairro.

Eles agora empregam mais de 10 mil profissionais de enfermagem em 800 equipes. A organização expandiu seu escopo na Holanda adicionando serviços para pessoas mais velhas com necessidades variadas – incluindo cuidados domésticos, fisioterapia, terapia ocupacional, serviços comunitários de saúde mental e apoio a famílias e jovens. Essas iniciativas são criadas em resposta às necessidades locais e foram lideradas pelos próprios enfermeiros, funcionários e médicos do Buurtzorg. Além disso, o modelo foi implementado em outras partes da Europa (por exemplo, Áustria, Alemanha, Rússia, Suécia, Reino Unido), Ásia (por exemplo, China, Índia, Japão) e EUA.

O modelo contém quatro componentes principais (veja acima) e demonstrou que uma abordagem colaborativa ascendente pode resultar na ampliação dos serviços de atendimento domiciliar.



## ACELERAR O IMPACTO

### atingir objetivos dentro de um prazo

A República da Irlanda pretende que “cada condado da Irlanda seja um ótimo lugar para envelhecer”. O seu Programa Age Friendly Ireland (Irlanda Amiga da Pessoa Idosa) foi lançado em 2018, quando a Irlanda se tornou o primeiro país amigo das pessoas mais velhas a ser reconhecido pela OMS.<sup>196</sup>

O programa amigo das pessoas mais velhas aborda oito áreas-chave para viver bem na velhice:

- moradia,
- transporte,
- participação social,
- inclusão,
- participação cívica,
- comunicação,
- apoio comunitário e serviços de saúde, e
- espaços ao ar livre e edifícios.


Todas as 31 áreas de autoridade local da República da Irlanda se comprometeram em criar uma sociedade inclusiva e equitativa, na qual as pessoas mais velhas podem viver vidas plenas e saudáveis. A Age Friendly Ireland apoia e fornece orientação técnica a cada autoridade local. É responsável por fortalecer e incorporar programas locais; ampliar e replicar as melhores práticas; medir, monitorar e compartilhar o aprendizado; e formular políticas nacionais.

O modelo da Age Friendly Ireland combina uma abordagem participativa ascendente nos níveis local e comunitário com comprometimento e recursos políticos ascendentes e liderados por agências (Figura 4.7). As opiniões das pessoas mais velhas estão no centro deste programa, sendo que conselhos de pessoas mais velhas são representados em nível local e nacional.

**FIGURA 4.7**

### Estrutura da Programa Age Friendly Ireland





# CAPACIDADE DE **APRENDER,** **CRESCER E** **TOMAR** **DECISÕES**

O crescimento pessoal contínuo – mental, físico, social e emocional – é importante para permitir que as pessoas mais velhas façam o que valorizam. Além disso, a capacidade de tomar decisões é fundamental para o senso de controle.







## ESCLAREÇA as áreas de atuação

### As áreas importantes para ação incluem:

- Desafie atitudes e estereótipos negativos;
- Promova o letramento de pessoas mais velhas;
- Invista em oportunidades acessíveis para aprendizado e crescimento ao longo da vida;
- Facilite a escolha e o controle.



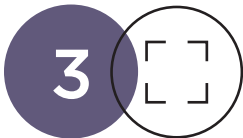
## IDENTIFIQUE

### as intervenções e evidências que podem ajudar

Promover a aprendizagem ao longo da vida pode melhorar o bem-estar, a conexão social e a saúde física e mental das pessoas mais velhas, bem como outros resultados. Os benefícios também incluem a busca por interesses e objetivos pessoais – um elemento-chave para um envelhecimento saudável. Uma revisão abrangente dos programas de aprendizagem na terceira idade em todo o mundo identificou muitos programas e atividades de aprendizagem informais, como as Universidades da Terceira Idade (U3A).<sup>197</sup>

Os programas apresentaram evidências de melhorias na satisfação com a vida, qualidade de vida, estado de saúde (incluindo aptidão física e bem-estar psicológico) das pessoas mais velhas, extensão das redes de apoio social, estratégias de enfrentamento e outros resultados significativos<sup>197</sup> – como diminuição dos sintomas depressivos<sup>198</sup> e afeto negativo<sup>199</sup>, redução de casos de negligência<sup>200</sup>, melhora na busca de informações, melhora do equilíbrio emocional, aumento das atividades sociais<sup>199</sup> e melhora da qualidade de vida<sup>201</sup>. As oportunidades de aprendizagem ao longo da vida podem combater as atitudes negativas das pessoas mais velhas em relação ao envelhecimento e aumentar a autopercepção positiva – um impacto fundamental para a Década<sup>199</sup>.

Há também evidências sobre maneiras de permitir que pessoas mais velhas tomem decisões sobre sua saúde. Uma revisão Cochrane de três estudos sobre intervenções destinadas a envolver pessoas idosas com diversas condições concluiu que os participantes eram mais propensos a perceber que os seus cuidados estavam alinhados com as suas prioridades (nível moderado de evidência).<sup>202</sup> Outras avaliações em uma ampla gama de contextos aumentarão a compreensão global de como estender o aprendizado ao longo da vida e manter a independência e a autonomia das pessoas mais velhas.



## PENSE E ANALISE

### o que pode ser feito

Algumas cidades estão testando maneiras criativas para que pessoas mais velhas aprendam e cresçam. Em Gotemburgo, na Suécia, o projeto Life Filming explora as histórias e as perspectivas de pessoas mais velhas e ensina letramento tecnológico.<sup>203</sup> Por meio de um workshop de cinco semanas, os participantes mais velhos se tornam cineastas: aprendem a usar um tablet e uma câmera e a empregar técnicas de fotografia e filme. Eles usam esse conhecimento para **criar e discutir seus próprios curtas-metragens e fotografias que retratam o mundo através de suas perspectivas**. Cerca de 120 pessoas mais velhas participaram das oficinas até agora.

**A Life Filming também forneceu a Gotemburgo uma fonte única de feedback sobre as formas como a cidade poderia tornar-se mais amiga da pessoa mais velha.**<sup>204</sup> Em 2016, em parceria com

o centro de desenvolvimento da cidade (Senior Gothenburg) e a unidade de promoção da saúde, pessoas mais velhas filmaram imagens e filmes sobre o tema “ambiente ao ar livre”.

**As imagens e filmes que elas criaram retratavam as dificuldades que encontravam em seus próprios ambientes urbanos e como esses ambientes poderiam ser melhorados.** A Life Filming adota uma abordagem criativa ao modelo de aprendizagem ao longo da vida, que também pode fortalecer as vozes das pessoas mais velhas e aprimorar outros domínios de capacidade funcional. Abordagens inovadoras devem ser incentivadas ao elaborar programas de aprendizagem ao longo da vida. Os programas devem ser avaliados a partir da perspectiva das pessoas mais velhas e de como elas podem contribuir para a sociedade.

**As pessoas mais velhas não são os temas dos filmes, mas sim os cineastas, o que lhes dá a oportunidade de apresentar seus pontos de vista.**

# 4



## APRENDA como isso pode ser feito

Práticas baseadas em evidências de outros cenários podem fornecer insights sobre a melhor forma de facilitar a escolha e a autonomia para pessoas mais velhas, incluindo o gerenciamento do autocuidado e o uso de serviços de saúde. No entanto, é preciso avaliar sua eficácia em cada novo cenário. O Departamento de Saúde Pública do Reino da Arábia Saudita implementou “passaportes de saúde para pessoas mais velhas” em todos os centros de atenção primária à saúde. As experiências de cerca de 2 mil pessoas mais velhas, entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020, contribuíram para as avaliações.

Com base no conceito de passaportes de saúde utilizados em outros contextos, os passaportes de saúde das pessoas mais velhas contêm dados individuais.<sup>205,206</sup>

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

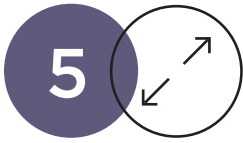
Ao colocar essas informações em um “passaporte” prático que as pessoas mais velhas carregam, o projeto visa ajudar essas pessoas a discutir seus planos de saúde e cuidados com provedores, familiares e amigos, tomar suas próprias decisões sobre sua saúde e aprender sobre práticas de estilo de vida saudáveis.

---

**Facilitar a escolha e a autonomia de pessoas mais velhas pode muitas vezes ser aprendido com base em práticas baseadas em evidências de outros cenários. No entanto, é preciso avaliar sua eficácia em cada novo cenário.**

---

Foi formada uma equipe de profissionais clínicos e de pesquisa para desenvolver versões do passaporte de saúde e foi formada uma equipe de médicos de cuidados primários e enfermeiros para distribuir os passaportes.<sup>207</sup> Antes e depois da implementação, questionários semiestruturados foram aplicados a pessoas mais velhas e cuidadores. Eles avaliaram a experiência das pessoas mais velhas com os serviços de saúde e o conhecimento sobre sua saúde e identificaram barreiras ou facilitadores no uso dos serviços. O objetivo é apoiar as pessoas mais velhas a tomarem decisões sobre sua própria saúde.



## ALCANCE

### ampliar e não deixar ninguém para trás

Investir em programas que ensinam habilidades de letramento digital para pessoas mais velhas pode proporcionar oportunidades de aprendizado e crescimento ao longo da vida. Muitas pessoas mais velhas identificaram isso como uma prioridade de pesquisa na consulta global da OMS de 2017.

+Simple é um programa de letramento digital em Buenos Aires, Argentina, que oferece às pessoas mais velhas cursos on-line e presenciais sobre habilidades digitais, além de tablets gratuitos com a plataforma +Simple.

Essa plataforma é uma interface pensada para que a pessoa idosa possa acessar notícias, jogar, conectar-se a redes sociais, comunicar-se com familiares e amigos, fazer aulas e namorar on-line.<sup>208</sup> Os usuários também podem usar o +Simple para aprender sobre sua saúde e gerenciar medicamentos e consultas, facilitando a tomada de decisões sobre seus cuidados de saúde. Pessoas idosas participam de um curso de letramento digital de duas horas em uma das 40 salas de aula digitais para aprender a utilizar tablets e aplicativos na plataforma +Simple.<sup>209</sup>

**Entre 2016 e meados de 2020, o programa distribuiu mais de 130.500 tablets e formou quase 65 mil pessoas mais velhas, atingindo 21% da população com mais de 60 anos.**<sup>210</sup>

A rápida expansão foi facilitada por meio de financiamento e parcerias governamentais, inclusive com empresas privadas que desenvolveram e entregaram os produtos, e

instituições locais que forneceram espaços para treinamento digital.

O programa promoveu o objetivo de não deixar ninguém para trás na expansão.

**Com base no feedback constante dos usuários,** a plataforma foi ampliada para atender às necessidades adicionais das pessoas mais velhas.<sup>210</sup> Inclui **recursos, como jogos de cartas populares, um aplicativo de compartilhamento de receitas, um aplicativo de namoro on-line e um mapa de locais acessíveis na cidade e farmácias próximas.**<sup>208,210,211</sup> Parcerias entre diferentes ministérios do governo (por exemplo, social, desenvolvimento, educação, ciência e tecnologia) e partes interessadas tornaram essas inovações possíveis. As salas de aula digitais +Simple também usaram simulações em tablets para ensinar as pessoas mais velhas a usar caixas eletrônicas para sacar dinheiro de suas contas de aposentadoria.<sup>212</sup>

Em 2019, o +Simple foi lançado como um aplicativo Android para que mais pessoas idosas pudessem acessá-lo em seus smartphones, resultando no aumento do uso.<sup>213</sup>



## ACELERAR O IMPACTO

### atingir objetivos dentro de um prazo

As avaliações dos programas das Universidades da Terceira Idade (U3As) mostram um 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 Universidade para Idosos (UfS) da Universidade Americana de Beirute (AUB), no Líbano, começou em 2010 após uma extensa pesquisa sobre programas U3A na França e nos EUA e em resposta às necessidades das pessoas mais velhas no Líbano. Desde então, a UfS cresceu de 100 para 600 membros por ano, permitindo que cerca de 2 mil pessoas mais velhas assistissem a palestras, viajassem em programas culturais e se conectassem de forma intergeracional com estudantes mais jovens. Os alunos da UfS têm entre 50 e 95 anos e possuem diversas origens e níveis educacionais. Em um estudo qualitativo do programa, os participantes descreveram os muitos benefícios sociais, cognitivos e psicológicos que tinham experimentado, incluindo o aumento da motivação e da felicidade.<sup>214</sup>

O programa da UfS envolve a colaboração das partes interessadas com administradores e funcionários da AUB, especialistas em envelhecimento e aprendizagem ao longo da vida e comitês de representantes dos membros da UfS — as próprias pessoas mais velhas — todos os quais fornecem informações sobre políticas e procedimentos. Ao institucionalizar oficialmente a UfS por meio dessas políticas e integrar totalmente os membros da UfS ao campus e à vida comunitária da AUB, o programa garante sua sustentabilidade. Devido ao envolvimento intergeracional da UfS, os alunos da AUB matricularam seus próprios pais e parentes mais velhos na UfS; como resultado, as pessoas mais velhas são acolhidas em espaços que antes eram designados aos jovens. O programa da UfS, incluindo seu alcance nas mídias sociais, foi replicado e adaptado para criar uma UfS em Belém.

#### PRÓXIMOS PASSOS

*A UfS está trabalhando para ampliar ainda mais as suas atividades com uma campanha nacional contra o preconceito contra a idade e defesa de pessoas mais velhas em comunidades de vida assistida ou que não podem sair de casa.*





# CAPACIDADE DE TER MOBILIDADE

Alterações nas capacidades físicas e mentais, que são comuns na velhice, podem limitar a mobilidade.

No entanto, a capacidade pode ser desenvolvida e os ambientes têm o poder de ampliar o que uma pessoa consegue fazer.







## ESCLAREÇA as áreas de atuação

### As áreas importantes para ação incluem:

- Fortalecer o que as pessoas mais velhas podem fazer – a sua capacidade intrínseca de se movimentarem
- Fornecer tecnologia assistiva para auxiliar a mobilidade
- Reduzir barreiras no ambiente construído
- Projetar habitações e bairros que permitam o envelhecimento no local
- Melhorar a disponibilidade e acessibilidade do transporte sustentável
- Criar oportunidades para que as pessoas mais velhas participem.



## IDENTIFIQUE as intervenções e evidências que podem ajudar

Uma das primeiras maneiras de permitir que as pessoas cheguem aonde precisam é fortalecer sua capacidade de se movimentar. Isso inclui prevenir quedas e ferimentos causados por quedas e lidar com o medo de quedas, pois tudo isso pode limitar a mobilidade das pessoas mais velhas. Geralmente, as pessoas mais velhas devem ter a capacidade de dirigir, caminhar ou usar transporte público para chegar onde desejam ir.

As intervenções geralmente incluem exercícios de fortalecimento de força, equilíbrio, coordenação, flexibilidade e aptidão aeróbica. Os exercícios podem ser supervisionados, não supervisionados ou combinados, acompanhados por profissionais de saúde, profissionais do exercício ou voluntários treinados, e a avaliação mostra alto impacto na redução de quedas e lesões relacionadas. Por exemplo, exercícios de equilíbrio e funcionais reduzem a taxa de quedas em 24% e o número de pessoas que sofrem uma ou mais quedas em 13%. O Tai Chi também pode reduzir em 20% o número de pessoas que sofrem quedas.<sup>215</sup>

A busca proposital da Cochrane Campbell Global Ageing Partnership revela revisões de evidências moderadas a fortes de programas de exercícios, intervenções de modificação domiciliar, terapia ocupacional domiciliar e comunitária e esquemas de alta precoce assistida.

***A OMS planeja lançar o Step Safety em 2021, uma atualização das evidências sobre prevenção e gerenciamento de quedas, incluindo pessoas mais velhas e um kit de ferramentas práticas.***



## PENSE E ANALISE

### o que pode ser feito

Muitos países estão fazendo progressos para melhorar o acesso das pessoas mais velhas ao transporte e reduzir as barreiras no ambiente construído. Embora algumas cidades tenham realizado programas piloto e implementado esses programas, muito poucas fornecem informações específicas sobre o tamanho do efeito – ou impacto mensurável – nas capacidades das pessoas mais velhas. Informações sobre o impacto seriam úteis para outras áreas que desejam implementar programas semelhantes. No entanto, vários programas demonstram que é possível fornecer um ambiente seguro, protegido, acessível e bem conectado para pessoas mais velhas. Por exemplo:

### CIDADE DE HADANO, JAPÃO

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

### RENNES, FRANÇA

Le mobilier urbain au banc d’essai in Rennes, França, envolveu pessoas mais velhas e pessoas com deficiência para examinar os assentos disponíveis nos locais públicos de Rennes e recomendar como adaptá-los às necessidades de pessoas com capacidade reduzida. As recomendações foram integradas ao orçamento da cidade e estão sendo feitos ajustes.<sup>217</sup>

### VALPARAÍSO, CHILE

O Centro Gerópolis da Universidade de Valparaíso, Chile, está em parceria com a autoridade sanitária do município e pessoas mais velhas para criar o “Observatório Comunitário de Gestão e Controle de Informação Territorial”. O resultado dessa colaboração é uma plataforma de crowdsourcing chamada DIMEapp (veja abaixo), na qual pessoas mais velhas podem relatar problemas ambientais que afetam a mobilidade e a acessibilidade e criar uma visão geral do ambiente municipal. Este é um exemplo de uso de dados em tempo real e geolocalização para facilitar a capacidade funcional, já que as pessoas mais velhas estão envolvidas em todas as etapas do processo, desde o mapeamento da acessibilidade ambiental até o desenvolvimento de aplicativos.<sup>218</sup> As informações são usadas para ajudar a agilizar a priorização, o gerenciamento de casos e o monitoramento de problemas de acessibilidade pelo governo local e pela comunidade. O objetivo é garantir que os ambientes sejam mais acessíveis para as pessoas mais velhas e a comunidade em geral. A intenção é que o aplicativo e as informações nele contidas capacitem as pessoas mais velhas a lutar por mudanças nas questões ambientais que as afetam.





## AVALIE como isso pode ser feito na prática

Os países estão avaliando as necessidades das pessoas mais velhas e colocando em prática programas baseados em evidências, ao mesmo tempo em que envolvem as partes interessadas, incluindo as pessoas mais velhas. Por exemplo, o Tajiquistão desenvolveu uma Lista Nacional de Produtos de Assistência Prioritários (APL).<sup>219,220</sup> O acesso à tecnologia assistiva acessível, apropriada e de qualidade é fundamental para manter e melhorar a capacidade funcional das pessoas mais velhas, incluindo a mobilidade.

Anteriormente, no Tajiquistão, apenas pessoas com deficiência registradas tinham acesso a produtos de assistência financiados pelo governo; pessoas mais velhas não tinham direito a se beneficiar de tais esquemas de financiamento. Para alterar esta situação, foram tomadas várias medidas, incluindo:<sup>220</sup>

- uma pesquisa rápida aplicada a 200 pessoas com deficiência e pessoas mais velhas de diferentes regiões do país;
- 12 grupos focais de mais de 100 pessoas com deficiência e pessoas idosas em todo o Tajiquistão; e
- uma análise sistemática de órgãos governamentais e organizações não governamentais (ONGs) que fornecem tecnologia assistiva, incluindo políticas, provisões, produtos, aquisições, financiamento e pessoal.

Os resultados foram então discutidos em uma reunião de consenso com tomadores de decisão de ministérios relevantes, grupos

de usuários (incluindo pessoas mais velhas), parceiros de desenvolvimento, profissionais, agências da ONU e ONGs nacionais e internacionais. O resultado foi uma lista de prioridades alterada,  **aumentando o número de produtos essenciais, muitos dos quais melhoram a mobilidade, dos 12 originais para 30**, o que também é aplicável a pessoas mais velhas.

O governo adotou essa lista e tomou medidas para implementar essa nova política, incluindo a elaboração de critérios de elegibilidade, a expansão de centros de tecnologia assistiva em diversas cidades e o treinamento de equipes locais. A OMS contribuiu para estabelecer uma relação entre o Ministério da Saúde e o Centro de Tecnologia e Dispositivos Assistivos da China (CADTC) para aquisição de produtos. A avaliação de impacto do APL Nacional sobre a população relevante está em andamento. As lições aprendidas no Tajiquistão serão úteis para outros países que planejam desenvolver um APL nacional que inclua pessoas mais velhas em ambientes de poucos recursos – um indicador de progresso nacional com o qual todos os países se comprometeram como parte da Década.



## ALCANCE

### ampliar e não deixar ninguém para trás

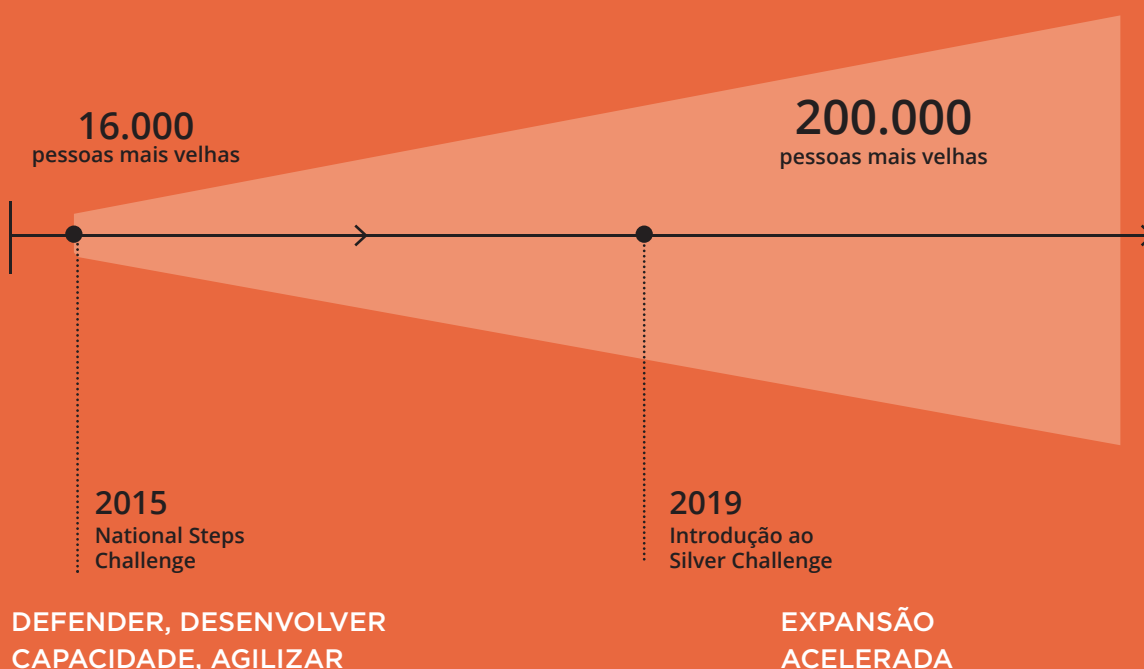
Promover um estilo de vida saudável e ativo é fundamental para o Plano de Ação de Singapura para o Envelhecimento Bem-Sucedido (2015). O Health Promotion Board (HPB) lançou o National Steps Challenge™ em 2015, incorporando dispositivos inteligentes e vestíveis e elementos típicos de jogos para incentivar os residentes a permanecerem ativos.<sup>114</sup> Rastreadores de passos gratuitos (que eventualmente incluíram uma função de monitoramento de frequência cardíaca) e um aplicativo móvel dedicado (“Healthy 365”) foram oferecidos a todos os residentes para monitorar a atividade. O programa estimulou com sucesso mais de 1,3 milhão de adultos a alcançarem níveis mais altos de atividade física, com um aumento médio de 3.950 passos por dia.

Aproveitando esse sucesso notável, o HPB lançou o National Steps Challenge – Silver Challenge em 2019 para impulsionar ainda mais a participação

de pessoas mais velhas em atividades físicas alinhadas aos seus interesses específicos. Este desafio dedicado promove a atividade física por meio de trilhas interativas e guiadas por toda a Singapura. As pessoas mais velhas são incentivadas a manter estilos de vida mais saudáveis por meio da participação em Programas de Envelhecimento Ativo, como exercícios em grupo e workshops de saúde em suas comunidades. O escopo do desafio aumentou por meio de helpdesks que integram efetivamente pessoas mais velhas com menor conhecimento em TI.

O número de pessoas mais velhas que participam do National Steps Challenge cresceu mais de 11 vezes, de 16 mil pessoas em 2015 para mais de 200 mil pessoas em 2020. O número médio diário de passos registrados por pessoas com mais de 60 anos aumentou de 6.900 em 2015 para 10.500 em 2019, um sucesso notável (Figura 4.8).<sup>114,221</sup>

FIGURA 4.8





## ACELERE O IMPACTO

### atinja objetivos dentro de um prazo

Para aumentar a capacidade intrínseca, promover a capacidade funcional (incluindo a mobilidade) e minimizar a dependência de cuidados, a OMS divulgou diretrizes sobre Cuidados Integrados para Pessoas Idosas (ICOPE) em 2017. As recomendações baseadas em evidências foram alcançadas 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, Qatar e Vietnã, a fim de avaliar a viabilidade e a aceitabilidade. Na região da Occitânia, França, o programa foi adicionado à rotina clínica diária para pessoas com 60 anos ou mais.<sup>223,224</sup> O sucesso se deve ao amplo envolvimento das autoridades regionais, da força de trabalho de saúde comunitária e dos hospitais.

#### Os caminhos assistenciais do ICOPE têm cinco etapas:

1. triagem de perdas na capacidade intrínseca;

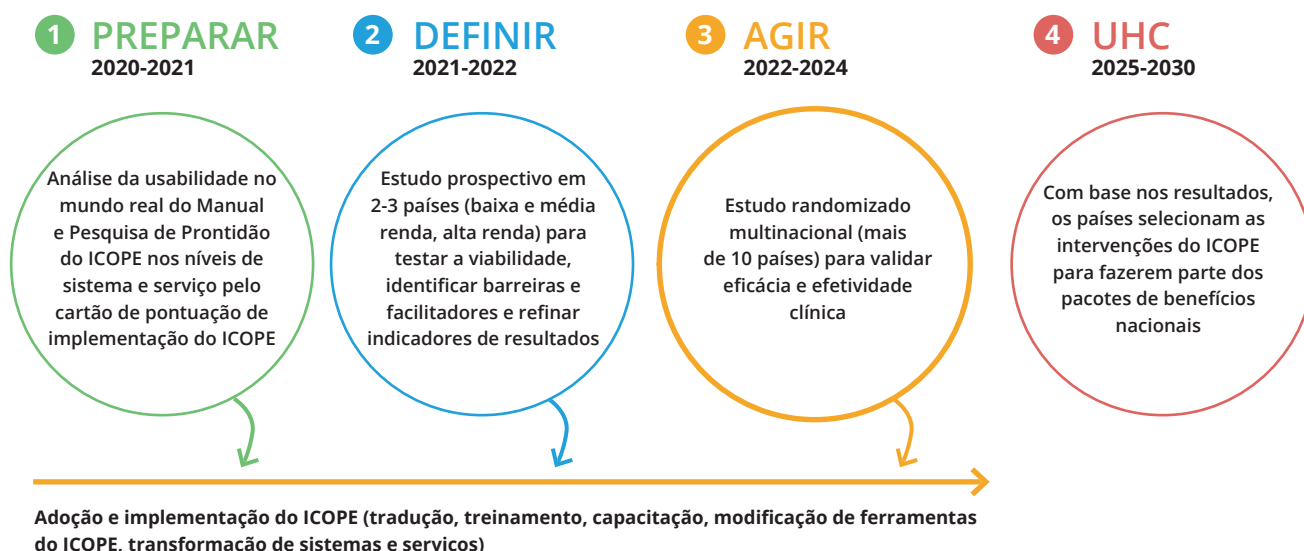
- avaliação centrada na pessoa no âmbito da atenção primária;
- desenvolvimento de um plano de cuidados personalizado;
- garantia de encaminhamento e monitoramento do plano de cuidados; e
- envolvimento das comunidades e apoio aos cuidadores.

Todas as partes interessadas devem realizar treinamento sobre a implementação, incluindo pessoas mais velhas e seus cuidadores, para garantir uma transição suave em cada etapa.

A abordagem Ready-Set-Go do ICOPE para testar e aprender com programas piloto que avaliam a viabilidade e aceitabilidade, bem como estudos para avaliar a eficácia e a eficiência clínicas, têm previsão de conclusão até 2024 (Figura 4.12). A partir de 2025, o ICOPE será implementado na atenção primária à saúde em mais países. Com informações favoráveis sobre custo-benefício, o ICOPE será adaptado e incluído nos pacotes de benefícios da UHC pelos países.

**FIGURA 4.9**

### Etapas para avaliar e ampliar o ICOPE



# CAPACIDADE DE **CONSTRUIR** **E MANTER** **RELACIONAMENTOS**

Quando sofrem de uma redução na capacidade, as pessoas mais velhas podem ter mais dificuldade em manter redes sociais.







## ESCLAREÇA as áreas de atuação

### As áreas importantes para ação incluem:

- Identificar e enfrentar a solidão e o isolamento social;
- Criar oportunidades para papéis sociais significativos e relacionamentos recíprocos;
- Considerar o impacto dos edifícios públicos, transportes, habitação e instituições médicas nas redes de relacionamento social;
- Melhorar o acesso às tecnologias de informação e comunicação.



## IDENTIFIQUE

### as intervenções e evidências que podem ajudar

O isolamento social (a ausência objetiva de interações sociais) e a solidão (a avaliação subjetiva do contato social insuficiente) constituem 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 em pessoas idosas** – incluindo psicoterapias, prestação de cuidados de saúde e sociais, intervenções com o uso de animais, intervenções de amizade e intervenções de lazer/desenvolvimento de habilidades.<sup>225</sup>

Adaptabilidade ao contexto local, atividades produtivas em vez de passivas e abordagens de desenvolvimento comunitário foram características comuns identificadas como eficazes. Uma revisão da Cochrane constatou que a participação em atividades de melhoria e conservação ambiental<sup>226</sup> é benéfica não apenas para o meio ambiente e o desenvolvimento de habilidades, mas também para promover um senso de autoestima e pertencimento à comunidade.

**Pessoas mais velhas buscam relacionamentos e a companhia de amigos, familiares e relacionamentos íntimos.** Conceitos errôneos sobre a idade de alguém, incluindo estereótipos em torno das interações sexuais de pessoas mais velhas, muitas vezes, resultam na falta de apoio suficiente para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). As atividades sexuais são uma parte importante, mas frequentemente ignorada, das atividades interpessoais das pessoas mais velhas. Uma revisão sistemática recente sobre intervenções – não baseadas em medicamentos – para prevenir DSTs em pessoas idosas<sup>227</sup> mostra que workshops presenciais podem ser úteis para aumentar rapidamente o conhecimento sobre DSTs. A revisão também destaca a falta de evidências de alta qualidade sobre intervenções com efeitos em longo prazo ou mudanças comportamentais em populações idosas sexualmente ativas.



## PENSE E ANALISE

### o que pode ser feito

Programas intergeracionais podem ser uma forma eficaz de envolver pessoas mais velhas com oportunidades de desenvolver papéis sociais significativos e relacionamentos recíprocos, ao mesmo tempo em que aprendem, se desenvolvem e participam da comunidade. Eles também podem combater o preconceito contra a idade, mudando a maneira como nos sentimos e agimos em relação às pessoas com base na idade delas.

Em **Jacó, Costa Rica**, foi desenvolvido um programa para fornecer meios para que pessoas mais velhas que recebem cuidados e vivem na comunidade transfiram seus conhecimentos de agricultura tradicional para outras pessoas. Os participantes mais jovens juntam-se aos mais velhos nos campos de cultivo, onde aprendem procedimentos tradicionais por meio da observação e recebem instruções dos mais velhos. O programa coleta e preserva o conhecimento tradicional desses especialistas mais velhos, ao mesmo tempo em que **oferece oportunidades de interação social e conexão com outras pessoas mais velhas e mais jovens.**

Em **Noida, Índia**, foi implementada uma abordagem intergeracional para fornecer apoio a estudantes economicamente desfavorecidos. Pessoas idosas instruídas e independentes do ponto de vista funcional foram treinadas

por especialistas em educação para ministrar aulas a esses alunos. O programa foi testado ao longo de um ano, mostrando que as pessoas mais velhas participantes apreciaram a oportunidade de retribuir à comunidade e sentiram um senso de pertencimento – e o desempenho dos alunos melhorou.

Embora essas intervenções sejam promissoras, é necessária uma avaliação mais aprofundada do impacto nas redes de relacionamento social, na conexão, no sentimento de contribuição, na utilidade e na satisfação das pessoas mais velhas para documentar a eficácia dessas intervenções e ajudar a alocar recursos para replicá-las em outras áreas.






---

Pessoas mais velhas foram envolvidas no desenvolvimento do projeto desde o início, tendo suas preferências e interesses avaliados e tornando-se cocriadoras das atividades.

---



## AVALIE

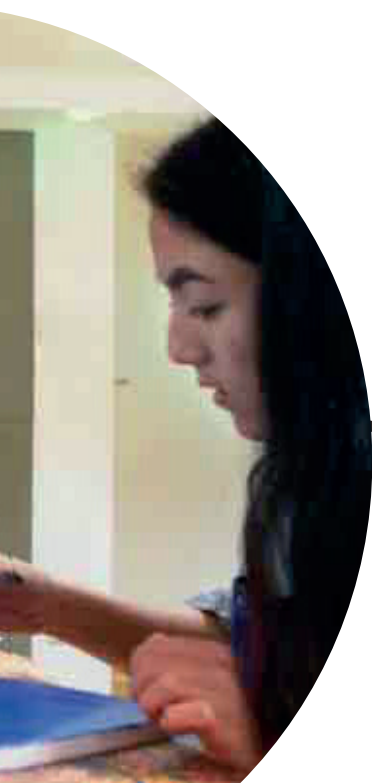
### como isso pode ser feito na prática

*Green and Growing*, uma intervenção de horticultura terapêutica implementada em Salford, Reino Unido, **reuniu pessoas mais velhas que vivem em moradias protegidas, moradias assistidas e acomodações independentes**. As pessoas mais velhas recebem recursos e facilitadores, que por sua vez fornecem informações e orientação, quando necessário, para ensinar como cultivar diferentes plantas ao longo do ano.<sup>228,229</sup>

O projeto foi desenvolvido em colaboração com pessoas mais velhas, o setor público e organizações voluntárias. Pessoas mais velhas foram envolvidas no desenvolvimento do projeto desde o início, tendo suas preferências e interesses avaliados e tornando-se cocriadoras das atividades.

Os participantes declararam que fazer parte dos grupos de jardinagem lhes deu uma sensação de significado. Além disso, eles conseguiram estabelecer novas conexões e conhecer novas pessoas, e relataram ter um senso de camaradagem e diversão que se estendeu a pessoas mais velhas fora do grupo ativo de jardinagem (por exemplo, pessoas mais velhas com declínio na capacidade intrínseca estavam presentes no jardim).<sup>230</sup>

Uma barreira frequente ao lançamento de programas comunitários semelhantes é o financiamento. Uma empresa local de interesse comunitário, a Incredible Education, criou um kit de ferramentas com dicas para lançar um programa de desenvolvimento comunitário para que qualquer indivíduo (incluindo pessoas mais velhas) ou pequeno grupo possa iniciar um projeto semelhante com pouco ou nenhum recurso.<sup>228,231</sup> O kit de ferramentas inclui informações sobre as tarefas a serem realizadas ao longo do ano, uma lista com os equipamentos sugeridos, um glossário com termos relevantes para o processo de aprendizagem, além de dicas práticas sobre como replicar a ideia em outras comunidades.





## ALCANCE

ampliar e não deixar ninguém para trás

No **Vietnã**, os Clubes de Autoajuda Intergeracionais (ISHCs) são um modelo eficaz e sustentável que oferece oportunidades de vínculo social e intergeracional, além de aprimorar outros domínios da capacidade funcional. Esses clubes são organizações comunitárias **implementadas, administradas, monitoradas e de propriedade de seus membros, que são principalmente pessoas mais velhas**. Os membros do ISHC escolhem um conselho de administração, que é responsável por identificar os interesses e necessidades dos membros e criar atividades e grupos de interesse para abordá-los. As atividades ajudam as pessoas mais velhas a se socializar, gerar renda, promover a saúde, continuar aprendendo e permanecer ativas. Há também a mobilização de recursos para que os necessitados (sejam membros do ISHC ou não) não sejam deixados para trás. Dedicar tempo para fazer companhia aos necessitados é um exemplo de serviços prestados à comunidade.<sup>232</sup>

Os clubes foram criados para promover a equidade atendendo aqueles que são mais desfavorecidos — principalmente pessoas mais velhas com renda mais baixa, que vivem sozinhas ou com um cônjuge mais velho, que possuem deficiências ou que são cuidadores principais sem acesso a cuidadores que possam o substituir.

Conforme observado no *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*<sup>13</sup> em 2015, 700 ISHCs foram criados em 13 províncias/cidades. Posteriormente, um projeto de replicação nacional foi criado para ampliar o modelo em todo o país, apoiado ainda mais por pessoas mais velhas, pela Associação de Pessoas Idosas do Vietnã e pelas autoridades locais. Projetos de financiamento internacional, gerenciados pela HelpAge International, apoiaram iniciativas de capacitação com expansão para novas áreas. Como resultado, até o fim de 2019, o número de ISHCs mais que quadruplicou para 2.900 e o número de províncias/cidades com ISHCs aumentou para 60.

A abordagem do ISHC provou ser sustentável, atendendo pessoas em ambientes urbanos e rurais e incluindo populações de minorias étnicas, bem como pessoas com diferentes origens e crenças. Um projeto de replicação em todo o país visa adicionar mais 3.000 ISHCs entre 2021 e 2025.<sup>232</sup> A HelpAge continuará a fornecer suporte aos ISHCs existentes para melhor atender às necessidades de seus membros e às associações locais de pessoas mais velhas, a fim de desenvolver a capacidade de estabelecer, operar e gerenciar ISHCs.

**Os clubes foram criados para promover a equidade atendendo aqueles que são mais desfavorecidos.**



## ACELERAR O IMPACTO

### atingir objetivos dentro de um prazo

O Plano de Ação de Singapura para o Envelhecimento Bem-Sucedido, lançado em 2015, investe 2,2 bilhões de dólares no seu plano nacional para o envelhecimento com o intuito de garantir que as pessoas mais velhas se mantenham ativas e significativamente engajadas, façam parte de uma sociedade solidária e inclusiva e envelheçam com confiança no local onde vivem – um esforço colaborativo entre agências governamentais e vários setores.<sup>114</sup> Várias iniciativas promovem inovações sociais que ativam a comunidade, envolvem cada vez mais novas partes interessadas e apoiam as pessoas mais velhas a construir boas conexões e relacionamentos.

Reconhecendo a importância de prevenir o isolamento social, a iniciativa Redes Comunitárias para Pessoas Idosas (CNS) conecta partes interessadas dentro dos bairros para fornecer, de forma coletiva, serviços de apoio social a pessoas mais velhas. Voluntários da comunidade do Silver Generation Office realizam atividades de contato com pessoas mais velhas para entender

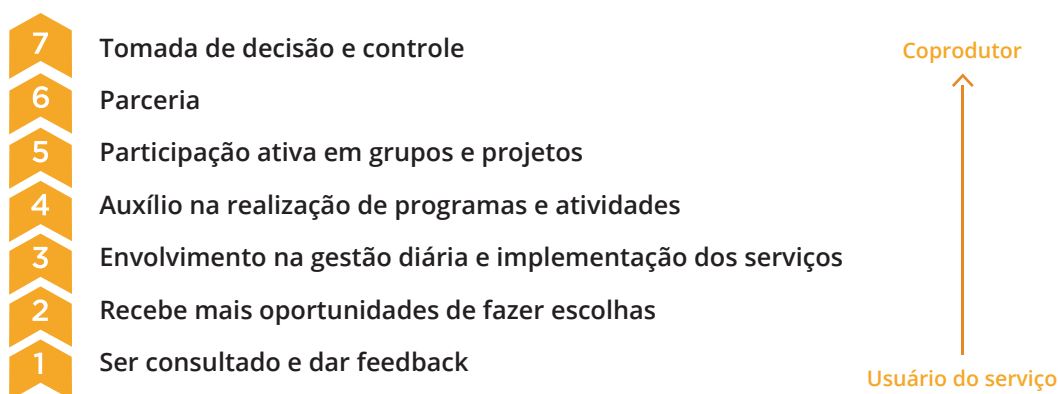
Ao se voluntariarem, as pessoas mais velhas são engajadas e capacitadas para deixarem de ser apenas usuárias dos serviços e se tornarem coprodutoras da organização e realização de programas e atividades.

proativamente suas necessidades. A iniciativa CNS, embasada por painéis de informações fáceis de usar, promove programas de saúde preventiva e envelhecimento ativo, além da amizade entre pessoas mais velhas solitárias que vivem sozinhas e conecta serviços de apoio social e de saúde para pessoas mais velhas com necessidades sociais e de saúde complexas.

O Programa de Amizade Comunitária convoca pessoas mais velhas para atuarem como voluntárias na promoção de amizades, visitando pessoas mais velhas socialmente isoladas e solitárias em suas casas e fazendo o acompanhamento por meio de ligações telefônicas regulares.<sup>233</sup> Este programa reconhece o papel e as habilidades valiosas que as pessoas mais velhas podem trazer aos esforços de apoio à comunidade. Ao se voluntariarem, as pessoas mais velhas são engajadas e capacitadas para deixarem de ser apenas usuárias dos serviços e se tornarem coprodutoras da organização e realização de programas e atividades, conforme demonstrado nas etapas da **Figura 4.10**.

**FIGURA 4.10**

### Escada da participação do usuário em serviços para pessoas mais velhas, do usuário do serviço ao coprodutor

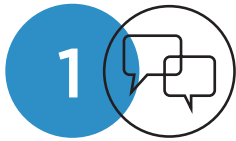


# CAPACIDADE DE CONTRIBUIR

Essa capacidade abrange uma infinidade de contribuições que as pessoas mais velhas fazem às suas famílias e comunidades. Isso requer uma série de políticas e práticas que facilitam a capacidade das pessoas mais velhas de trabalhar e de se voluntariar de formas que promovam o Envelhecimento Saudável







## ESCLAREÇA

### as áreas de atuação

### As áreas importantes para ação incluem:

- Desafiar o preconceito contra a idade, criar ambientes inclusivos que acolham a diversidade etária e ouvir vozes diversas;
- Abolir as idades de aposentadoria obrigatórias;
- Reformar os sistemas previdenciários que incentivam a aposentadoria antecipada ou penalizam o regresso ao trabalho;
- Apoiar opções de aposentadoria gradual e acordos de trabalho flexíveis;
- Considerar incentivos que encorajam os empregadores a reter, treinar, contratar, proteger e recompensar os trabalhadores mais velhos;
- Ajudar as pessoas mais velhas a planejar a segunda metade da vida e a investir na aprendizagem ao longo da vida;
- Investir em saúde e funcionamento;
- Criar condições para o voluntariado.



## IDENTIFIQUE

### as intervenções e evidências que podem ajudar

Uma abordagem fundamental consiste em apoiar a participação no emprego na terceira idade, abordando tanto fatores individuais (condições financeiras e de saúde) quanto fatores ambientais (condições de trabalho e controle do emprego nos locais de trabalho).<sup>234</sup> Especialistas de 11 países europeus criaram a Plataforma Conjunta de Iniciativas para a Compreensão da Participação no Emprego de trabalhadores mais velhos e identificaram lacunas de conhecimento usando a estrutura lidA (leben in der Arbeit) sobre trabalho, idade e emprego. O quadro ilustra uma interação de 10 determinantes principais da participação no trabalho entre os trabalhadores mais velhos: mercado de trabalho, legislação e sua implementação, posição financeira, social e doméstica, recursos humanos, trabalho, saúde, capacidade de trabalho e motivação.<sup>235</sup>

Estudos de muitos países de alta renda identificam intervenções que promovem a participação no trabalho entre funcionários com 45 anos ou mais.<sup>236</sup> As descobertas sugerem que intervenções com diversos componentes podem prevenir a perda de emprego e a aposentadoria precoce entre trabalhadores mais velhos. As intervenções incluem pelo menos dois componentes de prestação de serviços de saúde (por exemplo, aconselhamento para reabilitação em caso de condições crônicas), coordenação de serviços (por exemplo, envolvimento de empregadores e profissionais de saúde) e modificações no trabalho (por exemplo, avaliação das barreiras existentes e adaptações no local de trabalho). No entanto, menos evidências apoiam intervenções isoladas.

O Conselho de Saúde dos Países Baixos identificou intervenções para apoiar a empregabilidade de trabalhadores mais velhos. As intervenções podem incluir workshops de desenvolvimento de carreira, promoção da saúde no local de trabalho, consultas ocupacionais e avaliação on-line de riscos para a saúde.<sup>237</sup> Mais evidências são necessárias para recomendar as intervenções mais eficazes para pessoas e situações de trabalho específicas.



3



## PENSE E ANALISE

### o que pode ser feito

Muitas organizações incentivam pessoas mais velhas a participar de atividades voluntárias e a trabalhar após a aposentadoria. O equilíbrio entre trabalho voluntário e remunerado é importante, e mais avaliações seriam úteis para apontar maneiras de facilitar e melhorar a capacidade de contribuir na velhice. Dois casos do banco de dados global de práticas favoráveis às pessoas mais velhas do Age Friendly World ilustram maneiras pelas quais as pessoas mais velhas se envolvem e contribuem com seus conhecimentos, talentos e habilidades para suas comunidades e para a sociedade em geral:

**Muitas organizações incentivam pessoas mais velhas a participar de atividades voluntárias e a trabalhar após a aposentadoria.**



**Conselho da Pessoa Idosa<sup>238</sup> (Antália, Turquia):** Criado em 2019, o Conselho da Pessoa Idosa é destinado a pessoas com 60 anos ou mais para que tenham voz ativa sobre a cidade em que vivem. O Conselho incorpora as perspectivas e opiniões dos moradores mais velhos para tornar o ambiente mais favorável às pessoas mais velhas. O Conselho tem 60 membros voluntários (30 homens e 30 mulheres) e inclui sete subcomitês: sobre os direitos das pessoas mais velhas, cidade sustentável e acessível, meio ambiente, relações intergeracionais, envelhecimento saudável, aprendizagem ao longo da vida e cultura e arte. Pessoas mais velhas envolvidas no Conselho disseram que se sentiram valorizadas e produtivas, pois puderam se expressar e contribuir com sua comunidade.

**BABA Trondheim<sup>239,240</sup> (Trondheim, Noruega):** BABA é uma organização local que permite que pessoas mais velhas contribuam com atividades culturais. Os membros, incluindo imigrantes e noruegueses mais velhos, têm reuniões e workshops regulares para criar apresentações de música, dança e teatro com pessoas mais jovens. As atividades culturais mostram a diversidade da comunidade de Trondheim e oferecem oportunidades de interação intergeracional.



4

## APRENDA como isso pode ser feito

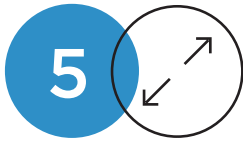
A tecnologia pode fornecer novas abordagens para criar oportunidades para que pessoas mais velhas encontrem funções voluntárias ou remuneradas que correspondam aos seus interesses. O Programa de Vida Assistida Ativa (AAL) - Envelhecer Bem no Mundo Digital é um programa de financiamento europeu que busca fortalecer a tecnologia e a inovação em apoio ao envelhecimento saudável. O AAL financiou diversos projetos criados para facilitar o voluntariado, o emprego remunerado, os programas intergeracionais e a promoção de uma vida profissional saudável.<sup>241</sup>

Testado em organizações comunitárias na Alemanha, Irlanda, Polônia e Suíça, o projeto Active Retiree and Golden Workers Gate (ActGo-Gate) consiste em um mercado baseado em tecnologia da informação e comunicação que permite que pessoas mais velhas e pessoas com necessidades encontrem ocupações voluntárias de curto e longo prazo que permitam a autorrealização e a participação social. A aplicação e o modelo de negócio ActGo-Gate são um exemplo de um projeto sustentável que poderia ser incentivado – com a procura das próprias pessoas idosas.<sup>242-245</sup>

Esta plataforma de mercado reúne pessoas mais velhas, empregadores em potencial (organizações de prestação de cuidados, voluntariado não remunerado e emprego) e integradores (pessoas que apoiam

pessoas idosas na utilização da plataforma e fornecem aconselhamento e formação profissional).<sup>246</sup> O aplicativo foi desenvolvido na Alemanha, Suíça e Polônia por parceiros que incluíam institutos de assistência social e pesquisa, uma organização de voluntários e um grupo que promove inovação em negócios e comércio.

Foram testados três módulos ocupacionais: “**servir a comunidade**” (trabalho voluntário informal), “**ocupação flexível**” (empregos de meio período) e “**envolver-se com organizações**” (projetos sociais). Empregadores em potencial demonstraram feedback positivo. Uma avaliação mais aprofundada mostraria o impacto do aplicativo na adequação das necessidades e objetivos das pessoas mais velhas, com oportunidades de contribuição.



## ALCANCE

### ampliar e não deixar ninguém para trás

Experiências valiosas locais podem servir de base para ampliar os planos em nível nacional.

Na República da Coreia, o Governo Metropolitano de Seul lançou a Iniciativa Política Seul 50 Plus em 2016 para garantir que pessoas com 50 anos ou mais permaneçam ativas e engajadas na sociedade. A iniciativa visa fornecer um ambiente de apoio para que pessoas mais velhas façam a transição para a vida pós-trabalho e busquem novos interesses, aprendam novas habilidades e encontrem novas oportunidades de emprego e engajamento social – uma trajetória positiva de envelhecimento saudável. O processo de formulação de políticas aplicou diversos métodos para obter evidências sobre as características e necessidades da geração 50+ e para envolver várias 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, aconselhamento e networking profissional.

Parcerias entre os setores público e privado promovem a operação comercial de “empregos Boram”. Esses são trabalhos voluntários remunerados, permitindo que adultos com 50 anos ou mais contribuam com seu conhecimento e experiência para diferentes funções, como fornecer serviços de assistência social, orientar gerações mais jovens e outros tipos de apoio comunitário, ao mesmo tempo em que recebem compensação financeira. Até agosto de 2017, os campi 50 Plus ofereciam mais de 300 cursos, com 600 pessoas participando de empregos Boram. Para alcançar todas as pessoas mais velhas, a Fundação planeja ter pelo menos um campus ou centro em 25 distritos administrativos, com cada centro refletindo as características e necessidades do local. O objetivo é aumentar para 12 mil empregos Boram em colaboração com os setores público e privado.<sup>247</sup> O governo nacional também planejou expandir a Política 50+ para além de Seul, em todo o país. O exemplo de Seul e seus programas conectados serão usados como referência para outras cidades e municípios na República da Coreia.

---

A iniciativa visa fornecer um ambiente de apoio para que pessoas mais velhas façam a transição para a vida pós-trabalho e busquem novos interesses, aprendam novas habilidades e encontrem novas oportunidades de emprego e engajamento social – uma trajetória positiva de envelhecimento saudável.

---



## ACELERE O IMPACTO

### atinja objetivos dentro de um prazo

Construir uma rede de voluntariado colaborativo entre diferentes partes interessadas pode acelerar a capacidade das pessoas mais velhas de contribuir para suas famílias, comunidades e sociedade. A Auser, uma Rede Nacional para o Envelhecimento Ativo, é uma associação italiana de aproximadamente 46 mil voluntários com cerca de 8 milhões de horas doadas por ano, com foco em direitos sociais e bem-estar comunitário. A AUSER promove trabalho voluntário que envolve pessoas de todas as idades – a grande maioria com mais de 60 anos. As pessoas mais velhas também são responsáveis pela gestão da Auser e criaram um ambiente propício para que deem a sua contribuição, apoiando pessoas idosas que estão sozinhas e se envolvem em atividades comunitárias, como serviços sociais,

aprendizagem ao longo da vida, apoio aos migrantes e diálogo entre gerações.<sup>249</sup>

Fundado em 1989 por um grupo de mulheres de Turim, o grupo de voluntários Auser inicialmente se concentrou em tentar remediar a solidão das pessoas mais velhas por meio de serviços de contato telefônico. Nas últimas três décadas, a Auser expandiu gradualmente sua missão e presença geográfica por toda a Itália e participou de diversas atividades nacionais de assistência e serviço social. Em particular, a Auser respondeu ao programa nacional de assistência de verão para pessoas mais velhas, lançado pelo Ministério da Família e Solidariedade Social. Desde 1994, desenvolveu uma rede nacional para reduzir o risco de insolação e solidão em pessoas mais velhas por meio de contato telefônico 24 horas, serviços domiciliares, monitoramento de grupos vulneráveis e organização de atividades recreativas em centros com ar-condicionado. A associação está ativamente envolvida nas redes internacionais da Universidade da Terceira Idade e ONGs. Voluntários participam de pesquisas relevantes para o envelhecimento saudável: em 2020, isso incluiu o TAPAS (Tempo, Lugares e Espaço no Envelhecimento), que investigou o bem-estar de pessoas mais velhas durante a pandemia de COVID-19.



Revista AuserInforma  
Setembro-Outubro de 2020







## ACELERAR O IMPACTO REQUER

# APRENDENDO COM PERSPECTIVAS BASEADAS EM DOENÇAS

Acelerar o impacto exige que todas as boas ideias e programas sejam considerados, e aqueles avaliados como impactantes sejam replicados em novos locais. Esse espírito exige aprendizado daqueles que se concentram em doenças e, particularmente, em abordagens para reduzir riscos, controlar enfermidades e promover a prevenção secundária de DNTs entre pessoas mais velhas. **Considerando que as doenças crônicas e não transmissíveis constituem as 10 principais causas de anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs) em pessoas mais velhas em todo o mundo, elas merecem atenção especial (Anexo 6).** A prevalência de pessoas vivendo com DNTs reflete os efeitos acumulados:

- de seus comportamentos, vulnerabilidades e exposições a riscos (por exemplo, tabagismo, subnutrição ou poluição atmosférica);
- dos serviços de saúde e assistência social que recebem (por exemplo, diagnósticos, tratamentos e cuidados de longa duração e serviços de reabilitação); e
- do contexto dos ambientes social, físico e natural e das condições socioeconômicas (por exemplo, progresso nacional em direção à UHC, decisões políticas para fortalecer os sistemas de saúde e sociais e políticas para construir ambientes saudáveis e inclusivos).

Além disso, a pandemia da COVID-19 revela a importância das condições subjacentes,<sup>250</sup> principalmente as DNTs, uma vez que aumentam o risco de gravidade da doença e de morte, que se concentram ou são elevados entre as pessoas mais velhas em muitos países.<sup>251</sup>

A aprendizagem eficaz é uma via de mão dupla com objetivos compartilhados. A maioria dos sistemas de

saúde foi criada para atender a condições agudas de saúde, em vez de condições da velhice. **Aqueles que defendem o envelhecimento saudável devem influenciar aqueles que são responsáveis pela prevenção, tratamento e reabilitação de doenças.** Isso inclui testar os benefícios do cuidado integrado e centrado na pessoa e dos serviços de saúde primários adequados às pessoas mais velhas. Serviços, medicamentos e dispositivos de assistência adequados, juntamente com financiamento justo, também aproximarão os países de garantir que mais pessoas mais velhas se beneficiem da cobertura universal de saúde até 2030.

**Além disso, alavancar e explorar outras ideias e recursos pode estimular a inovação.** Aumentar a coerência política entre 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 sejam inclusivos para as pessoas mais velhas também acelerará a ação.

Juntos, esses esforços promoverão uma ação fundamental da Década: ampliar serviços de atenção primária adequados às pessoas mais velhas, abrangendo um amplo conjunto de serviços, incluindo vacinação, triagem, prevenção e tratamento de DNTs e doenças transmissíveis, bem como condições relacionadas à idade. Pesquisa e inovação são igualmente importantes para todas as ações da Década: reduzir a discriminação com base na idade, promover comunidades amigas das pessoas mais velhas e fortalecer os cuidados de longo prazo.

Uma narrativa final abordando a prevenção e o gerenciamento de DNTs destaca programas que podem ter começado como baseados em doenças, mas estão se transformando em abordagens integradas e centradas na pessoa, incluindo pessoas mais velhas. Essa é uma tendência a ser incentivada.<sup>253</sup>

# ABORDANDO AS DNTs A PARTIR DE UMA ABORDAGEM INTEGRADA E CENTRADA NA PESSOA



## ESCLAREÇA as áreas de atuação

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

Reduzir os fatores de risco e fornecer serviços de saúde de alta qualidade pode prevenir e ajudar a controlar as DNTs. Promover o envelhecimento saudável ao longo da vida e para pessoas mais velhas pode desenvolver e manter a capacidade intrínseca das pessoas mais velhas e reduzir a suscetibilidade a doenças transmissíveis e DNTs.

**Envelhecer com saúde não significa que as pessoas precisam estar livres de doenças.**

**O envelhecimento saudável na presença de doença reflete um foco em viver bem e otimizar a capacidade funcional, mas também significa garantir cuidados coordenados que controlem a doença com foco nos objetivos pessoais de cada um.**

À medida que a expectativa de vida aumenta em todo o mundo, algumas pessoas mais velhas viverão mais tempo com DNTs.<sup>256</sup> É vital que as pessoas mais velhas recebam cuidados contínuos e integrados que incluam promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e serviços paliativos. Programas voltados a doenças transmissíveis também se beneficiarão da adoção de uma abordagem de envelhecimento saudável.

Os governos podem reduzir as exposições que levam a maiores riscos de DNTs – como a poluição do ar. Também é possível integrar o tratamento e a gestão das DNTs na UHC e aliviar os fardos ao indivíduo e à sociedade.<sup>257</sup> Os investimentos na saúde e no bem-estar das pessoas e de suas famílias também oferecem benefícios significativos.

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

- redução de riscos, incluindo prevenção primária e secundária de fatores de risco ambientais, metabólicos e comportamentais;



## IDENTIFIQUE

### as intervenções e evidências que podem ajudar

- apoio à gestão das DNTs no âmbito dos cuidados integrados e centrados na pessoa, para pessoas mais velhas;
- integração das DNTs no pacote definido de serviços dentro dos esquemas nacionais de UHC por meio de triagem eficaz, diagnóstico, prevenção de fatores de risco, tratamento e gestão de condições ao longo do tempo e entre prestadores e níveis do sistema de saúde;
- inclusão de pessoas idosas nos esforços de promoção da saúde, abordando os fatores de risco evitáveis e os determinantes sociais adversos; e
- avaliação dos programas para melhoria e inovação em prol do envelhecimento saudável.

Essas ações se tornam ainda mais críticas em momentos em que o risco de doenças transmissíveis é alto. As condições pandêmicas não só têm um impacto negativo direto na capacidade dos sistemas de saúde de cuidar de pessoas que vivem com DNTs, como também prejudicam a capacidade dos sistemas de saúde de permitir que as pessoas mais velhas tenham acesso aos cuidados que recebiam antes da pandemia. A interrupção dos serviços pode dificultar os procedimentos de triagem, diagnóstico e tratamento, conforme documentado durante 2020 em relação à pandemia de COVID-19.<sup>259</sup>

Muitas DNTs estão intimamente inter-relacionadas. Elas são prevenidas e controladas de forma mais eficaz aplicando um conjunto de intervenções de saúde a partir de uma perspectiva centrada na pessoa – o que é bom para o seu coração também é bom para o seu cérebro.

As evidências globais sobre a promoção e proteção da saúde cardiovascular (**nos Anexos 6 e 8**) mostram que múltiplas condições – incluindo doença coronária, acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), câncer, deficiência cognitiva e demência – podem ser prevenidas por meio da promoção de comportamentos saudáveis (por exemplo, dieta saudável, evitar fumar, evitar o abuso de álcool e realizar atividade física regularmente).<sup>260</sup> **No entanto, permitir que as pessoas mais velhas façam essas escolhas exige que os determinantes sociais da saúde sejam abordados para ampliar as oportunidades de envelhecimento saudável.** Cada vez mais evidências documentam o gerenciamento eficaz de fatores de risco e condições bem depois dos 65 ou 70 anos.

O envelhecimento saudável tem múltiplos determinantes → **1.4**. Os anos de vida ajustados por incapacidade, a base de evidências utilizada para abordá-los e o comprometimento das partes interessadas nessa jurisdição podem ser utilizados para embasar as estratégias em uma região ou país específico. No Anexo 6, podem ser encontrados os principais DALYs (por exemplo, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, DPOC, câncer, doença de Alzheimer e outras demências e diabetes) e as evidências relacionadas sobre o tratamento dessas condições especificamente entre pessoas mais velhas.<sup>261</sup> As políticas públicas e as intervenções de saúde baseadas na população podem evitar muitas DNTs, incluindo entre as pessoas idosas.<sup>262</sup>



## PENSE E ANALISE

### o que pode ser feito



As melhores evidências podem beneficiar pessoas mais velhas, suas famílias e comunidades se forem avaliadas na prática do mundo real. É possível responder a perguntas como “como isso pode ser feito?”, “quem deve estar envolvido?” e “quais recursos são necessários?” para alcançar os melhores resultados possíveis sem deixar ninguém para trás.

## FINGER: um estudo geriátrico finlandês

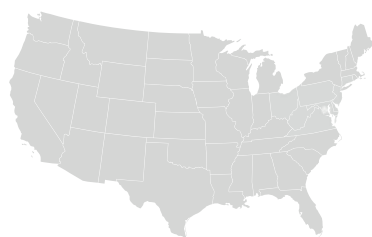
Embora não seja inevitável, como indicam os resultados da Seção 2, o declínio das funções cognitivas com a idade ocorre em ritmos diferentes para pessoas diferentes em ambientes diferentes. O estudo FINGER, desenvolvido para pessoas com idades entre 60 e 77 anos em risco de demência, demonstrou que o comprometimento cognitivo pode ser prevenido por meio de uma intervenção de estilo de vida baseada em múltiplos domínios<sup>263</sup> e pode ser eficaz na prática.<sup>264,265</sup> Pesquisadores finlandeses e suecos testaram os efeitos de uma intervenção que incluiu “orientação nutricional, exercícios físicos, treinamento cognitivo, atividades sociais e gerenciamento de fatores de risco vasculares e metabólicos” no grupo de intervenção e de aconselhamento regular sobre saúde no grupo de controle. Os resultados cognitivos melhoraram entre 25 e 150% em 24 meses para o grupo de intervenção.<sup>264</sup>

A intervenção FINGER foi testada com populações de diferentes origens e com diferentes características.<sup>264</sup> O FINGER foi mais benéfico para pessoas mais velhas com maior risco de declínio cognitivo devido à

idade e ao estado mental cognitivo e para aquelas com fatores de risco vascular.<sup>265</sup>

Desde 2018, vários países<sup>266</sup> implementaram e avaliaram uma versão adaptada do FINGER por meio de parcerias multinível entre ministérios, representantes comunitários, pesquisadores, provedores de saúde e pessoas mais velhas e suas famílias. Isso inclui vários países na Europa e na América Central e do Sul, além de Austrália, Canadá, China, Índia, Japão, Malásia, República da Coreia, Singapura e Estados Unidos.

**O estudo demonstrou que o comprometimento cognitivo pode ser prevenido por meio de uma intervenção de estilo de vida em vários domínios.**



## AVALIE

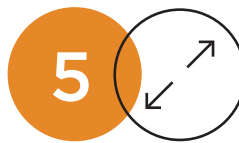
### como isso pode ser feito

Muitos governos estão capacitando diversos setores e comunidades em seus esforços de base para implementar pesquisas para otimizar a capacidade funcional de pessoas mais velhas na presença de doenças.

#### CUIDADOS COM PESSOAS COM DEMÊNCIA EM SEUS AMBIENTES (COPE)

Cuidados com Pessoas com Demência em seus Ambientes (COPE) é um programa desenvolvido e implementado nos Estados Unidos para melhorar a saúde de pessoas de meia-idade e idosas e suas famílias. O COPE é uma intervenção multidomínio integrada, com duração de quatro meses, que inclui avaliação domiciliar e educação e treinamento a provedores de saúde domiciliar sobre maneiras de reduzir os estressores ambientais e aprimorar o conhecimento e as habilidades do cuidador.<sup>267</sup> O COPE foi implementado em 170 lares na Pensilvânia, EUA, em pessoas mais velhas com demência e seus cuidadores familiares. Em comparação com os controles, os beneficiários do COPE apresentaram um bem-estar significativamente mais elevado (maior independência, atividade, qualidade de vida e menos sintomas neuropsiquiátricos) e os seus cuidadores apresentaram maior confiança para cuidar da demência.<sup>268</sup>

Em parceria com serviços de saúde governamentais, ONGs, profissionais privados, comunidades e pesquisadores, o COPE foi adaptado ao contexto de assistência domiciliar financiada publicamente em Connecticut e implementado em 290 lares que indicaram possíveis benefícios financeiros, viabilidade e aceitabilidade para expansão. O COPE também foi adaptado e implementado para uso na Austrália.<sup>269-271</sup>



## ALCANCE

### ampliar e não deixar ninguém para trás

#### REDE DE ENCAMINHAMENTO DE RETINOPATIA DIABÉTICA, REGIÃO DE LA LIBERTAD, PERU

O aumento global do número de casos de retinopatia diabética mostra a necessidade urgente de detecção precoce, diagnóstico adequado e tratamento oportuno para reduzir e evitar a perda da visão.<sup>272</sup> Uma melhor visão contribui com todos os domínios de capacidade funcional. A Organização Pan-Americana da Saúde e o Ministério da Saúde do Peru apoiaram um projeto de detecção precoce e encaminhamento em retinopatia diabética após uma pesquisa populacional nacional identificar que as principais barreiras para evitar a cegueira evitável e a saúde ocular precária eram o custo (26%) e a falta de conhecimento sobre os tratamentos (24%).<sup>273</sup>

O esforço coordenado da Rede de Encaminhamento de Retinopatia Diabética com o governo, ONGs, o Ministério da Saúde, prestadores de serviços e pesquisadores considerou todos os níveis de assistência médica (primário, secundário e terciário) na avaliação e tratamento da retinopatia diabética.<sup>272</sup> Através de uma rede de encaminhamento e tratamento no Peru, mais de 11 mil pessoas mais velhas com diabetes foram examinadas no seu ponto de cuidados primários, e quase 1.000 pacientes elegíveis receberam tratamento.<sup>274</sup> O programa mostrou que o tratamento eficaz e oportuno da retinopatia diabética é possível quando a educação, a triagem e o atendimento são totalmente integrados ao sistema de saúde.

O Peru está expandindo o programa para incluir pessoas que vivem em áreas rurais para promover a equidade removendo barreiras de acesso.





## ACELERAR O IMPACTO atinja objetivos dentro de um prazo

Fornecer triagem, diagnóstico e tratamento básicos para pessoas com risco elevado de DNT oferece uma oportunidade para reduzir significativamente o fardo das DNTs.<sup>260</sup> Os esforços precisam de ser acelerados, uma vez que a pesquisa NCD Countdown mostra que apenas 17 dos 194 países estão atualmente no caminho certo para atingir a meta 3.4 dos ODS de “reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis”.<sup>275,276</sup> As evidências mostram que a prevenção e a gestão das DNTs continuam sendo relevantes em todas as faixas etárias mais velhas.<sup>260</sup> Conforme demonstrado abaixo, os governos da Índia, México e Vanuatu estão reorganizando a prestação de serviços básicos de triagem, diagnóstico e tratamento por meio de uma abordagem integrada e multinível que inclui pessoas mais velhas.

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

O National Health Protection Scheme and Health and Wellness Centres (“Índia Saudável”) é um programa para acelerar a saúde e o bem-estar em todo o país, removendo barreiras ao acesso a serviços de cuidados abrangentes. O programa complementa o Programa Nacional de Assistência à Saúde da Pessoa Idosa, oferecido por meio de instalações dedicadas a pessoas mais velhas e financiado pelo governo central.

A Índia Saudável tem dois componentes principais: cuidados primários universais (por meio de 150 mil subcentros que oferecem serviços que incluem gestão e prevenção

de doenças transmissíveis e DNTs) e assistência financeira. Atualmente, ele cobre os custos médicos e as despesas de hospitalização de 107,4 milhões de famílias de áreas rurais e urbanas, fornecendo serviços como pagamento sem dinheiro e sem papel em hospitais públicos e hospitais privados selecionados e incluídos no programa. **Um dos 13 módulos que abordam diferentes fases da vida é o “Envelhecimento Saudável”, que visa apoiar o cuidado integrado de pessoas mais velhas.** É importante ressaltar que isso muda a ênfase da doença para o bem-estar. Estão sendo desenvolvidos serviços adicionais de cuidados paliativos e saúde mental.

### ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL VANUATU

Em Vanuatu, o governo está tomando medidas para acelerar o acesso de Ni-Vanuatu a políticas e programas de envelhecimento saudável e para abordar as DNTs que podem levar à deficiência. Isso inclui evitar a amputação do pé de pessoas mais velhas que são diabéticas e depois necessitam de cadeiras de rodas. Vanuatu também está reorientando seu sistema de saúde para promover a capacidade funcional e proporcionar vidas mais longas e saudáveis para pessoas mais velhas por meio de melhores cuidados em longo prazo. Essa abordagem capacita comunidades e vilas locais por meio de uma abordagem que envolve toda a sociedade com parcerias em diferentes níveis.

Os esforços de envelhecimento saudável lançados em Vanuatu em 2019 incluem:

- triagem em massa de fatores de risco para DNT e DNTs comuns;
- envolvimento da comunidade para identificar problemas familiares e comunitários, riscos e possíveis soluções;
- alcance de grupos ainda não atendidos;
- liderança no envolvimento de toda a comunidade de uma vila ou ilha.



### PROGRAMA NACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO DO MÉXICO (2019-2024)<sup>277</sup>

O México tem uma parceria multissetorial integrada para mobilizar recursos nacionais em três áreas de foco:

- melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados prestados às pessoas mais velhas;
- abolir a discriminação e a violência contra as pessoas mais velhas;
- melhorar o bem-estar das pessoas mais velhas dependentes de cuidados por meio de um sistema nacional de cuidados de longa duração.

O programa (Figura 4.11) foi criado para beneficiar todas as pessoas mais velhas, independentemente do gênero, condição socioeconômica, situação de moradia, origem étnica ou deficiência – o que é crucial para permitir que as pessoas mais velhas atendam às suas necessidades básicas. Investimentos significativos em campanhas de mídia social visam conscientizar sobre a discriminação no setor de saúde e aumentar a conscientização das pessoas mais velhas de que seus direitos humanos devem ser respeitados. Além disso, o programa está expandindo o tamanho da força de trabalho de saúde treinada para cuidados de longo prazo e abordagens para melhorar a capacidade funcional de pessoas mais velhas.

**FIGURA 4.11**  
Programa nacional do México sobre envelhecimento



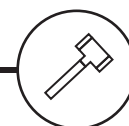
## AS INTERVENÇÕES CONSIDERADAS MAIS ADEQUADAS OU URGENTES DEPENDERÃO DO CONTEXTO.

O que precisa ser feito, e em que ordem, dependerá muito do contexto e das prioridades nacionais. No entanto, todas as atividades devem ser conduzidas de forma a envolver as pessoas mais velhas e superar a

desigualdade e a discriminação com base na idade. O acesso desigual aos benefícios dessas intervenções pode ser devido a fatores individuais, como gênero, etnia, nível de escolaridade, estado civil, local de residência ou condições de saúde. Também pode ser devido ao ambiente que inclui determinantes sociais de saúde mais amplos. Juntos, os fatores influenciarão quem terá oportunidades e quem será capaz de otimizar a capacidade funcional.

# 4

## IMPLICAÇÕES POLÍTICAS



- Casos de todo o mundo destacam o que pode ser feito e o que podemos aprender uns com os outros. A OMS gostaria de ser informada sobre outras iniciativas ou pesquisas para promover o envelhecimento saudável, abordando a capacidade intrínseca, a capacidade funcional ou os ambientes.
- Tanto as evidências quanto os casos destacam abordagens para pesquisa, tradução de conhecimento, desenvolvimento de programas e ampliação que envolvem pessoas mais velhas, permitem que elas usem suas habilidades e talentos e se concentrem em promover suas capacidades e bem-estar.
- Algumas intervenções promissoras exigirão mais avaliação e revisão, enquanto em outras áreas, novos conhecimentos são necessários. A elaboração adicional de recomendações que abordam todos os componentes do envelhecimento saudável que são relevantes para pessoas mais velhas contribuirá para os diálogos políticos durante a Década.
- Várias atividades envolvendo pessoas mais velhas estão em andamento em muitos países, destacando a necessidade de que esse envolvimento seja reconhecido e avaliado. Elas informarão ações nacionais e locais para acelerar o impacto.
- O envelhecimento saudável na presença de doenças, incluindo DNTs, reflete um foco na otimização da capacidade funcional, mas também significa garantir cuidados coordenados que controlem a doença com foco nos objetivos pessoais dos indivíduos. A tendência emergente de transformar abordagens baseadas em doenças em programas centrados na pessoa, incluindo pessoas mais velhas, deve ser incentivada e avaliada – com vários setores e parceiros, incluindo a sociedade civil.
- Pesquisas sobre o envelhecimento saudável não devem se concentrar apenas em questões de saúde. Novos conhecimentos são necessários para vincular os determinantes sociais, biológicos, econômicos e ambientais do envelhecimento saudável ao longo da vida. Isso deve refletir o aprendizado de estudos multinacionais e experiências que captem as diversas necessidades e expectativas das pessoas mais velhas.
- Também são necessárias sínteses de evidências que demonstrem o que funciona para melhorar todos os domínios da capacidade funcional, capacidade intrínseca e ambientes. Entender o que pode ser feito e o que podemos aprender ao longo da vida contribuirá para melhorar trajetórias de envelhecimento saudável que sejam inclusivas para todas as idades. Ao longo da Década, a OMS, com parceiros que incluem pessoas mais velhas, espera ter um conjunto de intervenções e programas avaliados que demonstrem ainda mais o impacto com detalhes sobre o que funciona e por quê.

Com o início da Década do Envelhecimento Saudável, o envolvimento ativo das pessoas mais velhas deve ser o novo normal. Casos ao redor do mundo mostram que as pessoas mais velhas estão promovendo mudanças e suas contribuições beneficiam suas famílias, comunidades e sociedade, bem como seu próprio bem-estar. Agora temos uma linha de referência e precisamos agir rapidamente para implementar as melhorias que queremos ver até o final da Década em 2030. Como enfatiza a seção final deste relatório, temos a oportunidade de impulsionar parcerias para mudanças e acelerar o impacto até o próximo período de relatório, 2023.



# 5

## UMA NOVA DÉCADA PARA AÇÃO

Quais são os próximos passos?





---

“Para promover um envelhecimento saudável, precisamos trabalhar juntos. Este deve ser o nosso novo normal.”

*Diretor-Geral da OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, 28 de julho de 2020*

---

**Envelhecer com saúde significa criar oportunidades que permitam às pessoas serem e fazerem o que valorizam ao longo da vida.** Este relatório é uma referência e prepara o cenário para a Década. Casos ao longo do relatório mostram como pessoas mais velhas e formuladores de políticas, governos e sociedade civil, famílias e comunidades, unidades de saúde e municípios, pesquisadores e empreendedores, além de outros colaboradores e partes interessadas, estão aprendendo e trabalhando juntos em países ao redor do mundo.

**Mas precisamos acelerar as ações para alcançar todas as pessoas mais velhas e acelerar o impacto para otimizar a capacidade funcional.** É necessária uma ação urgente para garantir que todas as pessoas mais velhas consigam atender às suas necessidades básicas. 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 habilidades das pessoas mais velhas; 3) fornecer cuidados integrados e centrados na pessoa, além de serviços de saúde primários que atendam às pessoas mais velhas; e 4) fornecer acesso a cuidados em longo prazo para pessoas mais velhas caso precisem.

**Compromisso sustentado e parcerias para a mudança também são necessários para concretizar as melhorias que queremos ver até 2030.** A Década identifica quatro facilitadores: 1) ouvir vozes diversas e permitir o envolvimento significativo de pessoas mais velhas, familiares, cuidadores e comunidades; 2) nutrir a liderança e desenvolver capacidade em todos os níveis para tomar medidas adequadas que sejam integradas em todos os setores; 3) conectar diversas partes interessadas ao redor do mundo para compartilhar e aprender com a experiência de outros; e 4) fortalecer dados, pesquisa e inovação para acelerar a implementação. O caminho apresentado neste relatório descreve etapas para reunir esses facilitadores, acelerar a implementação e otimizar a capacidade funcional.

**Acelerar o impacto requer aprender com as práticas dos países.** O envelhecimento saudável é um processo dinâmico que envolve todas as pessoas mais velhas e requer uma abordagem que envolva toda a sociedade. As narrativas ao longo do caminho abordam cada domínio da capacidade funcional (ou seja, atender às necessidades básicas, aprender e tomar decisões, ter mobilidade, construir e manter relacionamentos e contribuir com famílias, comunidades ou sociedade) e o aprendizado com abordagens baseadas em doenças. As narrativas ilustram o que pode ser feito com pessoas mais velhas promovendo mudanças, o que precisa ser avaliado e como países e outras partes interessadas estão ampliando ações para aumentar o impacto.

# 2023 É O PRÓXIMO MARCO DA DÉCADA

**A aceleração do impacto exige coerência política em toda a OMS e alinhamento com os membros das Nações Unidas. A aceleração deve ser moldada pela visão de um mundo no qual todas as pessoas possam viver vidas longas e saudáveis.** Isso inclui coordenação baseada em valores e objetivos compartilhados e colaboração para apoiar governos e partes interessadas na implementação da Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável 2021-2030 com ações que alcancem todas as pessoas idosas.

A missão da OMS de promover a saúde, manter o mundo seguro e servir os vulneráveis tem três metas ousadas dentro de seu atual Programa Geral de Trabalho para melhorar a saúde de bilhões de pessoas. Este é um marco importante em direção à Agenda 2030.<sup>44,120,145,146</sup>

Os índices dos Três Bilhões também são altamente relevantes para nossos esforços coletivos de promover o envelhecimento saudável e acelerar o impacto mensurável na vida das pessoas mais velhas.

São apresentadas oportunidades para reforçar a visibilidade das pessoas idosas em cada bilhão.<sup>145,146</sup>

**A missão da OMS de promover a saúde, manter o mundo seguro e servir os vulneráveis tem três metas ousadas para melhorar a saúde de bilhões de pessoas.**

## UM BILHÃO DE PESSOAS A MAIS BENEFICIADAS COM A UHC

Para que a relevância programática alcance **um bilhão de pessoas a mais beneficiadas pela cobertura universal de saúde**, acelerar o impacto requer ampliar e expandir as intervenções voltadas a todas as pessoas mais velhas que se beneficiariam. A cooperação com os países para promover a cobertura universal de saúde para pessoas de todas as idades também é enfatizada no Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e Bem-estar e na Declaração Política da Cúpula sobre Cobertura Universal de Saúde.

As ações lideradas pelos sistemas de saúde e assistência social são destacadas nas narrativas da Seção 4. Para apoiar mudanças sistemáticas, são necessárias, bem antes de 2023, ferramentas práticas voltadas às pessoas mais velhas. Essas ferramentas servirão para embasar e monitorar a prestação de serviços em prol da capacidade intrínseca e capacidade funcional.<sup>278</sup> Uma ferramenta, o Compêndio UHC, será lançada em dezembro de 2020. Os mecanismos para financiar esses serviços devem ser fortalecidos sem sobrecarregar ainda mais as pessoas mais velhas e suas famílias. Consequentemente, mecanismos nacionais sustentáveis de financiamento público e, quando necessário, assistência ao desenvolvimento que reconheça que cada faixa etária deve ter uma parcela justa dos recursos → **5.2**.<sup>279</sup>





5.1



## COMPÊNDIO UHC

### Serviços para beneficiar mais pessoas, incluindo pessoas mais velhas

O Compêndio UHC fornece uma lista abrangente de cerca de cinco mil intervenções de saúde em um formato padronizado.<sup>280</sup> **Os países podem analisar este catálogo e ser incentivados a expandir seus pacotes de benefícios da UHC a fim de incluir serviços abrangentes para pessoas mais velhas.** O Compêndio é baseado nas orientações existentes da OMS e apresenta intervenções para abordar condições e necessidades comuns ao longo da vida. Ele inclui informações sobre grupos beneficiários, eficácia e implicações de recursos, e fornecerá orientação aos países no desenvolvimento de pacotes de serviços e benefícios. Para as necessidades de saúde e assistência social das pessoas mais velhas, o Compêndio inclui serviços que refletem uma abordagem integrada para promover o envelhecimento saudável.

A estrutura do Compêndio UHC permite aos usuários mapear intervenções e suas ações associadas de acordo com o contexto local e entre diferentes plataformas. As ações descritas

**Ao incluir as intervenções do ICOPE, o Compêndio apoia o envelhecimento saudável ao abordar condições prioritárias associadas a declínios em todos os domínios da capacidade intrínseca, incluindo perda de audição e visão.**

no Compêndio estão vinculadas aos produtos e às competências da força de trabalho em saúde, bem como aos requisitos de alocação de recursos em todo o sistema de saúde. Recomendações baseadas em evidências para atender às necessidades específicas de saúde de pessoas mais velhas – incluindo as intervenções do Programa de Cuidados Integrados para a Pessoa Idosa (ICOPE) da OMS – podem ser facilmente acessadas no Compêndio.



## Assistência ao desenvolvimento por faixas etárias, em relação ao fardo das doenças

**O fluxo de assistência ao desenvolvimento para a saúde (DAH), direcionado a faixas etárias ou condições específicas, poderia ser mais bem adaptado ao fardo das doenças (morbilidade e mortalidade) entre faixas etárias (Figura 5.1).<sup>281</sup>**

O DAH beneficia as pessoas mais velhas.<sup>282,283</sup> No entanto, ele tem como alvo os grupos etários mais jovens do que os mais velhos, em relação ao fardo das doenças. Sem esforços coordenados, prevê-se que esta disparidade aumente ainda mais até 2030-2040.<sup>284</sup>

**Essa incompatibilidade está dentro do contexto mais amplo do fluxo de assistência internacional ao desenvolvimento para a saúde.**

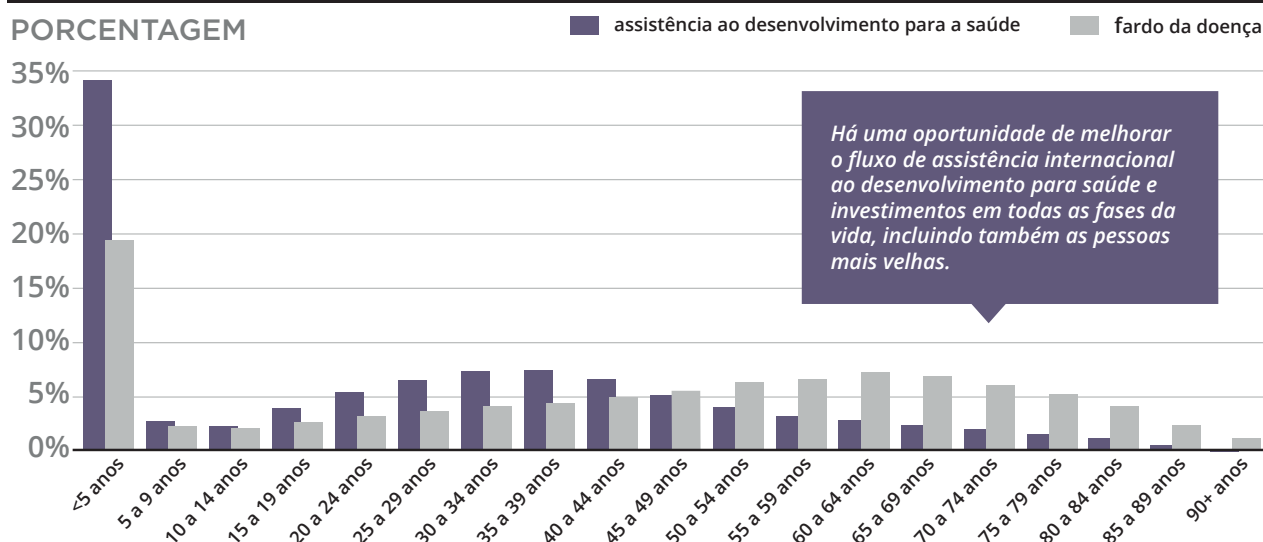
Do total de US\$ 40,6 bilhões em DAH para 2017, 32% foram para saúde materna, neonatal e infantil; 25% para HIV/AIDS; pouco mais de 6% para malária e 4% para tuberculose, com quase 6% para outras doenças infecciosas e menos de 2% para DNTs. Menos de 14% foram destinados ao fortalecimento do sistema de saúde ou ao apoio setorial.

**Mais insights sobre oportunidades de investimento em cada estágio da vida podem identificar quais ações incentivam trajetórias positivas de desenvolvimento e envelhecimento saudável** (por exemplo, desenvolver capacidade intrínseca no início da vida, incluindo reservas, e abordagens para retardar declínios e diminuir a taxa de eventuais declínios).

**Cada país pode usar informações sobre o fardo das doenças em todas as faixas etárias como parte da descrição do contexto nacional e da identificação do que pode ser feito – incluindo a redução de dificuldades financeiras.** Isso pode ser discutido com parceiros de desenvolvimento e partes interessadas nacionais para garantir que dados e informações sejam integrados aos processos nacionais de planejamento, orçamento, recursos e definição de marcos.

### FIGURA 5.1

**Assistência ao desenvolvimento para a saúde e o fardo das doenças em 2017, por grupos etários<sup>283</sup>**





## UM BILHÃO A MAIS DE PESSOAS SÃO MELHOR PROTEGIDAS CONTRA EMERGÊNCIAS DE SAÚDE

Para que o programa tenha relevância e **um bilhão de pessoas a mais serem mais bem protegidas contra emergências de saúde**, a aceleração do impacto deve incluir a forma como prevemos e respondemos a

emergências naturais e provocadas pelo homem, bem como a outros fatores ambientais.

O início da Década destacou os pontos fortes das pessoas mais velhas no enfrentamento da pandemia da COVID-19. Isso destaca a necessidade de abordar como é prejudicial a combinação de discriminação baseada na idade, etarismo e condições de saúde subjacentes e como essa combinação aumenta a suscetibilidade das



# A relevância das quatro áreas de ação da Década para a COVID-19<sup>285</sup>

**A pandemia no início desta década ressalta fortemente a importância de foco, investimento e ação coordenados e sustentados para promover o envelhecimento saudável. O que podemos fazer?**

1

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

Os esforços devem ser ampliados para combater o preconceito contra a idade em todas as políticas, cenários e práticas. Deve-se chamar a atenção para os estereótipos negativos, o preconceito e a discriminação por causa da idade, bem como para a violência contra pessoas mais velhas, inclusive durante o isolamento e a restrição de movimento. A Década oferece uma oportunidade de envolver a mídia, atualizar informações e promover a solidariedade entre gerações, em vez de colocá-las umas contra as outras. “Nenhuma pessoa, jovem ou velha, é dispensável.”

2

### **Desenvolvendo comunidades de forma a promover as capacidades das pessoas mais velhas**

Uma resposta rápida às mudanças ambientais causadas pela COVID-19 exigirá que aproveitemos a infraestrutura existente nas cidades e comunidades para: 1) identificar quem está em risco; 2) disseminar informações; 3) atender às necessidades básicas de alimentação, dinheiro e medicamentos; 4) implementar mecanismos de apoio social; e 5) manter a saúde e a assistência social. Estratégias devem ser desenvolvidas em estreita colaboração com prestadores de serviços locais, empresas, sociedade civil e redes comunitárias (incluindo associações de pessoas mais velhas) para determinar ações eficazes para interromper a transmissão local da COVID-19 e mitigar os impactos secundários da pandemia.

peessoas mais velhas à doença e a gravidade da doença e como resulta em taxas de mortalidade substancialmente mais altas do que as observadas até novembro de 2020. Também destaca a importância de aprender com as abordagens baseadas em doenças e mudá-las. Ainda, de avaliar o funcionamento de forma mais abrangente para contribuir com a prevenção e o gerenciamento de doenças. Para nos prepararmos para o próximo desafio, precisamos incorporar o que aprendemos com

esta pandemia. As quatro áreas de ação prioritárias da Década podem ajudar a desenvolver uma resposta e recuperação aceleradas que envolvam as pessoas mais velhas e as suas famílias (→ 5.3). Um avanço até 2023 pode nos colocar no caminho certo para vermos melhorias até 2030, ao passo que a negligência nessa área pode contribuir para a estagnação ou deterioração.

3

### **Prestar cuidados e serviços de saúde primários integrados e centrados na pessoa e que sejam adequados às pessoas mais velhas**

Cuidados de saúde primários e assistência social centrados na pessoa, não discriminatórios, acessíveis e integrados devem apoiar as comunidades na promoção e manutenção das capacidades das pessoas mais velhas, tanto durante a pandemia como depois dela. Ampliar o atendimento integrado para pessoas mais velhas exigirá investimento e transformação dos sistemas de saúde. Isso requer o envolvimento de pessoas mais velhas em ensaios clínicos, o desenvolvimento de novas tecnologias e a aplicação prática de telessaúde/telemedicina, bem como o trabalho com setores não relacionados à saúde para criar oportunidades para que as pessoas desenvolvam e mantenham suas capacidades e habilidades.

4

### **Proporcionar às pessoas idosas que dele necessitam o acesso a cuidados de longa duração (→ 3.3)**

Para aumentar a disponibilidade de cuidados em longo prazo, as atividades durante a Década irão: 1) acelerar o desenvolvimento de diretrizes, kits de ferramentas e boas práticas relevantes; 2) defender mais recursos humanos e financiamento, e padrões de acomodação e governança em tais ambientes; e 3) intensificar os esforços para obter dados mais desagregados sobre serviços e instalações de cuidados em longo prazo. A Década pode tirar lições da pandemia – incluindo como priorizar os testes de pessoas suscetíveis em tais cenários – e levar a ações concretas para prestar serviços de cuidados em longo prazo sustentáveis e equitativos, inclusive em casa e nas comunidades.

## UM BILHÃO A MAIS DE PESSOAS DESFRUTA DE MELHOR SAÚDE E BEM-ESTAR

Para relevância programática e para **um bilhão a mais de pessoas desfrutarem de melhor saúde e bem-estar**, diversos determinantes podem ser abordados a partir da perspectiva das pessoas mais velhas. Isso inclui ar e água limpos, estradas seguras, nutrição, ausência de violência doméstica e ausência de abuso da pessoa idosa. Como os casos neste relatório ilustram, o impacto requer coordenação multissetorial e inovação, com o setor da saúde frequentemente, mas nem sempre, na liderança.

Garantir o envolvimento de tomadores de decisão, pessoas mais velhas e partes interessadas em cada país é fundamental para acelerar ações e impactos que não deixem ninguém para trás. As ações devem fortalecer as conexões entre 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 compromissos com os da Década devem ser buscadas incansavelmente.



### Capacitar cidades e comunidades para promover a saúde e o bem-estar das pessoas idosas

Existem várias redes urbanas e comunitárias em nível global, regional e dentro de cada país. Devem ser buscadas sinergias para acelerar o impacto na vida das pessoas mais velhas em cada comunidade e alcançar pessoas em todos os países. As redes globais incluem:

- **Cidades e comunidades amigas das pessoas mais velhas da OMS**<sup>286</sup> promovem a plena participação das pessoas mais velhas na vida comunitária e o envelhecimento saudável e ativo → 2.14.
- **WHO Healthy Cities (Cidades Saudáveis da OMS)**<sup>287</sup> trabalha para colocar a saúde em primeiro plano nas agendas sociais, econômicas e políticas dos governos municipais.
- **Partnership for Healthy Cities (Parcerias para Cidades Saudáveis)**<sup>288</sup> compromete-se em salvar vidas prevenindo doenças crônicas não transmissíveis 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, ambientais, sociais e econômicas).

Há também redes de cidades inteligentes que enfatizam o papel da tecnologia e do design na melhoria da interação entre as pessoas e seus ambientes como essenciais para otimizar a capacidade funcional. É vital garantir que essas redes incluam pessoas mais velhas → 2.15.

A OMS fornece orientação<sup>173</sup> a muitas redes e se envolve por meio de diferentes iniciativas, como as iniciativas envolvendo a demência<sup>289</sup> que permitem que pessoas com demência e seus cuidadores participem plenamente da sociedade e tenham um lugar nela, incentivando uma sociedade inclusiva em relação à demência.





## PRÓXIMOS PASSOS

A missão da Década reconhece que aquilo que é medido impulsiona a ação.

O monitoramento do progresso ao longo da Década fornecerá informações sobre a visão e as áreas de ação e continuará a ampliar outros instrumentos de política global da OMS e da ONU para incluir pessoas mais velhas. A OMS, juntamente com parceiros, oferecerá ferramentas inovadoras, incluindo uma plataforma on-line<sup>290</sup> para compartilhar conhecimento e apoiar diversas partes interessadas para interagir e implementar ações, e um portal de dados<sup>291</sup> com informações sobre indicadores globais com foco em pessoas mais velhas, envelhecimento saudável e compromissos nacionais.

Os Estados-Membros serão incentivados a produzir e disseminar dados, compartilhar relatórios e organizar eventos para discutir o progresso e adaptar planos. Os relatórios de progresso também se basearão no mecanismo de relatórios do Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento,<sup>292</sup> no monitoramento nacional do envelhecimento saudável e nas revisões nacionais sobre o progresso no alcance dos ODS, incluindo relatórios desagregados por idade dos indicadores e metas dos ODS. Relatórios de progresso sobre a implementação da Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável serão compilados pela OMS em colaboração com o Departamento de Assuntos Sociais e Econômicos das Nações Unidas, o Fundo de População das Nações Unidas, outros escritórios, departamentos e agências especializadas da ONU e partes interessadas relevantes, incluindo organizações internacionais e regionais, a sociedade civil, o setor privado, a academia e a mídia.

Espera-se que o próximo relatório (2023) coincida com a conclusão do Décimo Terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS e esteja alinhado com a Quarta Revisão Global do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento.<sup>293</sup> Posteriormente, haverá uma revisão intermediária em 2026 e uma nova revisão em 2029, antes do final da Década. Um relatório final será alinhado à Agenda 2030 da ONU.

O próximo passo no monitoramento do progresso aumentará a visibilidade das pessoas mais velhas dentro dos ODS e nos indicadores e metas dos ODS, produzindo uma estrutura e uma abordagem analítica que se baseiem em diversas fontes de informação. Previsto para 2021, essa estrutura refletirá a perspectiva das pessoas mais velhas. A estrutura será desenvolvida com parceiros da ONU, instituições nacionais, incluindo escritórios nacionais de estatística,<sup>294</sup> e organizações da sociedade civil.

### **As estimativas de base indicam que pelo menos 142 milhões de pessoas mais velhas atualmente não têm capacidade de atender às suas necessidades básicas.**

Devemos trabalhar juntos para garantir que todas as necessidades básicas sejam atendidas e para promover todas as habilidades que contribuem para o bem-estar das pessoas mais velhas. É disso que se trata o envelhecimento saudável e é com isso que estamos coletivamente comprometidos a acelerar durante a Década para alcançar sociedades inclusivas, nas quais as pessoas mais velhas sejam as que impulsionam a mudança.

O número de pessoas mais velhas aumentará constantemente ao longo da Década. Como indivíduos, encorajamos e apoiamos nossos tios e tias, mães e pais e avós e avôs, a terem vidas mais longas, significativas e dignas, e esperamos o mesmo para nós e nossos irmãos e irmãs. Esperamos que esse seja o destino dos nossos filhos e filhas, sobrinhos e sobrinhas e seus netos: viver em um mundo onde todas as pessoas sejam aceitas em todas as idades e todas sejam capazes de ser e fazer o que valorizam ao longo de suas vidas.

***Assumimos o compromisso, ao longo da Década, de trabalhar em conjunto, com as pessoas mais velhas na liderança, para transformar as sociedades e alcançar a mesma liberdade para todas as pessoas.***



Nossa visão  
é um mundo em que  
todas as pessoas  
possam viver vidas  
longas e saudáveis.



## ANEXO 1

### Descrição do Envelhecimento Saudável – cada componente e seus domínios

A capacidade funcional combina a capacidade intrínseca do indivíduo, o ambiente em que a pessoa vive e como ela interage com o seu ambiente. Foram descritos abaixo os cinco domínios identificados para os três componentes do envelhecimento saudável.

#### CAPACIDADE FUNCIONAL: CINCO DOMÍNIOS INTER-RELACIONADOS

##### Capacidade de atender às necessidades básicas

Talvez a mais fundamental das habilidades seja a capacidade de as pessoas mais velhas administrar e satisfazer as suas necessidades imediatas e futuras e garantir um padrão de vida adequado, conforme definido no Artigo 25 da *Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas*. Essa capacidade inclui poder pagar por uma dieta balanceada, vestuário, moradia adequada e serviços de assistência médica e de cuidados em longo prazo. Também se estende a apoio para minimizar o impacto de choques econômicos que podem surgir devido a doenças, invalidez, perda do cônjuge ou dos meios de subsistência.

A incapacidade das pessoas mais velhas de atender às suas necessidades básicas pode ser tanto uma causa quanto um efeito da capacidade reduzida. Além disso, os ambientes também desempenham um papel crucial. “Políticas sociais precárias, arranjos econômicos injustos (nos quais os que já são privilegiados economicamente e saudáveis se tornam ainda mais ricos e os pobres que já têm mais probabilidade de adoecer se tornam ainda mais pobres) e má administração pública” dificultam a satisfação das necessidades básicas na velhice e, portanto, limitam o que as pessoas mais velhas podem e poderiam fazer.

##### Capacidade de aprender, crescer e tomar decisões

As habilidades para aprender, crescer e tomar decisões incluem esforços para continuar aprendendo e aplicando conhecimento, se envolver na resolução de problemas, continuar o desenvolvimento pessoal e ser capaz de fazer escolhas. Continuar aprendendo permite que as pessoas mais velhas tenham o conhecimento e as habilidades para administrar sua saúde, se manterem atualizadas sobre os desenvolvimentos em informação e tecnologia, participar (por exemplo, trabalhando ou se voluntariando), se adaptar ao envelhecimento (por exemplo, à aposentadoria, viuvez ou ao fato de se tornar um cuidador), manter sua identidade e continuar interessadas na vida.

A idade está associada a mudanças positivas e negativas na capacidade (ou nas percepções delas), que influenciam essas habilidades. Pesquisas mostram que, com a idade, diversos processos cognitivos se deterioram, incluindo a velocidade de processamento, a memória de trabalho, as funções executivas, a atenção e a inibição. Em contraste, os processos cognitivos automáticos e intuitivos permanecem estáveis ou até melhoram. Da mesma forma, o crescimento social e emocional geralmente aumenta com a idade. Investir nessas habilidades pode ter impactos positivos em todos os aspectos da vida: saúde, recreação, relacionamentos, vida cívica e vida profissional. As capacidades de aprender, crescer e tomar decisões estão fortemente associadas à autonomia, dignidade, integridade, liberdade e independência das pessoas mais velhas.

##### Capacidade de ter mobilidade (se movimentar)

Ter mobilidade é importante para o envelhecimento saudável. Refere-se ao movimento em todas as suas formas, seja ele impulsionado pelo corpo (com ou sem um dispositivo de assistência) ou por um veículo. Mobilidade inclui levantar-se de uma cadeira ou passar da cama para uma cadeira, caminhar por lazer, fazer exercícios, realizar tarefas diárias, dirigir um carro e

usar transporte público. A mobilidade é necessária para fazer coisas em casa; acessar lojas, serviços e instalações na comunidade (como parques); e participar de atividades sociais e culturais. As mudanças nas capacidades físicas e mentais comuns na velhice podem limitar a mobilidade. No entanto, a capacidade pode ser desenvolvida, e os ambientes têm o poder de ampliar o que uma pessoa consegue fazer. Isso talvez seja mais facilmente ilustrado pela capacidade de mobilidade.

A mobilidade é influenciada não apenas pela capacidade intrínseca das pessoas mais velhas e pelos ambientes em que vivem, mas também pelas escolhas que fazem. As decisões sobre mobilidade são, por sua vez, influenciadas pelo ambiente construído, pelas atitudes da pessoa idosa e de outras pessoas e pela existência de motivação e meios para se movimentar (com o auxílio de dispositivos de assistência ou transporte). A mobilidade por meio de políticas inclusivas e serviços sustentáveis pode permitir a movimentação de pessoas de todas as idades. Chegar aonde se deseja ir é relevante para todos os domínios da capacidade funcional, destacando os inter-relacionamentos.

### **Capacidade de construir e manter relacionamentos**

Manter relacionamentos é frequentemente identificado por pessoas mais velhas como essencial para seu bem-estar e, à medida que envelhecem, podem dar prioridade cada vez maior a essa capacidade. Diversos tipos de relacionamentos são importantes para pessoas mais velhas, incluindo relacionamento com filhos e outros membros da família, relacionamentos íntimos e relacionamentos sociais informais com amigos, vizinhos, colegas e conhecidos, bem como relacionamentos mais formais com prestadores de serviços comunitários.

Essa habilidade também está fortemente interconectada e pode ter impacto em todas as outras habilidades. Por exemplo, a quantidade e a qualidade dos relacionamentos interpessoais, os níveis de confiança associados e o sentimento de pertencer a uma

rede de pessoas com interesses em comum podem influenciar o aproveitamento de outras habilidades, como mobilidade e contribuição para a comunidade. A capacidade de construir e manter relacionamentos e redes sociais está intimamente relacionada a diversas competências, incluindo a capacidade de formar novos relacionamentos e de se comportar de maneiras socialmente apropriadas. Também está intimamente relacionado aos níveis de capacidade intrínseca. Quando confrontadas com redução em suas capacidades, as pessoas mais velhas podem ter mais dificuldade em manter relacionamentos sociais, que conseqüentemente muitas vezes diminuem.

### **Capacidade de contribuir**

Essa capacidade abrange uma infinidade de contribuições que as pessoas mais velhas fazem às suas famílias e comunidades – como ajudar amigos e vizinhos, orientar colegas e pessoas mais jovens e cuidar de familiares e da comunidade em geral. A capacidade de contribuir está intimamente associada ao envolvimento em atividades sociais e culturais.

O voluntariado e o trabalho são duas maneiras importantes pelas quais os adultos encontram realização na velhice e são usados nesta seção para ilustrar a capacidade de contribuir. O termo “trabalho” é usado em seu sentido mais amplo e inclui trabalho não remunerado em casa ou em uma empresa familiar, trabalho remunerado para outra pessoa ou organização na economia formal ou informal e trabalho autônomo. O voluntariado é um trabalho não remunerado que as pessoas mais velhas escolhem fazer para pessoas fora de sua casa e para a comunidade em geral.

Embora a ênfase das políticas em muitos países seja promover a habilidade das pessoas mais velhas de contribuir, isso requer que outras habilidades sejam desenvolvidas primeiro. Também requer uma série de políticas e práticas que facilitem a capacidade das pessoas mais velhas de trabalhar e se voluntariar de maneiras que promovam o Envelhecimento Saudável.

## **CAPACIDADE INTRÍNSECA: CINCO DOMÍNIOS INTER-RELACIONADOS**

### **Capacidade locomotora (movimento físico)**

A capacidade física de uma pessoa de movimentar seu corpo é denominada capacidade locomotora e é vital para permitir que as pessoas sejam móveis, mantenham a independência e evitem a dependência de cuidados. A capacidade locomotora é caracterizada pelas funções das articulações, ossos, reflexos e força muscular. As medidas de locomoção incluem a velocidade da marcha, ou seja, o tempo que alguém 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 prejudicar os movimentos ou interferir no equilíbrio, mas às vezes são desnecessários ou ineficazes para uma pessoa específica. Dor persistente pode limitar o movimento ou até mesmo impedir o exercício. É importante reconhecer esses fatores ao avaliar a capacidade locomotora. O declínio na capacidade locomotora pode ocorrer devido a alterações na massa ou densidade óssea e pode progredir a um ponto em que o risco de fratura aumenta significativamente. Melhora pode ocorrer com exercícios.

### **Capacidade sensorial (inclui visão e audição)**

Refere-se à capacidade do sistema nervoso sensorial de processar informações e responder a estímulos. Consiste nas funções dos sentidos, como visão, audição, paladar, olfato e tato. A visão permite que as pessoas sejam móveis, interajam com segurança com o ambiente 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 a autonomia e sustentar a saúde mental e as funções cognitivas. A perda auditiva não tratada interfere na comunicação e pode levar ao isolamento social. Problemas sensoriais geralmente podem ser controlados de forma eficaz por meio de 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 manter a homeostase diante de exposições diárias usuais, bem como desafios mais extremos, incomuns ou inesperados, como lesões ou infecções. Assim, a vitalidade pode ser conceituada como a quantidade de capacidade intrínseca que pode ser retida e pode ser vista como subjacente à resiliência de uma pessoa aos desafios, vigor e resistência. A nutrição é um dos principais fatores para manter a vitalidade na velhice. Deficiências sensoriais (por exemplo, diminuição do paladar e do olfato), saúde bucal precária, isolamento, solidão e depressão – isoladas ou combinadas – podem aumentar o risco de desnutrição em pessoas mais velhas.

### **Capacidade cognitiva**

Capacidade cognitiva refere-se à capacidade de uma pessoa de executar uma série de funções mentais, incluindo, entre outras, funções de orientação, manutenção e mudança de atenção, psicomotora, memória, linguagem, cálculo, pensamento; e funções cognitivas de nível superior que envolvem tomada de decisão, pensamento abstrato, elaboração e execução de planos e decisão sobre quais comportamentos são apropriados em que circunstâncias. A variação das funções cognitivas e os padrões heterogêneos de modificação com a idade são influenciados por muitos fatores, incluindo status socioeconômico, estilo de vida, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos.

### **Capacidade psicológica**

A capacidade psicológica está principalmente relacionada às funções emocionais – ou seja, as funções mentais relacionadas aos componentes emocionais e afetivos do processo da mente. “Sintomas depressivos” (baixo astral ou depressão abaixo do limiar), um aspecto importante da capacidade psicológica, se aplicam a pessoas mais velhas que apresentam dois ou mais sintomas simultâneos de depressão durante a maior parte ou o tempo todo por pelo menos duas semanas, mas que não atendem aos critérios para um diagnóstico de depressão grave. Outros aspectos, como ansiedade, características

de personalidade, enfrentamento e domínio também exigem medidas complexas. Os sintomas depressivos são mais comuns em pessoas mais velhas com condições crônicas e incapacitantes, em isolamento social ou que são cuidadores com responsabilidades de cuidados exigentes.

## AMBIENTES: CINCO DOMÍNIOS INTER-RELACIONADOS

### Produtos e tecnologia

Referem-se aos produtos naturais ou feitos pelo homem ou à cadeia de produtos, equipamentos e tecnologia no ambiente imediato de uma pessoa que são coletados, criados, produzidos ou fabricados. Isso pode incluir produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos, bem como para capacidades sensoriais pessoais. Exemplos de produtos assistivos incluem aparelhos auditivos, cadeiras de rodas, aparelhos de comunicação, óculos, próteses, organizadores de comprimidos e materiais para auxílio de memória. Esses produtos visam mitigar declínios nas capacidades e otimizar a capacidade funcional.

### Ambiente natural e construído

Referem-se a elementos animados e inanimados do ambiente natural ou físico, e componentes desse ambiente que foram modificados por pessoas, bem como características de populações humanas dentro desse ambiente. Isso pode incluir fatores, como clima, qualidade do ar, luz e som; bem como eventos naturais ou causados pelo homem que causam perturbações no ambiente físico e na vida cotidiana de um indivíduo. Os ambientes da vizinhança abrangem fatores do ambiente construído e elementos geográficos que refletem graus de inclusão, segurança e proteção.

### Suporte e relacionamentos

Pessoas ou animais podem fornecer apoio físico ou emocional prático, carinho, acolhimento, proteção, assistência e relacionamentos a outras pessoas, em sua casa, local de trabalho ou em outros aspectos de suas atividades diárias. O fator ambiental descrito não é a pessoa ou o

animal, mas a quantidade de apoio físico e emocional que a pessoa ou o animal fornece. Atitudes são consequências observáveis de costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças factuais e crenças religiosas.

### Atitudes

As atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, desde relacionamentos interpessoais e associações comunitárias até estruturas políticas, econômicas e jurídicas. Atitudes individuais ou sociais podem motivar práticas positivas e honoríficas ou práticas negativas e discriminatórias. As atitudes são de pessoas externas à pessoa cuja situação está sendo descrita. Etarismo é o estereótipo, o preconceito e a discriminação contra pessoas com base na idade. Atitudes em relação à idade das próprias pessoas também moldam comportamentos e escolhas feitas por pessoas de todas as idades.

### Serviços, sistemas e políticas

Os **serviços** oferecem benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores da sociedade, projetados para atender às necessidades dos indivíduos, incluindo pessoas mais velhas. Os serviços podem ser públicos, privados ou voluntários e podem ser estabelecidos em nível local, comunitário, regional, estadual, provincial, nacional ou internacional por indivíduos, associações, organizações, agências ou governos. Pessoas que prestam os serviços também estão incluídas.

**Sistemas** referem-se ao controle administrativo e aos mecanismos organizacionais estabelecidos pelos governos nos níveis local, regional, nacional e internacional – ou por outras autoridades reconhecidas – que são projetados para organizar, controlar e monitorar os serviços. A conexão entre os sistemas de saúde e assistência social é relevante para muitas pessoas idosas.

**Políticas** são constituídas por regras, regulamentos, convenções, padrões e mecanismos financeiros estabelecidos por governos nos níveis local, regional, nacional e internacional, ou por outras autoridades reconhecidas. As políticas governam e regulam os sistemas. As políticas não devem codificar a discriminação com base na idade.



## ANEXO 2

## Países com pontuações ou itens disponíveis, número de homens e mulheres incluídos na amostra e população do país

	Dados comparáveis		Pessoas incluídas na amostra do estudo			Total da população do país	
	Algumas necessidades básicas: 3 itens	Força de apreensão manual/ recordação tardia de palavras	Homens com 60 anos ou mais	Mulheres com 60 anos ou mais	Total de participantes na amostra do estudo nacional	População	População com 60 anos ou mais
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
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
Chipre	X	X	401	551	952	1 206 000	238 000
República Tcheca	X	X	1 545	2 246	3 791	10 708 000	2 800 000
Dinamarca	X	X	1 119	1 283	2 402	5 791 000	1 513 000
Inglaterra	X		3 234	3 867	7 101	67 887 000	16 569 000
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
Alemanha	X	X	1 450	1 513	2 963	83 784 000	23 991 000
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
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
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
México		x	1 222	1 696	2 918	128 934 000	14 491 000
Países Baixos	X	X	1 418	1 601	3 019	17 136,000	4 558 000
Polónia	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
Romênia	X	X	653	802	1 455	19 238 000	4 990 000
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

	Dados comparáveis		Pessoas incluídas na amostra do estudo			Total da população do país	
	Algumas necessidades básicas: 3 itens	Força de apreensão manual/ recordação tardia de palavras	Homens com 60 anos ou mais	Mulheres com 60 anos ou mais	Total de participantes na amostra do estudo nacional	População	População com 60 anos ou mais
África do Sul		X	415	912	1 327	59 307 000	5 062 000
Espanha	X	X	1 835	2 199	4 034	46 753 000	12 278 000
Sri Lanka	X		394	463	857	21 414 000	3 519 000
Suécia	X	X	1 381	1 567	2 948	10 098 000	2 620 000
Suíça	X	X	970	1 108	2 078	8 657 000	2 189 000
EUA	X		4 894	6 934	11 828	331 002 000	75 718 000
	37 países com dados sobre 3 itens da capacidade funcional		57 280	69 854	127 134	2 596 701 000	514 187 000
	36 países com dados sobre 2 itens da capacidade intrínseca		55 161	65 948	121 109	3 778 931 000	577 677 000
Amostra total	42 países com dados sobre capacidade funcional ou capacidade intrínseca (31 países têm ambos)		68 456	83 262	151 718	4 228 383 000	678 541 000
Estimativas da população mundial de 2020 <sup>1</sup>						7 794 799 000	1 049 748 000

Esta tabela não inclui estimativas específicas para cada país. A intenção desta referência (2020) era identificar dados existentes mapeados para cada domínio do envelhecimento saudável e determinar a comparabilidade entre o maior número possível de países. Nesta fase, a intenção não era comparar os níveis atuais de habilidades ou capacidades dos países. No próximo relatório de progresso (2023), a OMS prevê relatar estimativas específicas por país.

As estimativas ilustradas na Seção 2 deste relatório representam as melhores estimativas da OMS, com base nas evidências disponíveis até julho de 2020, e não nas estimativas oficiais dos Estados-Membros. Elas foram calculadas usando categorias, definições e métodos padrão para garantir comparabilidade entre países e podem não ser as mesmas que as estimativas nacionais oficiais produzidas usando métodos alternativos e possivelmente igualmente rigorosos.

## ANEXO 3

**Itens selecionados para medir cada domínio de capacidade intrínseca ou capacidade funcional, conforme proposto pelos especialistas técnicos da OMS**

Capacidade intrínseca			Habilidade funcional		
Nº	Itens	Domínio	Nº	Itens	Domínio
1	Memória: recordação imediata de 10 palavras	Cognitivo	1	Dificuldade ou nível de problema para tomar banho	Necessidades básicas
2	<b>Memória: recordação tardia de 10 palavras</b>	<b>Cognitivo</b>	2	<b>Dificuldade ou nível de problema para se vestir</b>	<b>Necessidades básicas</b>
3	Orientação	Cognitivo	3	Dificuldade ou nível de problema para ir ao banheiro	Necessidades básicas
4	Memória: recordação tardia de 10 palavras	Cognitivo	4	Dificuldade ou nível de problema para comer	Necessidades básicas
5	Orientação	Psicológico	5	Dificuldade ou nível de problema para subir ou descer da cama	Necessidades básicas
6	Acordar com frequência durante a noite e depois ter dificuldade para dormir	Psicológico	6	<b>Dificuldade ou o nível de problema para tomar medicamentos</b>	<b>Necessidades básicas</b>
7	Com frequência, acordar muito cedo pela manhã e não conseguir dormir novamente	Psicológico	7	Dificuldade ou nível de problema para realizar as tarefas domésticas	Necessidades básicas
8	Com frequência, sentir-se não descansado durante o dia, independentemente das horas de sono	Psicológico	8	Dificuldade ou nível de problema para preparar uma refeição quente	Necessidades básicas
9	Todos os 10 itens do questionário CES-D de 10 itens em variáveis separadas	Psicológico	9	<b>Dificuldade ou nível de problema para administrar dinheiro</b>	<b>Necessidades básicas</b>
10	Todos os 12 itens do questionário EURO-D em variáveis separadas	Psicológico	10	Dificuldade ou nível de problema para fazer compras no supermercado	Necessidades básicas
11	Visão à distância	Sensorial	11	Dificuldade ou nível de problema para atravessar um cômodo	Mobilidade
12	Visão de perto	Sensorial	12	Dificuldade ou nível de problema para caminhar curtas distâncias	Mobilidade
13	Audição para participantes que não usam aparelho auditivo	Sensorial	13	Filhos: encontros frequentes (combinados e casuais)	Manter relacionamentos
14	Audição para participantes que usam aparelho auditivo	Sensorial	14	Filhos: falam ao telefone com frequência	Manter relacionamentos
15	Velocidade da marcha	Locomotor	15	Filhos: escrevem ou enviam e-mail	Manter relacionamentos
16	<b>Força de Preensão Manual</b>	<b>Vitalidade</b>	16	Filhos: se comunicam por Skype, Facebook ou outras redes sociais	Manter relacionamentos

<b>17</b>	Respiração forçada: capacidade vital forçada (CVF)	Vitalidade	<b>17</b>	Parentes: encontros frequentes (combinados e casuais)	Manter relacionamentos
<b>18</b>	Respiração forçada: volume expiratório forçado (VEF)	Vitalidade	<b>18</b>	Parentes: falam ao telefone com frequência	Manter relacionamentos
<b>19</b>	Respiração forçada: pico de fluxo (PF)	Vitalidade	<b>19</b>	Parentes: escrevem ou enviam e-mail	Manter relacionamentos
<b>20</b>	Peso: medido	Vitalidade	<b>20</b>	Parentes: se comunicam por Skype, Facebook ou outras redes sociais	Manter relacionamentos
<b>21</b>	Peso: relatado pela própria pessoa	Vitalidade	<b>21</b>	Amigos: encontros frequentes (combinados e casuais)	Manter relacionamentos
<b>22</b>	Altura: medida	Vitalidade	<b>22</b>	Amigos: falam ao telefone com frequência	Manter relacionamentos
<b>23</b>	Altura: relatada pela própria pessoa	Vitalidade	<b>23</b>	Amigos: escrevem ou enviam e-mail	Manter relacionamentos
<b>24</b>	IMC: medido	Vitalidade	<b>24</b>	Amigos: se comunicam por Skype, Facebook ou outras redes sociais	Manter relacionamentos
<b>25</b>	IMC: relatado pela própria pessoa	Vitalidade	<b>25</b>	Cuidados frequentes a adultos ou crianças doentes ou incapacitados	Contribuição
			<b>26</b>	Situação empregatícia	Contribuição
			<b>27</b>	Participa com frequência de reuniões de organizações não religiosas	Contribuição

## ANEXO 4

### Medidas antropométricas utilizadas em pessoas mais velhas

Medida	Definição	Vantagens	Desvantagens
<b>Peso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medição do peso da pessoa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Onipresente, barato, acessível ao público</li> <li>Útil como medida de mudança quando outros fatores são constantes (por exemplo, altura)</li> <li>As alterações de peso podem prever a mortalidade em pessoas mais velhas melhor do que as medidas estáticas, incluindo o IMC em um único ponto no tempo nos EUA<sup>295</sup></li> <li>As alterações de peso também estão associadas à mobilidade (capacidade locomotora)<sup>296</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando usadas isoladamente em um único ponto no tempo, não há contexto de formato corporal, local onde o peso é armazenado ou altura</li> <li>Para pessoas mais velhas com alterações na altura/densidade óssea/etc., pode ser menos confiável</li> <li>Pode mudar dia a dia (ou no mesmo dia)</li> <li>A precisão da balança pode reduzir a validade</li> </ul>
<b>Índice de massa corporal (IMC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calculado com base no peso e na altura</li> <li>Medida do estado nutricional. Geralmente, acredita-se que um IMC mais alto indica risco maior de certas doenças (por exemplo, doenças cardiovasculares) por estarem associadas a uma maior adiposidade<sup>297,298</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Padrão usado por muitas organizações de saúde pública (incluindo a OMS) e governos, particularmente para medir taxas de obesidade em uma população<sup>298,299</sup></li> <li>Medida comum para idades mais jovens/médias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O IMC pode não ser preciso para pessoas mais velhas. Isso pode ser devido a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Imprecisões de altura devido à postura e maiores taxas de escoliose<sup>299,300</sup></li> <li>- A perda de massa muscular na idade avançada torna os cálculos menos precisos (há uma porcentagem maior de gordura)</li> </ul> </li> <li>As associações são diferentes para pessoas mais velhas em comparação com outras idades (por exemplo, IMC mais baixo como fator de risco para mortalidade em pessoas mais velhas <i>versus</i> IMC mais alto como previsão de mortalidade na meia-idade)<sup>301,302</sup></li> <li>O IMC pode ser altamente afetado pela quantidade de músculos de uma pessoa</li> </ul>
<b>Circunferência da cintura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medida absoluta ao redor da cintura</li> <li>Usado em conjunto com IMC<sup>303,304</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facilmente interpretado em termos de valores de limiar simples<sup>305</sup></li> <li>A circunferência da cintura prevê incapacidade em pessoas mais velhas na América Latina e no Caribe</li> <li>A combinação da circunferência da cintura com o IMC pode ajudar a identificar melhor a obesidade do que o IMC ou a circunferência da cintura isoladamente<sup>303,304</sup></li> <li>Fácil de medir na clínica ou em casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quando usada isoladamente, a circunferência da cintura não leva em conta a composição corporal<sup>302</sup></li> <li>Varia de acordo com a idade, sexo, etnia e ambiente, dificultando a determinação de valores padrão<sup>306</sup></li> <li>Diferenças na distribuição da circunferência da cintura em populações com diferentes tamanhos corporais podem criar problemas para a definição de pontos de corte apropriados que seriam igualmente sensíveis ao risco de saúde em todas as populações (por exemplo, o <i>Guia Prático do NIH para Obesidade</i> sugere que os pontos de corte da circunferência da cintura são úteis apenas até um IMC de 35, após o qual a maioria dos indivíduos excederá os pontos de corte)<sup>317</sup></li> </ul>



Medida	Definição	Vantagens	Desvantagens
<b>Relação cintura-quadril (RCQ)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornece uma medida da adiposidade central (em vez do IMC, que não diferencia onde a massa corporal é armazenada/proporções)<sup>307</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ser medida facilmente</li> <li>• Fácil interpretação em termos de valores de limiar simples<sup>305</sup></li> <li>• Foi considerada um preditor de mortalidade por todas as causas em pessoas mais velhas nos EUA<sup>308</sup></li> <li>• Prevê a mortalidade (mortes por todas as causas e circulatórias)<sup>302</sup></li> <li>• Forte associação com infarto do miocárdio<sup>306</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varia de acordo com a idade, sexo, etnia e ambiente<sup>306</sup></li> <li>• Um estudo longitudinal australiano sobre envelhecimento não encontrou relação preditiva entre RCQ e limitação na capacidade locomotora em dois anos<sup>309</sup></li> </ul>
<b>Circunferência da panturrilha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medida absoluta ao redor da panturrilha</li> <li>• Marcador de massa muscular, pois a massa esquelética da parte inferior do corpo reduz com a idade</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>• Medida com fita métrica, fácil de medir no ambiente clínico</li> <li>• Em um estudo com pessoas mais velhas na República da Coreia, a circunferência da panturrilha foi considerada um indicador de sarcopenia (baixa força muscular/falha muscular)<sup>311</sup></li> <li>• Quando corrigida (subtraindo a medida da prega cutânea medial da panturrilha), a circunferência da panturrilha pode prever quedas em pessoas mais velhas no Reino Unido<sup>312</sup></li> <li>• Maior circunferência da panturrilha associada à menor fragilidade (balanço energético negativo, sarcopenia e diminuição da força e tolerância ao esforço) e maiores medidas de desempenho físico/mobilidade (locomoção) na Itália<sup>313</sup></li> <li>• Em um estudo dos EUA – houve uma associação inversa significativa com a incapacidade de pessoas com idades entre 60 e 84 anos<sup>310</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varia de acordo com a idade, sexo, etnia e ambiente<sup>311</sup></li> </ul>
<b>Outras medidas (exemplos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A estatura pode ser estimada por outras medidas, como a altura do joelho (comprimento abaixo do calcanhar até atrás da patela, enquanto as articulações do tornozelo e do joelho são mantidas em ângulos retos), comprimento do antebraço (comprimento da ulna) ou meia envergadura (comprimento da raiz do dedo anular até o ponto médio do esterno) ou meia envergadura do braço (comprimento da ponta do dedo até o ponto médio do esterno)<sup>314-316</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• As evidências mostram que essas medidas são repetíveis, reproduzíveis e demonstram altos coeficientes de correlação com a altura.<sup>316</sup></li> <li>• Melhor estimativa de estatura em pessoas mais velhas com cifose, escoliose, que estão acamados ou utilizam cadeiras de rodas<sup>315,316</sup></li> <li>• Pode fornecer uma imagem mais completa de uma pessoa idosa em combinação com medidas do IMC e peso corporal<sup>315</sup></li> <li>• A meia envergadura e a meia envergadura do braço são bastante fáceis de medir na maioria dos pacientes<sup>316</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A altura do joelho pode ser difícil de medir em pacientes com dor<sup>316</sup></li> <li>• As equações que preveem a altura podem diferir substancialmente de acordo com a etnia da população em estudo<sup>315,317</sup></li> <li>• Raça, etnia e outros fatores específicos do contexto podem ser determinantes das diferenças na altura corporal; isso representa um desafio na obtenção de dados normativos referenciais sobre a estatura da população em geral e mudanças durante o envelhecimento; mais pesquisas são necessárias para desenvolver normas em nível nacional, regional e global<sup>315</sup></li> </ul>

## ANEXO 5

### Indicadores nacionais de progresso

#### COMPROMISSO NACIONAL GERAL PARA OTIMIZAR O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: INDICADORES 1-4

**1. Número de países com um ponto focal sobre envelhecimento e saúde** no Ministério da Saúde

Os pontos focais nacionais são essenciais para a coordenação e promoção eficazes de atividades e tarefas relacionadas ao envelhecimento em nível nacional, para promover 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 eficaz do envelhecimento saudável requer o desenvolvimento e a implementação de políticas e planos baseados em evidências que envolvam todas as partes interessadas e que prestem atenção explícita à equidade, à dignidade inerente e aos direitos humanos das pessoas mais velhas.

**3. Número de países com um fórum ou comitê nacional multissetorial** sobre envelhecimento e saúde

Esses fóruns podem documentar necessidades e expectativas e podem facilitar a troca de informações, boas práticas e ferramentas entre setores e atores. A participação da sociedade civil e de diferentes setores governamentais é essencial para o sucesso de qualquer política e de muitas ações relacionadas ao envelhecimento.

#### CONTRIBUIÇÃO PARA CADA UMA DAS ÁREAS DE AÇÃO PRIORITÁRIAS DA DÉCADA: INDICADORES 5-8

**4. Número de países com legislação nacional e estratégias de aplicação da lei contra a discriminação com base na idade**

O combate ao preconceito contra a idade exige, em nível institucional, a adoção de leis que protegem contra a discriminação baseada na idade; a modificação ou revogação de leis, costumes e práticas existentes que discriminam direta ou indiretamente; e o estabelecimento de mecanismos apropriados para a aplicação das leis.

**5. Número de países com legislação/regulamentação que apoia as pessoas mais velhas no acesso a dispositivos de assistência** da lista de produtos de assistência prioritários da OMS<sup>318</sup>

Aumentar a autonomia, independentemente do nível de capacidade de uma pessoa idosa, pode ser possível oferecendo a essa pessoa acesso a dispositivos/produtos de assistência apropriados, incluindo bengalas, andadores, cadeiras de rodas, aparelhos auditivos, óculos e outros dispositivos.

6. Número de países que têm um **programa nacional para apoiar atividades** em conformidade com a Rede Global da OMS para Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa<sup>319</sup>

Ambientes favoráveis à idade ajudam a promover o envelhecimento saudável ao maximizar a capacidade intrínseca ao longo da vida e ao permitir maior capacidade funcional, para que pessoas com diferentes níveis de capacidade possam ser e fazer as coisas que valorizam.

7. Número de países com políticas nacionais em vigor para apoiar **avaliações abrangentes das necessidades de saúde e assistência social** das pessoas mais velhas

Isso é essencial para alcançar cuidados integrados para pessoas idosas<sup>320</sup>, pois fornece informações sobre múltiplos domínios de capacidade intrínseca, os ambientes em que as pessoas mais velhas vivem e a capacidade funcional, que são necessários para priorizar e adaptar as intervenções para corresponder às necessidades, preferências e objetivos de uma pessoa mais velha.

8. Número de países que têm uma **política/plano/estratégia/estrutura de cuidados de longa duração**

Essas políticas e sistemas permitem que pessoas mais velhas que sofrem uma perda significativa e contínua de capacidade, ou que correm o risco de tal perda, recebam o cuidado e o apoio de outras pessoas, de acordo com seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana, em casa ou, se necessário, em instituições.

## **AUMENTAR DADOS NACIONALMENTE REPRESENTATIVOS SOBRE ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL COM FOCO NAS PESSOAS MAIS VELHAS: INDICADORES 9-10**

9. Número de países com dados individuais anônimos e **transversais representativos a nível nacional** sobre pessoas idosas e o seu estado de saúde e necessidades no domínio público

Esses dados podem ajudar a estimar a prevalência de diferentes características de saúde, avaliar a capacidade intrínseca e a capacidade funcional das pessoas, as necessidades de cuidados e o fardo de doenças ou condições específicas. Os dados também podem ajudar a documentar desigualdades por idade, gênero, local de residência ou outras características sociodemográficas. É necessário incluir um número suficiente de pessoas mais velhas de todas as idades para que haja uma compreensão completa da diversidade de experiências.

10. Número de países com **pesquisas longitudinais e nacionalmente representativas** (coorte ou painel) sobre pessoas mais velhas e o seu estado de saúde e necessidades disponíveis no domínio público

Ao observar o mesmo grupo de pessoas ou uma amostra da mesma população ao longo do tempo, esses dados podem ser usados para monitorar trajetórias de envelhecimento saudável ao longo da vida, analisar determinantes e resultados em pessoas mais velhas, estabelecer causa e efeito e avaliar o impacto dos programas. É necessário incluir um número suficiente de pessoas mais velhas de todas as idades, ao longo do tempo, para que haja uma compreensão completa das transições e da diversidade de experiências.

## ANEXO 6

### Exemplos de intervenções de síntese de evidências abordando as principais causas de DALYs para pessoas mais velhas (Cochrane Campbell Global Ageing Partnership)

● alta renda ● renda média alta ● renda média

Causas dos DALYs	# Revisões Cochrane	Exemplo de intervenção citada nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfechos primários	Eficácia	GRAU de certeza	Estudos de países classificados de acordo com os Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial <sup>321</sup>
1. Doença cardíaca isquêmica	121	Reabilitação baseada em exercícios para doença cardíaca coronária <sup>322</sup>	2016	Faixa etária de 47,5 a 71 anos	Mortalidade total	A	Moderado	● 57 estudos ● 2 estudos ● 3 estudos
					Morbidade e mortalidade cardiovascular	G	Moderado	
					Infarto do miocárdio fatal ou não fatal	A	Baixo	
					Exerto de revascularização da artéria coronária	A	Moderado	
					Intervenção coronária percutânea	A	Baixo	
					Internações hospitalares	G	Baixo	
2. Derrame	143	Cuidados hospitalares organizados (unidade de AVC) versus serviços alternativos para AVC <sup>323</sup>	2020	Pessoas com acidente vascular cerebral, idade média de 59 a 62 anos (nos estudos com idade relatada)	Resultado ruim ao final do acompanhamento programado	G	Moderado	● 27 estudos ● 5 estudos ● 1 estudo
					Morte ao final do acompanhamento programado	G	Moderado	
					Morte ou cuidados institucionais até o final do acompanhamento programado	G	Moderado	
					Morte ou dependência até o final do acompanhamento programado	G	Moderado	
					Pontuação subjetiva do estado de saúde	A	Muito baixo	
					Satisfação ou preferência do paciente	A	Não há dados disponíveis	
Tempo de permanência (dias) em um hospital ou instituição	A	Baixo						
3. DPOC	72	Reabilitação pulmonar após exacerbações de doença pulmonar obstrutiva crônica <sup>324</sup>	2016	Adultos com idade média de 58 a 78 anos, 70% homens com DPOC e exacerbação recente	Readmissão hospitalar	G	Moderado	● 15 estudos ● 1 estudo ● 2 estudos 1 Taiwan
					Mortalidade	A	Baixo	
					Qualidade de vida relacionada à saúde após exacerbação	G	Alto	
					Capacidade de exercício	G	Alto	
4. Alzheimer e outras demências	101	Programas de exercícios para pessoas com demência <sup>325</sup>	2015	Mais de 65 anos, com diagnóstico de demência	Readmissão hospitalar	A	Muito baixo	● 17 estudos
					Mortalidade	G	Muito baixo	
					Qualidade de vida relacionada à saúde após exacerbação	G	Muito baixo	

Causas dos DALYs	# Revisões Cochrane	Exemplo de intervenção citada nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfechos primários	Eficácia	GRAU de certeza	Estudos de países classificados de acordo com os Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial <sup>32.1</sup>
5. Diabetes Mellitus tipo 2	89	Exemplo de intervenção citada nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes) Dieta, atividade física ou ambas para prevenção ou atraso do diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações associadas em pessoas com risco aumentado de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 <sup>32.6</sup>	2017	Mais de 65 anos, com diagnóstico de demência	Dieta + atividade física versus tratamento padrão			<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> 57 estudos</li> <li><span style="color: red;">●</span> 9 estudos</li> </ul>
					Mortalidade por todas as causas	A	Muito baixo	
					Incidência de diabetes mellitus tipo 2	G	Moderado	
					Mortalidade cardiovascular	A	Muito baixo	
					Infarto do miocárdio não fatal	A	Baixo	
					AVC não fatal	A	Baixo	
					Qualidade de vida relacionada à saúde	A	Muito baixo	
					Efeitos socioeconômicos	A	Baixo	
					Eventos adversos	G	Baixo	
					Dieta versus atividade física ou tratamento padrão			
					Mortalidade por todas as causas	A	Muito baixo	
					Incidência de diabetes mellitus tipo 2	A	Muito baixo	
					Mortalidade cardiovascular	A	Muito baixo	
					Infarto do miocárdio não fatal	N/A	Não relatado	
					AVC não fatal	N/A	Não relatado	
					Qualidade de vida relacionada à saúde	N/A	Não relatado	
Efeitos socioeconômicos	N/A	Não relatado						
Eventos adversos	N/A	Não relatado						
Atividade física versus tratamento padrão								
Mortalidade por todas as causas	A	Muito baixo						
Incidência de diabetes mellitus tipo 2	A	Muito baixo						
Mortalidade cardiovascular	A	Muito baixo						
Infarto do miocárdio não fatal	A	Muito baixo						
AVC não fatal	A	Muito baixo						
Qualidade de vida relacionada à saúde		Não relatado						
Efeitos socioeconômicos		Não relatado						
Eventos adversos		Não relatado						



Causas dos DALYs	# Revisões Cochrane	Exemplo de intervenção citada nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfechos primários	Eficácia	GRAU de certeza	Estudos de países classificados de acordo com os Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial <sup>32,1</sup>	
6. Câncer de traqueia, brônquios e pulmão	28	Quimioterapia para câncer de pulmão de células não pequenas avançado na população idosa <sup>327</sup>	2015	Pacientes com 70 anos ou mais com câncer de pulmão de células não pequenas não tratado e confirmado histologicamente	Terapias de platina versus não 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: orange;">●</span> 1 estudo</li> </ul>	
					Sobrevida global	G	Moderado		
					1 ano de sobrevida	G	Moderado		
					Sobrevida livre de progressão	G	Baixo		
					Taxa de resposta objetiva	G	Moderado		
					Eventos adversos hematológicos - anemia, neutropenia, trombocitopenia	R	Baixo		
					Multidisciplinaridade comparada ao tratamento usual para dor lombar crônica				
Dor nas costas de longo prazo	G	Moderado							
Incapacidade de longo prazo	G	Moderado							
Trabalho de longo prazo	A	Moderado							
Eventos adversos	N/A	Nenhuma evidência							
7. Dor lombar	54	Reabilitação biopsicossocial multidisciplinar para dor lombar crônica <sup>328</sup>	2014	Pessoas com dor lombar crônica inespecífica (> 18 anos), dois estudos incluíram explicitamente pessoas mais velhas, a maioria dos estudos tinha uma idade média entre 45 e 49 anos	Tratamento multidisciplinar comparado ao tratamento físico 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 de longo prazo	G	Moderado		
					Incapacidade de longo prazo	G	Moderado		
					Trabalho de longo prazo	G	Moderado		
					Eventos adversos	N/A	Nenhuma evidência		
					Multidisciplinaridade comparada à cirurgia para dor lombar crônica				
					Dor nas costas de longo prazo	A	Baixo		
					Incapacidade de longo prazo	A	Baixo		
					Trabalho de longo prazo	A	Baixo		
					Eventos adversos		Baixo		
					Multidisciplinaridade comparada à lista de espera para dor lombar crônica				
Dor nas costas de longo prazo	N/A	Não relatado							
Incapacidade de longo prazo	N/A	Não relatado							
Trabalho de longo prazo	N/A	Não relatado							
Eventos adversos	N/A	Não relatado							

Causas dos DALYs	# Revisões Cochrane	Exemplo de intervenção citada nas diretrizes da OMS (ou outras diretrizes)	Ano	População	Desfechos primários	Eficácia	GRAU de certeza	Estudos de países classificados de acordo com os Indicadores de Desenvolvimento Mundial do Banco Mundial <sup>321</sup>	
8. Infecções respiratórias inferiores	75	Antibióticos para pneumonia adquirida na comunidade em pacientes ambulatoriais adultos <sup>329</sup>	2014	Os critérios de elegibilidade foram > 12 anos, 3 estudos incluíram pessoas mais velhas	Resposta clínica avaliada pelo teste de cura clínica	A	Evidências insuficientes para diferenciar entre diferentes antibióticos	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> 9 estudos</li> <li><span style="color: red;">●</span> 6 estudos</li> <li><span style="color: orange;">●</span> 3 estudos</li> </ul>	
					Os desfechos secundários foram resposta radiológica, resposta bacteriológica, efeitos adversos	A			
						A			
						A			
9. Perda auditiva relacionada à idade	9	Aparelhos auditivos para perda auditiva leve a moderada em adultos <sup>330</sup>	2017	Pessoas idosas com idade média entre 69 e 83 anos	Capacidade de escuta	G	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> 5 estudos</li> </ul>	
					Qualidade de vida específica para audição	G			Moderado
					Qualidade de vida geral relacionada à saúde	G			Moderado
10. Quedas	11	Exercício para prevenção de quedas em pessoas mais velhas que vivem na comunidade <sup>215</sup>	2019	Pessoas com mais de 60 anos que vivem na comunidade foram excluídas dos ensaios clínicos específicos	Taxa de quedas (quedas por pessoa-ano)	G	Alto	<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: blue;">●</span> 96 estudos</li> <li><span style="color: red;">●</span> 3 estudos</li> <li><span style="color: orange;">●</span> 5 estudos</li> </ul>	
					Número de pessoas que sofreram uma ou mais quedas	G			Alto
					Número de pessoas que sofreram uma ou mais fraturas relacionadas a quedas	A	Baixo		
					Número de pessoas que sofreram uma ou mais quedas que resultaram em internação hospitalar		Muito baixo		
					Atenção médica necessária	A	Baixo		
					Qualidade de vida relacionada à saúde		Baixo		
					Eventos adversos	G	Baixo		

## ANEXO 7

### Exemplos de intervenções de síntese de evidências que abordam as quatro áreas de ação prioritárias identificadas na Década do Envelhecimento Saudável, pelos cinco domínios da capacidade funcional

(Cochrane Campbell Global Ageing Partnership)

Área de atuação	Intervenção	Força da evidência	Capacidade de atender às necessidades básicas	Capacidade de ter mobilidade	Capacidade de aprender, crescer e tomar decisões	Capacidade de construir e manter relacionamentos	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>Aumento do conhecimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento das 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>
	Redes sociais e videoconferências baseadas em tecnologia <sup>333</sup>	Moderada				<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução da solidão e do isolamento social</li> </ul>	
	Participação em atividades de valorização e conservação ambiental <sup>236</sup>	Emergente			<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da discussão sobre as prioridades das pessoas mais velhas (pacientes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da inclusão social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhor senso de realização e bem-estar</li> </ul>

Área de atuação	Intervenção	Força da evidência	Capacidade de atender às necessidades básicas	Capacidade de ter mobilidade	Capacidade de aprender, crescer e tomar decisões	Capacidade de construir e manter relacionamentos	Capacidade de contribuir para a sociedade (e ser valorizado)
<b>3. Prestar cuidados e serviços de saúde primários integrados e centrados na pessoa e que sejam adequados às pessoas mais velhas</b>	Alta precoce em serviços de saúde e sociais para acidente vascular cerebral agudo <sup>323</sup>	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da satisfação com os serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da independência funcional</li> </ul>			
	Modificações em casa e terapia ocupacional <sup>184</sup>	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento das atividades da vida diária e das atividades instrumentais da vida diária</li> <li>Aumento da satisfação com os serviços</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maior vida independente, menos medo de cair</li> </ul>			
<b>4. Proporcionar acesso a cuidados de longa duração para pessoas mais velhas que deles necessitem</b>	Workshop para pacientes e coaching de decisão individual <sup>202</sup>	Moderada			<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da discussão sobre as prioridades das pessoas mais velhas (pacientes)</li> </ul>		
	Programas de exercícios para pessoas idosas <sup>215</sup>	Forte		<ul style="list-style-type: none"> <li>Redução das quedas e medo de cair</li> </ul>			
	Terapia ocupacional domiciliar ou comunitária <sup>334</sup>	Moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento das atividades da vida diária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da independência funcional e mobilidade</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento da 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 mais velhas com 60 anos ou mais <sup>260</sup>

Finalidade	Ação	Política/Intervenção Individual
<b>Prevenção:</b>  Prevenir ataques cardíacos e derrames reduzindo a exposição a fatores de risco comportamentais que aumentam o risco cardiovascular	Reduzir o uso do tabaco <sup>335-340</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar os impostos e preços dos produtos à base de tabaco</li> <li>• Implementar embalagens simples/padronizadas e/ou grandes advertências gráficas de saúde em todas as embalagens de produtos à base de tabaco</li> <li>• Promulgar e aplicar proibições abrangentes à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco</li> <li>• Eliminar a exposição ao fumo passivo do tabaco em todos os locais de trabalho fechados, locais públicos e transportes públicos</li> <li>• Implementar campanhas eficazes de comunicação social que eduquem o público sobre os danos do tabagismo/uso do tabaco e do fumo passivo</li> </ul>
	Promover a atividade física <sup>335-339,341</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar uma campanha de educação e sensibilização pública em nível comunitário sobre atividade física, incluindo uma campanha nos meios de comunicação combinada com outros programas educativos, motivacionais e ambientais baseados na comunidade, destinados a apoiar a mudança comportamental em relação aos níveis de atividade física</li> </ul>
	Promover uma dieta saudável <sup>335-339</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzir a ingestão de sal por meio da reformulação dos produtos alimentares para que contenham menos sal e da definição de níveis-alvo para a quantidade de sal nos alimentos e refeições</li> <li>• Reduzir a ingestão de sal por meio do estabelecimento de um ambiente de apoio em instituições públicas para permitir que opções com menos sódio sejam fornecidas</li> <li>• Reduzir a ingestão de sal por meio de comunicação sobre mudança de comportamento e campanhas de comunicação social</li> <li>• Reduzir a ingestão de sal por meio da implementação de rotulagem na parte frontal da embalagem</li> </ul>
	Reduzir o uso nocivo do álcool <sup>335-340</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar os impostos sobre bebidas alcoólicas</li> <li>• Promulgar e aplicar proibições/restrições abrangentes à exposição à publicidade que promove o álcool</li> <li>• Promulgar e aplicar restrições à disponibilidade física de álcool no varejo</li> </ul>



Finalidade	Ação	Política/Intervenção Individual
<p><b>Gerenciamento:</b></p> <p>Gestão de pessoas com alto risco cardiovascular para redução da mortalidade e morbidade</p>	<p>Controlar a hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia para reduzir o risco cardiovascular<sup>335-339,342-345</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia medicamentosa (incluindo controle glicêmico para diabetes <i>mellitus</i> e controle da hipertensão usando uma abordagem de risco total) e aconselhamento para indivíduos que tiveram um ataque cardíaco ou derrame e para pessoas com alto risco (<math>\geq 20\%</math>) de um evento cardiovascular fatal ou não fatal nos próximos 10 anos</li> </ul>
<p>Gestão de síndromes coronárias agudas para reduzir a mortalidade e a morbidade</p>	<p>Tratamento para salvar o músculo cardíaco<sup>335-339,346</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirina</li> <li>• Terapia trombolítica</li> <li>• Revascularização coronária</li> </ul>
<p>Gestão do AVC agudo para reduzir a mortalidade e a morbidade</p>	<p>Tratamento para salvar tecido cerebral<sup>335-339</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento do acidente vascular cerebral isquêmico agudo com terapia trombolítica intravenosa</li> <li>• Ácido acetilsalicílico em baixa dosagem para acidente vascular cerebral isquêmico</li> </ul>
<p>Gestão de pessoas com fibrilação atrial para prevenir acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio e tromboembolismo</p>	<p>Tratamento da fibrilação atrial<sup>335-339,347</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticoagulação para fibrilação atrial não valvular de médio e alto risco e para estenose mitral com fibrilação atrial</li> </ul>

## REFERÊNCIAS

- World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs Population Dynamics. New York (NY): United Nations; 2019 (<https://population.un.org/wpp/Download/>, acessado em 20 de setembro de 2020).
- The decade of healthy ageing. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_5](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_5), acessado em 3 de agosto de 2020).
- United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). In: United Nations General Assembly Seventy-Fifth session. Agenda item 131: Global health and foreign policy. New York(NY): The United Nations; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/L47>, acessado em 14 de dezembro de 2020).
- Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, acessado 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. Geneva: World Health Organization; 2016: 8-11 (WHA69/2016/REC/1) ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69-REC1/A69\\_2016\\_REC1-en.pdf#page=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-en.pdf#page=1), acessado em 15 de janeiro de 2018).
- 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, Geneva: World Health Organization; 2020. ([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), acessado em 1º 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. Geneva: World Health Organization; 2017. ([https://www.who.int/ageing/data-research/Proposed\\_agenda\\_MetricsResearchStandardsMeeting\\_2017\\_03\\_24.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/data-research/Proposed_agenda_MetricsResearchStandardsMeeting_2017_03_24.pdf?ua=1), acessado em 1º 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(012):792-792A. (<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.19.246801>, acessado em 1º de setembro de 2020).
- WHO Consortium on metrics and evidence for healthy ageing-peer review meeting of contributors to the global baseline report for decade of healthy ageing. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/ageing/data-research/WHO-Consortium\\_on\\_Metrics\\_and\\_Evidence\\_for\\_Healthy\\_Ageing\\_Second\\_meeting\\_report\\_20191201\\_unedited.pdf?ua=1](https://www.who.int/ageing/data-research/WHO-Consortium_on_Metrics_and_Evidence_for_Healthy_Ageing_Second_meeting_report_20191201_unedited.pdf?ua=1), acessado em 1º de setembro de 2020).
- 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 ([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), acessado em 1º de setembro de 2020).
- Sen A. Commodities and capabilities. New 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.
- World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, acessado em 2 de setembro de 2020).
- ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision, second edition. Geneva: World Health Organization; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>, acessado em 1º de setembro de 2020).
- The international classification of functioning, disability and health, Geneva: World Health Organization; 2001 (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>, acessado 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. Geneva: World Health Organization; 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, Balahoczy 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.
- 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 I cohort study. Lancet Public Health. 2020;5(1):e42-50.

22. Guidance on person centred assessment and pathways in primary care. Handbook. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf;jsessionid=31CB3214293723D1D9A7D2B822B-92D0E?sequence=1>, acessado em 1º 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. *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>, acessado 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):\$178-93.
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, Rodriguez-Artalejo F, Garcia-Esquinas E, Cosco TD, Prince M et al. Healthy ageing; a systematic review of risk factors. London: King's College London; 2018 ([http://athlosproject.eu/wp-content/uploads/2018/05/KIOPPN\\_HealthyAgeing-Report2018.pdf](http://athlosproject.eu/wp-content/uploads/2018/05/KIOPPN_HealthyAgeing-Report2018.pdf), acessado em 1º 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 ([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), acessado 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>, acessado 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. Geneva: World Health Organization; 2020 (forthcoming).
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. Geneva: World Health Organization; 2004.
36. White H. The twenty-first century experimenting society: the four waves of the evidence revolution. *Palgrave Commun*. 2019;5:47 (<https://doi.org/10.1057/541599-019-0253-6>, acessado em 1º de setembro de 2020).
37. The WHO strategy on research for health. Geneva: World Health Organization; 2012. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/77935>, acessado em 1º de setembro de 2020).
38. Knowledge translation framework on ageing and health (draft), Department of Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 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). Geneva: World Health Organization; 2008 ([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), acessado em 2 de setembro de 2020).
41. Practical guidance for scaling up health service innovations. World Health Organization, Expand Net. Geneva: World Health Organization; 2009 ([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), acessado em 4 de setembro de 2020).
42. Nine steps for developing a scaling-up strategy. World Health Organization, ExpandNet. Geneva: World Health Organization; 2010 ([https://www.who.int/immunization/hpv/deliver/nine\\_steps\\_for\\_developing\\_a\\_scalingup\\_strategy\\_who\\_2010.pdf](https://www.who.int/immunization/hpv/deliver/nine_steps_for_developing_a_scalingup_strategy_who_2010.pdf), acessado 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. Geneva: World Health Organization; 2011 ([https://www.who.int/reproductive-health/publications/strategic\\_approach/9789241502320/en/](https://www.who.int/reproductive-health/publications/strategic_approach/9789241502320/en/), acessado em 4 de setembro de 2020).
44. Thirteenth General Programme of Work 2019-2023. Geneva World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>, acessado em 1º 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), Geneva: World Health Organization; 2020.

46. Golino HF, Thiyagarajan 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 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174035>, acessado 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 (<https://doi.org/10.1093/geront/gnz147>, acessado 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 (<https://g2aging.org/?section=study&study-id=45>, acessado em 1º 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 (<https://www.helpage.org/download/5c8767c108658>, acessado em 1º 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 (<https://link.springer.com/article/10.1186/s11556-019-0225-2>, acessado em 1º 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 (<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0032239>, acessado 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. *JAlzheimers 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 (under review).
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. Geneva: World Health Organization; 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 (<http://www.pref.kanagawa.jp/mlt/f531223/index.html>, acessado em 1º 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 100 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, SantosJLA. 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 Cet 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):e142 10.
74. Robertson DA, Sawva 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. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312180/9789241550543-eng.pdf?ua=1>, acessado 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 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4256164/>, acessado 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>, acessado 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>, acessado 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/>, acessado 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. Geneva: World Health Organization; 2009 ([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), acessado 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 (<https://www.government.nl/documents/reports/2019/06/30/the-national-prevention-agreement>, acessado em 4 de setembro de 2020).
91. Leej, 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 (<https://academic.oup.com/biomedgerontology/advance-article/doi/10.1093/gerona/glaa288/5995594>, acessado 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. Trajetórias da saúde durante o envelhecimento: Longitudinal Opportunities and Synergies Project. Brussels: European Union Horizon 2020 Research and Innovation Programmes; 2015 (<http://athlosproject.eu/the-project/>, acessado em 2 de setembro de 2020).
94. Sanchez-Niubo A, Forero CG, Wu Y-T, Giné-Vázquez I, Prina M, De La Fuente) et al. Development of a common scale for measuring healthy ageing across the world: results from the ATHLOS consortium. *Int J Epidemiol*. 2020;dyaa236 (<https://academic.oup.com/ije/advance-article/doi/10.1093/ije/dyaa236/6020095>, acessado em 5 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 (<https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/75/7/1515/5387569>, acessado em 25 de julho de 2020).
96. Working better with age. Ageing and employment policies. Paris: OECD Publishing; 2019 (<https://doi.org/10.1787/c4d4f66a-en>, acessado em 1º 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 (<https://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09435-5#citeas>, acessado em 3 de setembro de 2020).
98. Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators, Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/ageing/publications/measuring-cities-age-friendliness/en>, acessado 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 (<https://datasmart.ash.harvard.edu/news/article/learning-from-location-806>, acessado em 18 de agosto de 2020).
101. Johnson R, Eisenstein A, Boyken L. Age friendly Chicago: findings from a community-wide baseline assessment; 2014 ([https://www.chicago.gov/content/dam/city/depts/fss/supp\\_info/AgeFriendly/FinalAgeFriendlyReport021815.pdf](https://www.chicago.gov/content/dam/city/depts/fss/supp_info/AgeFriendly/FinalAgeFriendlyReport021815.pdf), acessado 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 (<https://www.chicago.gov/city/en/depts/cdph/provdrs/healthychicago.html>, acessado em 18 de abril de 2020).
103. Chicago Health Atlas (<https://www.chicagohealthatlas.org/>, acessado em 18 de abril de 2020).
104. Hall S. Chicago's WindyGrid puts open data to work; 2017 (<https://thenewstack.io/chicagos-windygrid-puts-data-work>, acessado 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 (<https://datasmart.ash.harvard.edu/news/article/the-inter-net-of-things-in-chicago-collaborative-action-for-smarter-cities-6>, acessado 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 (<https://arrayofthings.github.io>, acessado em 18 de agosto de 2020).
107. Measuring digital development: facts and figures 2019. Geneva: International Telecommunications Union; 2019 (<https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>, acessado em 1º 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: World Health Organization; 2019.
119. California health interview survey, Elder Index, UCLA Center for Health Policy Research (<https://healthpolicy.ucla.edu/programs/health-disparities/elder-health/elder-index-data/Pages/CostOfLiving.aspx>, acessado em 13 de outubro de 2020).

120. United Nations Sustainable Development Goals. New York(NY): United Nations (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>, acessado em 1º de setembro de 2020).
121. World Health Organization Ageing and life-course. Mid-term progress on the Global Strategy. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/ageing/commit-action/measuring-progress/en/>, acessado em 1º de setembro de 2020).
122. National Ageing Policy “Ageing With Security And Dignity”. Accra: Ministry Of Employment and Social Welfare, Government of Ghana; 2010b ([https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&es-rc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi6m9uGtMfrAhVyp-IsKHcdJDucQFjACegQIBBAB&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-IsKHcdJDucQFjACegQIBBAB&url=http%3A%2F%2Fmogcsp.gov.gh%2F%3Fmdocs-file%3D672&usg=AOvVaw3_8MMgFxf61QpRy-9BnMiM1), acessado 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 ([https://vifadultomayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas\\_.pdf](https://vifadultomayor.files.wordpress.com/2016/12/senamalibropoliticas_.pdf), acessado 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 ([http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country\\_docs/Oman/five\\_year\\_plan\\_for\\_health\\_development\\_2011-2015.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Oman/five_year_plan_for_health_development_2011-2015.pdf), acessado 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 ([https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/NAP\\_EN\\_web.pdf/75098fbf-2912-91e1-7547-c41ad26bfbe1](https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/NAP_EN_web.pdf/75098fbf-2912-91e1-7547-c41ad26bfbe1), acessado 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 (<https://family.gov.mt/en/Documents/Active%20Ageing%20Policy%20-%20EN.pdf>, acessado 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 ([https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Older%20Persons/MIPAA/NHRI\\_Poland\\_Annex1.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Older%20Persons/MIPAA/NHRI_Poland_Annex1.pdf), acessado em 4 de agosto de 2020).
130. The Strategy of Care or he Elderly ill 2010 - Solidarity, good intergenerational elations 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 ([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), acessado em 4 de agosto de 2020).
132. National Policy On Older Persons. New Delhi: Ministry of Social Justice and Empowerment, Government of India; 1999 ([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), acessado 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 (<http://socialjustice.nic.in/writereaddata/UploadFile/dnpsc.pdf>, acessado 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. ([http://doh.hpc.go.th/data/plan59/National ElderlyPlan2\\_update.pdf](http://doh.hpc.go.th/data/plan59/National%20ElderlyPlan2_update.pdf), acessado em 15 alguma coisa [sic] 2017).
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. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: Policy brief. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term-Care-2020.1>, acessado 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: <https://doi.org/10.1101/2020.06.09.20125237> (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.09.20125237v3>, acessado 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 (<https://hrs.isr.umich.edu/about>, acessado 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. (<https://hrs.isr.umich.edu/about/international-sister-studies>, acessado 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 (<https://g2aging.org/?section=blogs&title=global-expansion-of-hrs-surveys>, acessado 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. (<https://g2aging.org>, acessado em 4 de agosto de 2020).
143. Healthy life expectancy (HALE) at birth (years) (Mortality and global health estimates). Global Health Observatory indicator views. Geneva: World Health Organization ([https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS\\_000002?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS_000002?lang=en), acessado 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. Geneva: World Health Organization ([https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS\\_000007?lang=en](https://apps.who.int/gho/data/node.imr.WHOSIS_000007?lang=en), acessado 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). Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/triple-billion-dashboard>, acessado em 20 de outubro de 2020).
146. Triple Billion targets. A visual summary of methods to deliver Impact. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/stories/the-triple-billion-targets-a-visual-summary-of-methods-to-deliver-impact>, acessado em 21 de outubro de 2020).
147. Global health estimates 2019: Life expectancy, 2000-2019. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/global-health-estimates>, acessado em 9 de dezembro de 2020).
148. 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. New York (NY): United Nations; 2002.
150. The universal declaration of human rights, Article 25. New York (NY): United Nations; 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 ([http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp), acessado 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 (<https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-015-0083-1>, acessado 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 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5307636/>, acessado 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, Smolik 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 ([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), acessado em 3 de agosto de 2020).
162. Stronger collaboration, better health. Global action plan for healthy lives and well-being for all: strengthening collaboration among multilateral organizations to accelerate country progress on the health-related Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/item/9789241516433>, acessado 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. (<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>, acessado em 3 de agosto 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 (<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>, acessado em 3 de agosto 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 ([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), acessado 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: World Health Organization; 2019.
167. Community-Based Social Innovations. World Health Organization Centre for Health Development, Kobe, ([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), acessado 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: World Health Organization; 2018. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/279010>, 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: AJAGES 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 (<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>, acessado 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 (<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>, acessado em 21 de outubro de 2020).
174. Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessments. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<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>, acessado em 21 de outubro de 2020).
175. Building a global research agenda for healthy ageing draft meeting report 4-5 October 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
176. A systematic approach for undertaking a research priority-setting exercise: guidance for WHO staff. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334408>, acessado em 17 de outubro de 2020).
177. Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/sage/about>, acessado em 4 de agosto de 2020).
178. Disability data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/disabilities/data/en/>, acessado em 4 de agosto de 2020).
179. PubMed Central (PMC). Bethesda (MD): National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information; 2000 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>, acessado 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 Met 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 (<https://doi.org/10.1002/cl2.1054>, acessado 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 (<https://www.vaccines4life.com/changing-the-conversation/>, acessado 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. *Amj Occup Ther*. 2017;71(2):1-11A.
185. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel Bet 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 <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0959-5>, acessado 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 ([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), acessado em 11 de setembro de 2020).



189. Global monitoring report on financial protection in health. Geneva: World Health Organization, and Washington (DC): International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2019 ([https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/fp\\_gmr\\_2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf?ua=1), acessado 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 (<https://starikam.org/sdu/>, acessado 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/nachala-rabotatshkola-otvetstvennyx-za-sistemu-dolgovremen-nogo-uxoda-dlya-sotrudnikov-stacionarnyx-uchrezhdenij-iz-regionov/>, acessado em 11 de setembro de 2020).
195. Buurtzorg model (<https://www.buurtzorg.com/about-us/buurtzorgmodel/>, acessado em 11 de setembro de 2020).
196. Age Friendly Ireland. Age Friendly World. (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/age-friendly-ireland/>, acessado 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. Geneva: World Health Organization; 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 (<https://www.hindawi.com/journals/cggr/2017/3879067/>, acessado 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 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513505/>, acessado em 11 de setembro de 2020).
203. Life filming - a win-win method. Age Friendly World. Geneva: World Health Organization (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/afp-life-filming-a-win-win-method/>, acessado 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 (<https://bmjopen.bmj.com/content/4/8/e005608>, acessado 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>, acessado em 11 de setembro de 2020).
208. Horacio Rodriguez Larreta entregó 800 tablets a adultos mayores de la Ciudad. [Horacio Rodriguez Larreta delivered 800 tablets to older adults in the City]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad; 2019 (<https://www.buenosaires.gob.ar/jefedegobierno/noticias/rodriguez-larreta-entrego-800-tablets-adultos-mayores-de-la-ciudad-es-una>, acessado em 4 de agosto de 2020).
209. +Simple, digital inclusion for older people. [+Simple, Inclusión Digital para los más grandes]. Age Friendly World. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/simple-digital-inclusion-older-people/>, acessado 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 (<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollo-humano/que-habitat/noticias/se-lanzo-la-inscripcion-para-un-nuevo-sorteo-de-tablets-simple>, acessado em 22 de julho de 2020).
211. Ahora +Simple permite generar vinculos entre los adultos mayores. [Now +Simple creates links between older adults]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad; 2017 (<https://www.buenosaires.gob.ar/noticias/rodriguez-larreta-la-nueva-version-de-simple-permite-generar-vinculos-entre-los-adultos>, acessado 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 (<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/noticias/personas-mayores-ya-se-esta-implementando-el-programa-yo-digital>, acessado em 4 de agosto de 2020).
213. +Simple Móvil. [+Simple Mobile]. Buenos Aires: Buenos Aires Ciudad (<https://www.buenosaires.gob.ar/desarrollohumanoyhabitat/personas-mayores/simple/conseguí-simple-movil>, acessado 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 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012424.pub2/full>, acessado 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 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/shopping-service-called-tochikubo-shopping-club-for-aged-people-in-tochikubo-area-hadano-city/>, acessado em 3 de setembro de 2020).
217. Le mobilier urbain au banc d’essai. *Age-Friendly World*; 2015 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/le-mobilier-urbain-au-banc-dessai/>, acessado em 3 de setembro de 2020).
218. Proyecto de Innovación Social: Observatorio Comunitario de Gestión y Control de la Información Territorial. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; 2018 (<https://geropolis.uv.cl/investigacion/investigacion-aplicada/258>, acessado em 3 de setembro de 2020).
219. Assistive technology in Tajikistan: situational analysis. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312313>, acessado 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.c3a.org.sg/News\\_detail.do?id=636242](https://www.c3a.org.sg/News_detail.do?id=636242), acessado em 2 de agosto de 2020).
222. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organisation; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, acessado 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 (<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>, acessado 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 (<https://doi.org/10.14283/jfa.2020.40>, acessado 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 (<https://www.incredibleeducation.co.uk/who-we-are>, acessado em 10 de setembro de 2020).
229. Green and Growing. *Age-Friendly World*; 2018 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/green-and-growing/>, acessado 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 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2019/05/Green-and-Growing-Report-2018-1.pdf>, acessado em 10 de setembro de 2020).
231. Incredible Education. *Community growing toolkit*; 2018 (<https://www.ageuk.org.uk/wp-assets/globalassets/salford/forms/ambition-for-ageing/green-and-growing-toolkit.pdf>, acessado 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 (<https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2019/12/Intergenerational%20self-help%20clubs%20in%20Thuong%20Xuan%20and%20Ba%20Thuoc%20C%20Vietnam.pdf>, acessado em 10 de setembro de 2020).
233. Empowering seniors: Resource Kit. Singapore: National Council of Social Service; 2019 ([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), acessado 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 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550573/>, acessado 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 ([https://www.jp-demo-graphic.eu/wp-content/uploads/2015/07/PIUEP\\_Brochure1.pdf](https://www.jp-demo-graphic.eu/wp-content/uploads/2015/07/PIUEP_Brochure1.pdf), acessado 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, Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://extranet.who.int/agefriendly-world/network/muratpasa/>, acessado em 10 de setembro de 2020).
239. BABA Trondheim. In Age-friendly World. Geneva World Health Organization; 2020 (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/afp/baba-trondheim/>, acessado em 10 de setembro de 2020).
240. Cultural offer for seniors. [Kulturtilbud for seniorer]. Trondheim: Trondheim Kommune; 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>, acessado em 10 de setembro de 2020).
241. Ageing Well in the Digital World - Projects. AAL Programme. Brussels: AAL Association; 2020 (<http://www.aal-europe.eu/projects-main/>, acessado 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 (<https://actgogate.iwi.unisg.ch/>, acessado em 10 de setembro de 2020).
243. ActGo-Gate. AAL Programme. Brussels: AAL Association; 2020 (<http://www.aal-europe.eu/projects/actgo-gate/>, acessado em 10 de setembro de 2020).
244. Active Retiree and Golden Workers Gate (ActGo-Gate). Wrocław: Competence Center IT in Service Economy; 2017 (<http://itse.ue.wroc.pl/index.php/actgo-gate/>, acessado em 10 de setembro de 2020).
245. Active Retiree and Golden Workers Gate - Deliverable 5.3. Brussels: AAL Association; 2017 (<http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2019/12/ActGo-Gate-D5.3-Go-to-market-guide.pdf>, acessado em 10 de setembro de 2020).
246. Gryniewicz 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 (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/47c17892-en/1/2/4/index.html?itemId=/content/publication/47c17892-en&csp=be-902f204a0ee0e1bf599cf31fab15b6&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e5271>, acessado em 10 de setembro de 2020).
248. Case study: The Seoul 50+ initiative in South Korea. London: Centre for Public Impact; 2018 (<https://www.centreforpublicimpact.org/case-study/seoul-50plus/>, acessado em 10 de setembro de 2020).
249. Association for Active Ageing. [Associazione per l'invecchiamento attivo]. Rome: Auser (<https://www.auser.it/>, acessado 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. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds>, acessado em 1º de setembro de 2020).
252. WHO global action plan on the public health response to dementia 2017-2025. Geneva: World Health Organization; 2017 ([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/), acessado em 18 de outubro de 2020).
253. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 ([https://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/), acessado em 15 de setembro de 2020).
254. Rehabilitation in health systems; guide for action. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/rehabilitation/rehabilitation-guide-for-action/en/>, acessado em 8 de dezembro de 2020).
255. Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/immunization/immunization\\_agenda\\_2030/en/](https://www.who.int/immunization/immunization_agenda_2030/en/), acessado 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 (<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763720>, acessado em 19 de outubro de 2020).
257. Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions). Noncommunicable diseases and their risk factors, Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/ncds/management/pen\\_tools/en/](https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/), acessado em 19 de setembro de 2020).
258. Tackling NCDs. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-17.9>, 3 August 2020).

259. Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic: state of the evidence on COVID-19 and non-communicable diseases: a rapid review. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334143>, acessado 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. Geneva: World Health Organization; 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. Geneva: World Health Organization; 2020.
262. Martinez R, Lloyd-Sherlock P, Soliz P, Ebrahim S, Vega E, Ordunez Pet 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;8:511-23.
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 ([wwfingers.com/consortium](http://wwfingers.com/consortium), acessado 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. Pesquisar. Cope Australia, (<https://copeprogram.com.au/research/>, acessado 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. Target 3.4. New York(NY): United Nations Development Programme. (<https://open.undp.org/sdg/targets/3/4>, acessado 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 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31761-X](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31761-X); acessado 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. Geneva: World Health Organization; 2020 ([www.who.int/universal-health-coverage/compendium](http://www.who.int/universal-health-coverage/compendium), website not yet live 6 de dezembro de 2020).
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 (<https://www.thinkglobalhealth.org/article/aging-world-requires-more-support-health-systems>, acessado 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. Geneva: World Health Organization; 2020 ([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), acessado em 20 de outubro de 2020).
286. WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Ageing and life-course. Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/ageing/projects/age\\_friendly\\_cities\\_network/en/](https://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_cities_network/en/), acessado em 21 de outubro de 2020).
287. Healthy Cities. Health promotion. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/healthpromotion/healthy-cities/en/>, acessado em 21 de outubro de 2020).
288. Partnership for Healthy Cities. New York (NY): Bloomberg Philanthropies (<https://partnershipforhealthycities.bloomberg.org/>, acessado em 21 de outubro de 2020).
289. Dementia-friendly Initiatives toolkit. Geneva: World Health Organization; Pending release (<https://www.who.int/health-topics/dementia>, acessado em 30 de outubro de 2020).
290. Decade of Healthy Ageing: The Platform. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing/platform>, acessado em 2 de dezembro de 2020).
291. Ageing data. Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing data portal, Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ageing-data>, acessado 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 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>, acessado 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. New York(NY): United Nations; 2020 ([https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=E/RES/2020/8](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/RES/2020/8), acessado 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 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2018/03/title-statistics-commission-endorses-new-titchfield-city-group-on-ageing/>, acessado 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. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854878/>, acessado em 1º de setembro de 2020).
298. Body mass index. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>, acessado em 1º 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 Petal. 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. *npj Aging Mech Dis.* 2020;6:5. (<https://www.nature.com/articles/s41514-020-0043-9>, acessado em 1º 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. Geneva: World Health Organization; 2008 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?ua=1), acessado em 1º 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 (<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.05.003>, acessado em 1º 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. ([https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/76C06B5083A27E5FC1C19CA1A1E439CA/\\$1368980002000885a.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/$1368980002000885a.pdf/anthropometric_indices_predict_physical_function_and_mobility_in_older_australians_the_australian_longitudinal_study_of_ageing.pdf), acessado em 1º 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 (KFACS). *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 (<https://core.ac.uk/download/pdf/287597138.pdf>, acessado em 1º 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 (<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/1/B3/636735>, acessado em 1º 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. Priority Assistive Products List (APL). Public health, innovation, intellectual property and trade. Geneva: World Health Organization; 2016 ([https://www.who.int/phi/implementation/assistive\\_technology/global\\_survey-apl/en/](https://www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/global_survey-apl/en/), acessado em 1º de setembro de 2020).
319. About the Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Age Friendly World. Geneva: World Health Organization (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-net-work/>, acessado em 1º de setembro de 2020).
320. Integrated care for older people. Ageing and life-course. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/>, acessado em 1º de setembro de 2020).
321. World development indicators. DataBank. Washington (DC); World Bank Group (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=world-development-indicators>, acessado 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 C, 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(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 Jet al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;9(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 ÁC, García-Casal JA, Csipke E, Jenaro-Rio C, Franco-Martin 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. Resolution WHA70.11. Preparation for the third High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, to be held in 2018. In: Seventieth World Health Assembly, Geneva, 22-31 May 2017; Geneva: World Health Organization; 2017 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_R11-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R11-en.pdf), acessado em 1º de setembro de 2020).
336. From burden to “best buys”, reducing the economic impact of noncommunicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva World Health Organization and World Economic Forum; 2011 ([https://www.who.int/nmh/publications/best\\_buys\\_summary/en/](https://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary/en/), acessado em 1º de setembro de 2020).
337. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, acessado em 1º de setembro de 2020).
338. Scaling up action against NCDs: how much will it cost? WHO report 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 ([https://www.who.int/nmh/publications/cost\\_of\\_inaction/en/](https://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/), acessado em 1º de setembro de 2020).
339. Saving lives, spending less: a strategic response to noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272534>, acessado em 1º 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 (<https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e019540>, acessado em 1º 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. Geneva World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/implementation\\_tools\\_WHO\\_PEN/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/implementation_tools_WHO_PEN/en/), acessado em 1º 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 (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000028.pub2/full>, acessado em 1º 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.* 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&), acessado em 1º 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 (<https://academic.oup.com/jcem/article/104/5/1585/5413488>, acessado em 1º 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 ([https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.182616?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori:rid:crossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.182616?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed), acessado em 1º 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 5, top: ©/HelpAge International

Página 14: ©WHO

Página 15: ©WHO

Página 19: ©WHO

Página 25: ©/Barbara Donaubauer

Página 28-29: ©WHO

Página 33: ©/photocase (joexx)

Página 38: ©/istockimages.com (Alex Liew)

Página 39: ©/HelpAge International Tanzania

Página 40: ©/University of Zurich

Página 41: ©/photocase (Kazim Canberk)

Página 53: ©/photocase (kemail)

Página 53: ©WHO

Página 59: ©/Barbara Donaubauer

Página 60: ©/Barbara Donaubauer

Página 62: ©/photocase (rowan)

Página 66: ©/photocase.com (caesar58)

Página 73: ©WHO

Página 79: ©WHO

Página 87: ©WHO

Página 88: ©/photocase.com (kastoimages)

Página 101: ©/Barbara Donaubauer

Página 102: ©WHO

Página 107: ©WHO

Página 119: ©/Starost v Radost

Página 124: ©WHO

Página 127: ©/American University of Beirut

Página 136: ©/Barbara Donaubauer

Página 147: ©WHO

Página 155: ©/photocase.com (cw-design)

Página 157: ©WHO

Página 160: ©WHO

Página 165: ©WHO

# DÉCADA DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL 2021-2030



## RELATÓRIO INICIAL

- Pelo menos 142 milhões de pessoas com idade mais avançada em todo o mundo não conseguem satisfazer suas necessidades básicas. Desigualdades de gênero e educação contribuem para diferenças em um mesmo país e entre países.
- Governos e outras partes interessadas precisam investir em dados para monitorar o envelhecimento saudável ao longo da vida. Apenas 25% dos Estados-Membros têm dados limitados e comparáveis.
- As ações devem ser aceleradas para causar um impacto mensurável nas pessoas idosas até 2030. As pessoas mais velhas devem ser envolvidas em todas as etapas.
- Otimizar a capacidade funcional é essencial para um envelhecimento saudável.
- Uma riqueza de evidências e casos de todo o mundo destacam o que pode ser feito e o que podemos aprender uns com os outros. Isso inclui o que podemos avaliar melhor e como podemos alcançar e envolver mais pessoas idosas.



Para mais informações, contate:

Departamento de Saúde Materna,  
Neonatal, Infantil e Adolescente e  
Envelhecimento

Organização Mundial da Saúde  
Avenue Appia 20  
CH-1211 Geneva 27  
Suíça

Fax: +41 22 791 4853

E-mail: [healthyageing@who.int](mailto:healthyageing@who.int)

[https://www.who.int/teams/](https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing)

[maternal-newborn-child-](https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing)

[adolescent-health-and-ageing](https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing)



**Organização  
Mundial da Saúde**

