



Organização  
Mundial da Saúde

## **RESUMO**

---

RELATÓRIO  
MUNDIAL  
DE

**ENVELHECIMENTO  
E SAÚDE**



Organização  
Mundial da Saúde

## **RESUMO**

---

RELATÓRIO  
MUNDIAL  
DE

**ENVELHECIMENTO  
E SAÚDE**

© **Organização Mundial da Saúde 2015**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no sitio web da OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) ou podem ser compradas a Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorder@who.int](mailto:bookorder@who.int)). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir as publicações da OMS – seja para venda ou para distribuição sem fins comerciais - devem ser endereçados a Publicações da OMS através do sitio web da OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

*Capa:* A pintura na capa do Relatório é de Rose Wiley 'PV Windows and Floorboards'. Aos 81 anos de idade, o estilo de Rose Wiley é revigorante, imprevisível e inovador. Essa pintura recebeu o Prémio Prémio de Pintura John Moores em 2014 de mais de 2.500 entradas. Com o dobro da idade dos vencedores anteriores, Rose Wiley demonstra que a idade avançada não precisa ser uma barreira para o sucesso. O Prémio Prémio de Pintura John Moores, diferente de outros Prémios prémios de arte prestigiados, não restringe participação de obras contemporâneas por idade. O artista detém os direitos autorais desta pintura. O artista detém os direitos autorais desta pintura

Em uma época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos à mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma tendência é certa: o envelhecimento das populações está se acelerando rapidamente em todo o mundo. Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos. As consequências disso para a saúde, para os sistemas de saúde, seus orçamentos e para os trabalhadores de saúde serão profundas.



O *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* responde a esses desafios ao recomendar mudanças igualmente profundas na maneira de formular políticas em saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão envelhecendo. O relatório baseia suas recomendações na análise das mais recentes evidências a respeito do processo de envelhecimento, e observa que muitas percepções e suposições comuns sobre as pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados.

Como mostra a evidência, a perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. Não existe um idoso “típico”. A diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento. Embora a maior parte dos adultos maiores apresente múltiplos problemas de saúde com o passar do tempo, a idade avançada não implica em dependência. Além disso, ao contrário do que se pensa, o envelhecimento tem muito menos influência nos gastos com atenção à saúde do que outros fatores, inclusive os altos custos das novas tecnologias médicas.

Guiado por estas evidências, o relatório busca avançar o debate sobre a resposta de saúde pública mais apropriada ao envelhecimento das populações em direção a um território novo e muito mais amplo. A mensagem principal é otimista: na vigência das políticas e serviços apropriados, o envelhecimento da população pode ser considerado uma preciosa oportunidade tanto para os indivíduos como para

as sociedades. O marco conceptual resultante apresentado no relatório tem como objetivo guiar a implantação de medidas concretas de saúde pública e pode ser adaptado para uso em países em todos os graus de desenvolvimento econômico.

Ao formular este marco conceptual, o relatório realça que o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença. Para a maioria dos adultos maiores, a manutenção da habilidade funcional é mais importante. Os maiores custos à sociedade não são os gastos realizados para promover esta habilidade funcional, mas sim os benefícios que poderiam ser perdidos se não implementarmos as adaptações e investimentos necessários. O enfoque social recomendado para abordar o envelhecimento da população, que inclui a meta de construir um mundo favorável aos adultos maiores, requer uma transformação dos sistemas de saúde que substitua os modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades dos adultos maiores.

As recomendações do relatório são substanciadas pela evidência, abrangentes e orientadas para o futuro, mas sumamente práticas. Do princípio ao fim, o relatório usa exemplos de experiências de diferentes países para ilustrar como problemas específicos podem ser abordados através de soluções inovadoras. Os temas explorados variam desde estratégias para prestar atenção integral e centrada nas pessoas, às populações mais velhas, às políticas que permitam que os adultos maiores vivam com conforto e segurança e às maneiras de corrigir os problemas e injustiças inerentes aos sistemas atuais de atenção a longo prazo.

Na minha opinião, o *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* tem potencial para transformar a maneira como os formuladores de políticas e prestadores de serviço veem o envelhecimento da população—e ajudá-los a programar-se para aproveitar este fenômeno ao máximo.



Dra. Margaret Chan  
Diretora-geral  
Organização Mundial da Saúde

## Introdução

Hoje, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos e mais (1). Quando combinados com quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, esses aumentos na expectativa de vida levam ao rápido envelhecimento das populações em todo o mundo.

Essas mudanças são dramáticas e as implicações são profundas. Uma criança nascida no Brasil ou em Mianmar em 2015 pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos. Na República Islâmica do Irã, apenas 1 em cada 10 pessoas da população tem mais de 60 anos em 2015. Em apenas 35 anos, essa taxa terá aumentado em torno de 1 a cada 3. E o ritmo de envelhecimento da população é muito mais rápido que no passado.

Uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso (2). Proporciona a oportunidade de repensar não apenas no que a idade avançada pode ser, mas como todas as nossas vidas podem se desdobrar. Por exemplo, em muitas partes do mundo, o curso da vida é atualmente enquadrado em torno de um conjunto rígido de fases: infância, fase de estudos, um período definido de trabalho e, em seguida, aposentadoria. A partir dessa perspectiva, frequentemente se assume que os anos extras são simplesmente adicionados ao fim da vida e permitem uma aposentadoria mais longa. Entretanto, quanto mais pessoas chegam a idades mais avançadas, há evidências de que muitas estão repensando este enquadramento rígido de suas vidas. Em vez de passar anos extras de outras maneiras, as pessoas estão pensando em talvez estudar mais, em ter uma nova carreira ou buscar uma paixão há muito negligenciada. Além disso, conforme as pessoas mais jovens esperam viver mais tempo, elas também podem realizar planejamentos diferentes, por exemplo, de iniciar suas carreiras mais tarde e passar mais tempo no início da vida para criar uma família.

Contudo, a amplitude das oportunidades que surgem do aumento da longevidade dependerá muito de um fator fundamental: saúde. Se as pessoas vivem esses anos extras de vida com boa saúde, sua capacidade de realizar as tarefas que valorizam será um pouco diferente em relação a uma pessoa mais jovem. Se esses anos a mais são dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade é muito mais negativa.

Infelizmente, embora seja assumido muitas vezes que o aumento da longevidade está sendo acompanhado por um período prolongado de boa saúde, existem

poucas evidências sugerindo que os adultos maiores de hoje apresentam uma saúde melhor do que os seus pais tinham com a mesma idade.

No entanto, a saúde precária não precisa dominar a idade mais avançada. A maioria dos problemas de saúde enfrentados por pessoas mais velhas são associados a condições crônicas, principalmente doenças não transmissíveis. Muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas envolvendo-se em comportamentos saudáveis. Outros problemas de saúde podem ser controlados de maneira eficaz, principalmente se forem detectados cedo o suficiente. E mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam vidas dignas e com crescimento pessoal contínuo. Entretanto, o mundo está muito longe desses ideais.

O envelhecimento da população, portanto, demanda uma resposta abrangente da saúde pública. Contudo, o debate tem sido insuficiente e as evidências, do que pode ser feito, são limitadas (3, 4). Porém, isso não significa que nada pode ser feito. De fato, a necessidade de ação é urgente. O presente relatório analisa detalhadamente o que sabemos sobre saúde e envelhecimento e constrói um quadro estratégico para falar sobre a ação pública, com um menu de próximos passos práticos que pode ser adaptado para utilização em países de todos os níveis de desenvolvimento econômico.

Dessa maneira, o relatório aborda as mudanças associadas ao envelhecimento no contexto de todo o curso da vida. Entretanto, dadas às questões únicas que surgem em idade avançada e a atenção limitada que esse período, tradicionalmente, recebeu o relatório tem como foco a segunda metade da vida.

## Mudança nas percepções de saúde e envelhecimento

Um dos desafios ao se desenvolver uma resposta ampla para o envelhecimento da população é que muitas percepções e suposições comuns sobre pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados. Isso limita a nossa forma de conceituar os problemas, as perguntas que fazemos e a nossa capacidade de aproveitar as oportunidades inovadoras (5). As evidências sugerem que perspectivas atuais são necessárias.

### Não há mais pessoa tipicamente velha

As populações mais maiores são caracterizadas por grande diversidade. Por exemplo, alguns adultos maiores de 80 anos apresentam níveis de capacidade física e mental comparáveis aos níveis de muitos jovens de 20 anos. As políticas devem ser estruturadas de forma que permitam um maior número de pessoas alcançarem trajetórias positivas do envelhecimento. E elas devem servir para quebrar as muitas barreiras que limitam a participação social contínua e as contribuições de pessoas mais maiores. Porém, muitas pessoas experimentarão declínios significativos de capacidade em idades muito mais jovens. Por exemplo, algumas pessoas de 60 anos podem precisar de ajuda de outras pessoas para realizar até as tarefas mais simples. Uma resposta abrangente da saúde pública ao envelhecimento da população também deve abordar as suas necessidades.

Ativar as capacidades e atender às necessidades de tais populações diversas pode resultar em políticas que parecem desconexas, e que podem até ser admi-

nistradas por meio de esferas de governo diferentes e concorrentes. Contudo, as diferentes necessidades de pessoas mais velhas são vistas como um funcionamento contínuo. Uma resposta política ampla deve ser capaz de reconciliar essas diferentes ênfases em uma narrativa de envelhecimento coerente.

## **A diversidade na população de adultos maiores não é aleatória**

Embora parte da diversidade observada em idade mais avançada reflita a nossa herança genética (6), a maior parte dela surge dos ambientes físicos e sociais que habitamos. Esses ambientes incluem o nosso lar, a nossa vizinhança e a nossa comunidade, que podem afetar diretamente a nossa saúde ou impor barreiras ou incentivos que influenciam as nossas oportunidades, decisões e comportamentos.

Porém, o relacionamento que temos com os nossos ambientes varia de acordo com muitas características pessoais, incluindo a família na qual nascemos, o nosso gênero e a nossa etnia. As influências dos ambientes são muitas vezes fundamentalmente enviesadas por essas características, levando as desigualdades na saúde, e quando elas são injustas e evitáveis, às iniquidades na saúde (7). De fato, uma proporção significativa da ampla diversidade da capacidade e circunstância que vemos em idades mais avançadas, provavelmente, será apoiada pelo impacto cumulativo dessas iniquidades na saúde em todo o curso da vida (8).

Essas tendências podem ser observadas na [Fig. 1](#), que ilustra trajetórias da capacidade física ao longo do curso da vida utilizando dados do Estudo Longitudinal Australiano sobre a Saúde das Mulheres (9). Isso demonstra a ampla gama de capacidade física (denotada pelas linhas escuras na parte superior e na parte inferior da figura) na idade avançada. Porém, a figura também divide a coorte em quintis de adequação de renda. Quanto mais alto o nível de adequação de renda, mais alto o pico no início da vida na capacidade física média. E essa disparidade tende a persistir em todo o curso da vida.

Esses padrões possuem grandes implicações no desenvolvimento de políticas uma vez que as pessoas com as maiores necessidades de saúde em qualquer ponto no tempo também podem ser aquelas com menos recursos para tratá-los. As respostas da política devem ser criadas de forma a superar, em vez de reforçar, essas iniquidades.

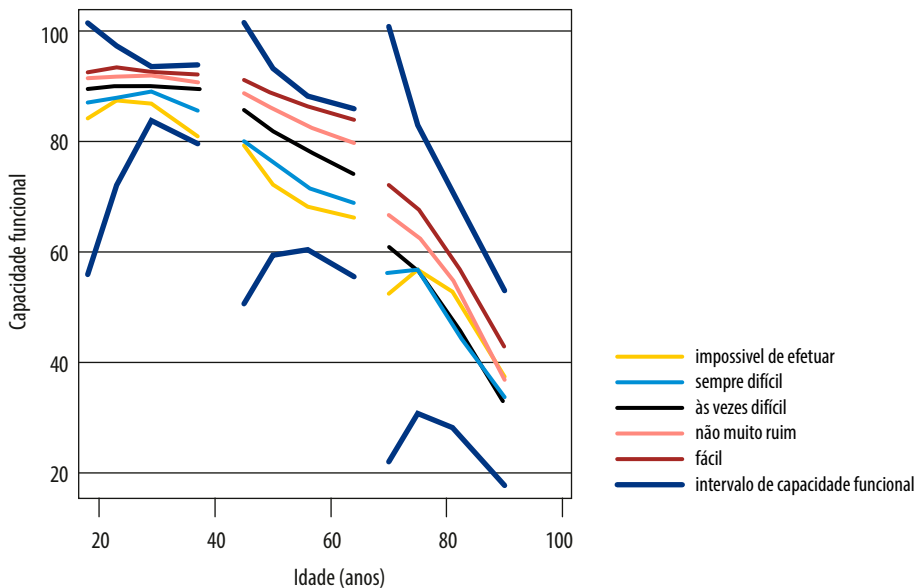
## **A idade avançada não implica dependência**

Embora não existam pessoas maiores típicas, a sociedade geralmente as vê de formas estereotipadas, que levam à discriminação contra indivíduos ou grupos simplesmente com base em sua idade. Tal discriminação foi rotulada de discriminação etária podendo ser uma forma ainda mais generalizada de discriminação, do que o sexismo ou o racismo (10, 11). Um estereótipo de discriminação etária generalizado de pessoas mais velhas é de que são dependentes ou um fardo. Isso pode levar a uma suposição durante o desenvolvimento da política de que os gastos com adultos maiores são simplesmente um dreno na economia e a uma ênfase na contenção de custos.

As suposições de dependência baseadas na idade ignoram as muitas contribuições das pessoas mais maiores para a economia. Por exemplo, uma pesquisa



**Fig. 1. Capacidade funcional ao longo do curso da vida, por adequação de renda, estratificada pela capacidade de gerenciar a renda atual**



Fonte: G Peeters, J Beard, D Deeg, L Tooth, WJ Brown, A Dobson; unpublished analysis from the Australian Longitudinal Study on Women's Health.

desenvolvida no Reino Unido em 2011 estimou que, após definir os custos das pensões, bem-estar e cuidados com a saúde em relação às contribuições feitas por meio de impostos, gastos de consumidores e outras atividades de valor econômico, as pessoas mais maiores contribuíram com aproximadamente £40 milhões para a sociedade, que subirá para £77 bilhões em 2030 (12).

Embora haja menos evidências de países de baixa e média renda, a contribuição de pessoas mais velhas nesses cenários também é significativa. No Quênia, por exemplo, a idade média dos pequenos agricultores é de mais de 60 anos. Portanto, as pessoas maiores podem ser críticas para manter a segurança dos alimentos no Quênia e em outras partes da África Subsaariana (13). Elas também possuem um papel crucial no apoio a outras gerações. Na Zâmbia, por exemplo, cerca de 1/3 das mulheres maiores são as principais fornecedoras e prestadoras de cuidados de netos cujos pais foram perdidos para a epidemia de HIV ou migraram para trabalhar.

Além disso, em todos os cenários de recursos, as pessoas mais velhas contribuem de muitas formas menos tangíveis economicamente, por exemplo, fornecendo apoio emocional em momentos de estresse ou aconselhamento em problemas desafiadores. A política deve ser moldada de forma a promover a capacidade dos adultos maiores de realizar essas múltiplas contribuições.

## O envelhecimento da população aumentará os custos com cuidados de saúde - porém não tanto quanto esperado

Outra suposição comumente feita é de que as crescentes necessidades de populações maiores levarão a aumentos insustentáveis nos custos de saúde. Na realidade, esse cenário não está muito claro.

Embora a idade avançada seja geralmente associada a aumento nas necessidades relacionadas à saúde, a associação com a utilização de cuidados de saúde e das despesas é variável (14–17). De fato, em alguns países de alta renda, as despesas de saúde por pessoa caem significativamente após aproximadamente 75 anos de idade (enquanto as despesas com cuidados de longo prazo aumentam) (18–20). Uma vez que mais e mais pessoas estão chegando a idades mais avançadas, permitir que elas levem uma vida longa e saudável pode, portanto, realmente aliviar as pressões sobre a inflação nos gastos com saúde.

A associação entre idade e gastos com saúde também é fortemente influenciada pelo próprio sistema de saúde (21). Isso provavelmente reflete diferenças em sistemas de provedores, incentivos, abordagens de intervenções em adultos maiores frágeis e normas culturais, principalmente próximo ao falecimento.

Na verdade, não importa quantos anos temos, o período de vida associado com os maiores gastos de saúde está relacionado ao último ou dois últimos anos de vida (22). Porém, essa relação também varia significativamente entre os países. Por exemplo, cerca de 10% de todos os gastos com saúde na Austrália e nos Países Baixos, e cerca de 22% nos Estados Unidos, são incorridos no cuidado de pessoas durante o seu último ano de vida (23–25). Além disso, os últimos anos de vida tendem a resultar em gastos mais baixos com saúde nos grupos de idades mais avançadas.

Embora mais evidências sejam necessárias, prever custos futuros de saúde com base na estrutura etária da população é, portanto, um valor questionável. Isso é reforçado por análises históricas que sugerem que o envelhecimento tem muito menos influência sobre os gastos com saúde do que diversos outros fatores. Por exemplo, entre 1940 e 1990 nos Estados Unidos (um período de envelhecimento significativamente mais rápido da população já ocorrido), o envelhecimento parece ter contribuído apenas cerca de 2% dos gastos com saúde, enquanto as mudanças relacionadas à tecnologia foram responsáveis entre 38% e 65% de crescimento (19).

## 70 não é o novo 60 - mas poderia ser

Uma suposição que vai contra os equívocos negativos associados ao envelhecimento é que as pessoas mais velhas, hoje, possuem saúde melhor em relação aos seus pais ou avós. Isto é somado ao dizer que “70 é o novo 60”. Embora superficialmente positiva essa suposição carrega um gosto amargo. Se hoje os adultos maiores de 70 anos possuem a mesma saúde que os adultos maiores de 60 anos do passado, pode-se concluir que os adultos maiores de 70 anos de hoje estão em melhor posição para se defenderem sozinhos e, portanto, há menos necessidade de ação política para ajudá-los.

Embora haja uma forte evidência de que os adultos maiores estão vivendo mais tempo, principalmente em países de alta renda, a qualidade desses anos extras não é clara (26). Os resultados de pesquisas são muito inconsistentes, tanto internamente como entre os países (27–35). Além disso, as tendências dentro de diferentes sub-grupos de uma população podem ser muito distintas (36, 37).

Uma análise feita pela OMS de pessoas nascidas entre 1916 e 1958 que participam de diversos estudos longitudinais sugeriu que mesmo que a prevalência de deficiência grave (que exige ajuda de outra pessoa para realizar atividades simples, como comer e tomar banho) pode ter diminuído, não há mudanças significativas na prevalência de deficiência menos grave (38).

Além disso, independentemente do cenário, a pesquisa em geral considerou apenas as perdas significativas de capacidade que ocorrem comumente durante os últimos anos de vida. Uma vez que os declínios começam muito mais cedo, como a trinseca de pessoas que ainda possuem 10 - 20 anos de vida é comparada à capacidade de gerações anteriores permanece em grande parte desconhecida.

Embora 70 não aparente ser o novo 60, não há nenhum motivo por que isso não possa se tornar uma realidade no futuro. Porém, torná-lo uma realidade exigirá muito mais ações de saúde pública concentradas no envelhecimento.

### **Visão prospectiva, não retrospectiva**

Outras grandes mudanças sociais estão ocorrendo junto com o envelhecimento da população. Combinadas, a elas podem significar que envelhecer no futuro será muito diferente das experiências de gerações anteriores.

Por exemplo, a urbanização e a globalização foram acompanhadas pelo aumento da migração e desregulamentação dos mercados de trabalho (39, 40). Para os adultos maiores com competências desejáveis e flexibilidade financeira, estas mudanças criam novas oportunidades. Outros podem ver gerações mais novas migrando para áreas de crescimento, enquanto são deixados em áreas rurais mais pobres, sem as estruturas familiares e redes de segurança sociais às quais, tradicionalmente, poderiam ter sido capazes de recorrer em busca de apoio.

As normas de gênero também estão mudando em várias partes do mundo. No passado, o papel fundamental das mulheres era o de cuidadoras, tanto de crianças como parentes mais velhos. Essa participação restritiva a força de trabalho remunerada proporcionou consequências negativas a elas, incluindo maior risco de pobreza, menos acesso aos serviços de saúde de alta qualidade e de assistência social, maior risco de abuso, problemas de saúde e acesso reduzido às pensões. Hoje, as mulheres estão cada vez mais desempenhando outras funções, que as proporciona mais segurança em idades mais avançadas. Porém, essas mudanças também limitam a capacidade das mulheres e famílias de fornecer cuidado para os adultos maiores que precisam. Junto com os números rapidamente crescentes de pessoas mais velhas que podem precisar cuidados, os modelos antigos de cuidados à família simplesmente não são sustentáveis.

A mudança tecnológica também está acompanhando o envelhecimento da população e cria oportunidades nunca antes disponíveis. Por exemplo, a Internet pode permitir conexão contínua para a família, apesar da distância, ou acesso a informações que podem orientar o autocuidado de uma pessoa mais velha ou prestar apoio aos cuidadores. Os recursos de apoio, como aparelhos de audição, são mais funcionais e acessíveis do que no passado, e os dispositivos portáteis fornecem novas oportunidades para o monitoramento e cuidados de saúde personalizados.

Essas mudanças sociais e tecnológicas significam que as políticas não devem ser orientadas por modelos sociais ultrapassados de envelhecimento, mas, ao vez disso, devem aproveitar as oportunidades que as abordagens inovadoras proporcionam. Igualmente, no entanto, o desenvolvimento de política com base no que pode acontecer no futuro é provavelmente limitante, uma vez que é difícil para nós imaginar mudanças futuras e seus impactos. Portanto, a abordagem adotada por este relatório se concentra em construir as capacidades de adultos maiores para lhes permitir navegar em seu mundo em transformação e inventar maneiras novas, melhores e mais produtivas de se viver. Isto é consistente com o trabalho em outras áreas políticas que tem como objetivo dar às pessoas a oportunidade de alcançar as coisas que valorizam, em vez de se concentrar apenas na utilidade econômica (41–43).

## **O gasto com populações mais velhas é um investimento, não um custo**

Os gastos em sistemas de saúde, cuidados de longo prazo e ambientes propícios mais amplos são frequentemente retratados como custos. Este relatório assume uma abordagem diferente. Essa abordagem considera os gastos como investimentos que permitem a capacidade e, portanto, o bem estar das pessoas maiores. Esses investimentos também ajudam as sociedades a atender suas obrigações relacionadas aos direitos fundamentais das pessoas mais velhas. Em alguns casos, o retorno sobre esses investimentos é direto (sistemas de saúde melhores conduzem a uma melhor saúde, que permite maior participação e bem-estar). Outros retornos podem ser menos óbvios, porém exigem o mesmo grau de consideração: por exemplo, investimento em cuidado de longo prazo ajudará pessoas com perda significativa de capacidade a manter vidas dignas e também pode permitir que as mulheres permaneçam no mercado de trabalho, além de promover a coesão social por meio do compartilhamento de riscos em uma comunidade.

Reformular a justificativa econômica para ação muda o debate do foco na minimização para os chamados custos para uma análise que considera os benefícios perdidos se as sociedades não conseguissem fazer as adaptações e os investimentos adequados. Quantificar e considerar integralmente a extensão dos investimentos e os dividendos que originarem será crucial se os tomadores de decisões moldarem políticas verdadeiramente informadas.

## Envelhecimento, saúde e funcionamento

### O que é o envelhecimento?

As mudanças que constituem e influenciam o envelhecimento são complexas (44). No nível biológico, o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares. Com o tempo, esse dano leva a uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento. Porém, essas mudanças não são lineares ou consistentes e são apenas vagamente associadas à idade de uma pessoa em anos.

Além disso, a idade avançada frequentemente envolve mudanças significativas além das perdas biológicas. Essas mudanças incluem mudanças nos papéis e posições sociais, bem como na necessidade de lidar com perdas de relações próximas. Em resposta, os adultos mais velhos tendem a selecionar metas e atividades em menor número, porém mais significativas, otimizar suas capacidades existentes, por meio de práticas e novas tecnologias, bem como compensar as perdas de algumas habilidades encontrando outras maneiras de realizar tarefas (45). Os objetivos, as prioridades motivacionais e as preferências também parecem mudar (46–48). Embora algumas dessas mudanças possam ser guiadas por uma adaptação à perda, outras refletem o desenvolvimento psicológico contínuo na idade mais avançada, que pode ser associado ao “desenvolvimento de novos papéis, pontos de vista e muitos contextos sociais inter-relacionados” (45, 49). Essas mudanças psicossociais podem explicar por que em muitos cenários, a idade avançada pode ser um período de bem-estar subjetivo maior (50).

Ao desenvolver uma resposta de saúde pública ao envelhecimento é importante não só considerar as abordagens que melhoram as perdas associadas à idade mais avançada, porém também as perdas que podem reforçar a capacidade de resistência e o crescimento psicossocial.

### A saúde na população de adultos maiores

Aos 60 anos de idade, a deficiência e o falecimento resultam amplamente de perdas de audição, visão e movimentos relacionados à idade, bem como doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência. Esses problemas não são apenas para o mundo rico. De fato, os encargos associados a muitas dessas condições em pessoas mais maiores é muito maior em países de baixa e média renda.

No entanto, a presença dessas condições de saúde não diz nada sobre o impacto que elas podem ter na vida de pessoas mais maiores. Por exemplo, apesar de ter uma deficiência auditiva significativa, uma pessoa pode manter altos níveis de funcionamento por meio de um aparelho auditivo. Além disso, é simplista considerar o impacto de cada condição independente porque o envelhecimento também é associado ao risco de sofrer mais do que uma condição crônica ao mesmo tempo (conhecida como multimorbilidade). Por exemplo, na Alemanha, aproximadamente 1/4

dos adultos maiores entre 70 e 85 anos de idade apresenta 5 ou mais doenças concomitantemente (51). O impacto da multimorbilidade no funcionamento, utilização de instalações de saúde e custos é muitas vezes significativamente maior do que poderia ser esperado dos efeitos individuais dessas condições.

Além disso, outros estados de saúde ocorrem em idade mais avançada não são captados por classificações de doenças tradicionais. Essas doenças podem ser crônicas (por exemplo, fragilidade, que pode ter uma prevalência em torno de 10% em pessoas com idade superior a 65 anos) ou agudas (por exemplo, delírio, que pode resultar de várias determinantes tão distintas como uma infecção ou efeitos colaterais de cirurgia).

Essa complexidade nos estados de saúde e funcional apresentada por pessoas mais maiores levanta questões fundamentais sobre o que queremos dizer com saúde em idade mais avançada, como a medimos e como podemos promovê-la. São necessários novos conceitos definidos não apenas pela presença ou ausência de doença, mas em termos do impacto que essas condições estão tendo sobre o funcionamento e o bem-estar de uma pessoa maior. Avaliações abrangentes desses estados de saúde são preditores significativamente melhores de sobrevivência e outros resultados além da presença de doenças individuais ou mesmo o grau de comorbidades (52).

## ***Envelhecimento Saudável***

Para enquadrar como a saúde e o funcionamento podem ser considerados na idade mais avançada, este relatório define e diferencia dois conceitos importantes. O primeiro é a **capacidade intrínseca**, que se refere ao composto de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode apoiar-se em qualquer ponto no tempo.

Entretanto, a capacidade intrínseca é apenas um dos fatores que irão determinar o que uma pessoa mais velha pode fazer. O outro são os ambientes nos quais vivem e suas interações neles. Esses ambientes fornecem uma gama de recursos ou barreiras que decidirão se pessoas com um determinado nível de capacidade pode fazer as coisas que consideram importantes. Portanto, embora pessoas mais maiores possam ter a capacidade limitada, elas ainda podem ser capazes de comprar se tiverem acesso a medicamentos anti-inflamatórios, um recurso de apoio (como muleta, cadeira de rodas ou scooter) e viverem próximas a transportes acessíveis. Essa combinação de indivíduos e seus ambientes e a interação entre eles é a sua **capacidade funcional**, definida pelo relatório como atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que com motivo valorizam.

Com base nestes dois conceitos, este relatório define o ***Envelhecimento Saudável*** como o **processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada**.

Central a esta conceituação do *Envelhecimento Saudável* é uma compreensão de que nem a capacidade intrínseca, nem a capacidade funcional permanecem constantes. Embora ambas tendam a diminuir com o aumento da idade, as escolhas de vida ou as intervenções em diferentes momentos durante o curso da vida irão determinar o caminho - ou **trajetória** - de cada indivíduo.

O *Envelhecimento Saudável*, portanto, não é definido por um nível ou limiar específico do funcionamento ou da saúde. Em vez disso, é um processo que permanece relevante a cada adulto maior, uma vez que sua experiência de *Envelhecimento Saudável* pode sempre se tornar mais ou menos positiva. Por exemplo, a trajetória do *Envelhecimento Saudável* de pessoas com demência ou doença cardíaca avançada pode melhorar se elas tiverem acesso a cuidados de saúde acessíveis que otimizem a sua capacidade e se essas vivem em um ambiente de apoio.

## Um quadro de saúde pública para o *Envelhecimento Saudável*

Uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento é uma necessidade urgente. Embora existam grandes lacunas de conhecimento, temos evidências suficientes para agir agora e há algo que todos os países podem fazer, independente de sua situação atual ou nível de desenvolvimento.

Diversos pontos de entrada podem ser identificados para intervenções, a fim de promover o *Envelhecimento Saudável*, porém todos terão um objetivo: maximizar a capacidade funcional. Isso pode ser alcançado de duas formas: construindo e mantendo capacidade intrínseca e permitindo que alguém com uma diminuição da capacidade funcional faça coisas importantes para ele(a).

As principais oportunidades para realizar ações visando otimizar as trajetórias da capacidade funcional e da capacidade intrínseca ao longo do curso da vida são apresentadas na Fig. 2. A figura identifica três subpopulações diferentes de pessoas mais velhas: aquelas com capacidade relativamente alta e estável, aquelas com declínio na capacidade e aquelas com perdas significativas da capacidade. Esses subgrupos não são rígidos nem cobrem o curso da vida de cada pessoa mais maior. Entretanto, se as necessidades desses subgrupos forem atendidas, a maioria das pessoas mais maiores terá sua capacidade funcional aumentada. Quatro áreas prioritárias de ação podem ajudar a alcançar esse objetivo:

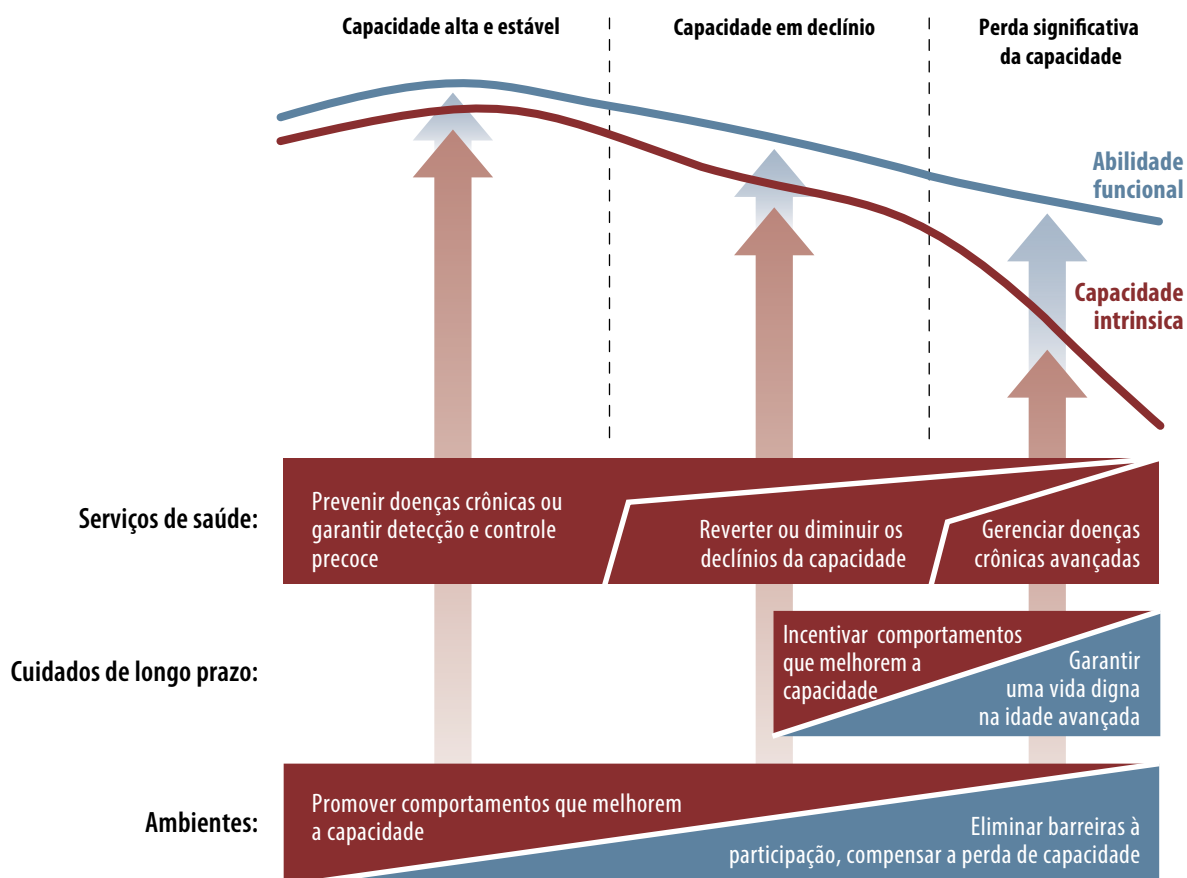
1. alinhar os sistemas de saúde a populações mais maiores que agora atendem;
2. desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo;
3. criar ambientes favoráveis aos adultos maiores;
4. melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão.

Embora cada país tenha modos diferentes de preparação para agir, diversas abordagens com provável eficiência podem ser feitas em cada uma dessas áreas. O que precisamente deve ser feito e em qual ordem dependerá muito do contexto nacional.

## Alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações maiores que atendem nesse momento

Conforme as pessoas envelhecem, suas necessidades de saúde tendem a se tornar mais crônicas e complexas. Os cuidados de saúde que abrangem essas demandas multidimensionais da idade avançada de maneira integrada se demonstraram mais

**Fig. 2. Um quadro de saúde pública para o *Envelhecimento Saudável*: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida**



eficazes que os serviços que simplesmente reagem independentemente a doenças específicas (53–55). No entanto, pessoas mais maiores muitas vezes encontram serviços que foram feitos para curar condições ou sintomas agudos, que controlam problemas de saúde de maneiras desconexas e desfragmentadas, e que carecem de coordenação entre os profissionais da saúde, configurações e tempo. Isso resulta em cuidados de saúde que não só deixam de atender adequadamente às necessidades de pessoas maiores, porém que podem apresentar grandes custos não só para os adultos maiores como para o sistema de saúde.

Portanto, promover o *Envelhecimento Saudável* não é simplesmente fazer mais do que já vem sendo feito. Em vez disso, sistemas de saúde precisam ser desenvolvidos para poder garantir acesso aos serviços integral centrados nas necessidades dos adultos maiores. Estes demonstraram ter melhores resultados para adultos maiores e não são mais caros do que os serviços adicionais. Embora esses sistemas compartilhem um enfoque multissetorial na construção e manutenção da capacidade funcional de populações maiores, a principal contribuição dos serviços de saúde em alcançá-los será por meio da maximização da capacidade intrínseca.



Realizar essa transição pode ser particularmente desafiador para países de baixa e média renda e nos cenários mais pobres ao redor do mundo. Nesses cenários de recursos limitados, os blocos de construção básicos de sistemas de saúde muitas vezes estão ausentes. Porém, isso oferece uma oportunidade de desenvolver novas abordagens que podem entregar cuidados centrados e integral para adultos maiores, atendendo simultaneamente às necessidades de cuidado agudo, que continuam a ser importantes em jovens.

Essas abordagens-chave ajudarão a alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações maiores:

1. Desenvolvendo e garantindo o acesso a serviços que proporcionam cuidados centrados e integral para os adultos maiores;
2. Orientando sistemas em torno de capacidades intrínsecas;
3. Garantindo a existência de uma força de trabalho de saúde sustentável e adequadamente treinada.

### **Serviços que proporcionam cuidados centrados e integral para pessoas maiores**

Fornecer cuidados centrados para adultos maiores e garantir acesso a eles requer que os sistemas estejam organizados em torno das necessidades e preferências dessa população e exigirá que os serviços sejam favoráveis à idade e intimamente envolvidos com as famílias e comunidades. Será necessária uma integração entre os níveis e serviços, bem como entre cuidados de saúde e cuidados de longa duração. As principais ações que podem ajudar a alcançar esse objetivo incluem:

- Garantir que todos os adultos maiores recebam uma avaliação abrangente e tenham um plano de cuidados único em todo o serviço visando otimizar sua capacidade;
- Desenvolver serviços localizados o mais próximo possível do local onde os adultos maiores vivem, incluindo a entrega de serviços em seus lares e fornecer cuidados baseados na comunidade;
- Criar estruturas de serviços que promovam cuidados por equipes multidisciplinares;
- Apoiar os adultos maiores no autocuidado fornecendo apoio dos colegas, treinamento, informações e aconselhamento;
- Garantir a disponibilidade de medicamentos, vacinas e tecnologias necessárias para otimizar sua capacidade.

### **Sistemas orientados em torno da capacidade intrínseca**

Mudar a orientação dos sistemas a fim de que visem a capacidade intrínseca, exigirá modificar as informações de saúde e administrativas que coletam, a forma que monitoram o desempenho, os mecanismos de financiamento e os incentivos que utilizam, bem como o treinamento que oferecem. Diversas ações devem auxiliar essa transformação:

- Adaptar os sistemas de informação para coletar, analisar e relatar dados sobre a capacidade intrínseca;
- Adaptar o monitoramento de desempenho, recompensas e mecanismos de financiamento para incentivar o cuidado que otimiza a capacidade;

- Criar diretrizes clínicas para otimizar as trajetórias da capacidade intrínseca e atualizar diretrizes existentes de forma que seu impacto sobre a capacidade seja claro.

### **Força de trabalho de saúde sustentável e adequadamente treinada**

Esses novos sistemas exigirão que todos os profissionais de saúde tenham habilidades gerontológica e geriátrica básicas, bem como as competências gerais necessárias para trabalhar com sistemas de saúde integral, incluindo sistemas relacionados à comunicação, trabalho em equipe, tecnologias de informação e comunicação. Porém, as estratégias não devem ser limitadas às delineações atuais da força de trabalho. As principais ações que podem ser tomadas incluem:

- Fornecer treinamento básico sobre questões geriátricas e gerontológicas durante o treinamento antes do serviço e em cursos de desenvolvimento profissional continuado para todos os profissionais da saúde;
- Incluir competências geriátricas e gerontológicas fundamentais em todos os currículos de saúde;
- Garantir que o fornecimento de geriatras atenda às necessidades da população e incentivar o desenvolvimento de unidades geriátricas para a gestão de casos complexos;
- Considerar a necessidade de novos quadros de funcionários (como coordenadores de saúde e conselheiros de autogestão) e ampliar as funções dos funcionários existentes, como agentes comunitários de saúde, a fim de coordenar os cuidados de saúde de adultos maiores no nível da comunidade.

### **Desenvolver sistemas para fornecer cuidados de longo prazo**

No século XXI, não há nenhum país que não possa bancar um sistema abrangente de cuidados de longa duração. O objetivo central desses sistemas deve ser manter um nível de capacidade funcional em adultos maiores que possuem ou apresentam alto risco de perdas significativas da capacidade, bem como garantir que esse cuidado seja consistente com seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana. Isso exigirá reconhecer suas aspirações contínuas com o bem-estar e o respeito.

Os sistemas de cuidados de longa duração possuem muitos benefícios potenciais além de permitir que pessoas maiores, que dependam de cuidados, vivam vidas dignas. Estes incluem reduzir o uso inadequado de sistemas de cuidados agudos, ajudar as famílias a evitarem gastos exorbitantes com saúde e permitir que as mulheres tenham papéis sociais mais amplos. Ao compartilhar os riscos e encargos associados à dependência de cuidados, os sistemas de cuidados de longa duração podem, assim, contribuir para a coesão social.

Em países de alta renda, os desafios para a construção de sistemas abrangentes provavelmente giram em torno da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de longa duração, desenvolver formas financeiramente sustentáveis de proporcioná-los a todos os que precisam, e melhor integrá-los aos sistemas de saúde. Em países de baixa e alta renda, o desafio pode ser o de construir um sistema que ainda não exista. Nesses cenários, a responsabilidade do cuidado de longo prazo,

muitas vezes tem sido deixada inteiramente às famílias. O desenvolvimento socioeconômico, o envelhecimento da população e as mudanças nos papéis das mulheres significam que essa prática já não é mais sustentável ou equitativa.

Apenas os governos podem criar e supervisionar esses sistemas. Porém, isso não significa que o cuidado de longo prazo seja de responsabilidade exclusiva dos governos. Em vez disso, os sistemas de cuidados de longo prazo devem ser baseados em parcerias explícitas com famílias, comunidades, outros profissionais da saúde e o setor privado, e devem refletir as preocupações e perspectivas dessas partes interessadas. O papel do governo (geralmente implementado por meio do Ministério da Saúde) será o de organizar essa parceria, treinar e prestar suporte aos cuidadores, garantir que a integração ocorra em vários serviços (incluindo com o setor de saúde), garantir a qualidade dos serviços e prestar serviços diretamente para aqueles que mais precisam (devido à sua capacidade intrínseca baixa ou seu *status* socioeconômico). Isso pode ser alcançado até mesmo em países com sérias limitações de recursos.

O relatório identifica três abordagens que serão cruciais para o desenvolvimento de sistemas de cuidados de longo prazo. São elas:

1. Estabelecer as bases necessárias para um sistema de cuidados de longo prazo;
2. Construir e manter uma força de trabalho sustentável e adequadamente treinada;
3. Garantir a qualidade dos cuidados de longo prazo.

### **Bases necessárias para um sistema de cuidados de longo prazo**

Os sistemas de cuidados de longo prazo requerem uma estrutura de governança que pode guiar e supervisionar o desenvolvimento e atribuir responsabilidades para o avanço. Isso pode ajudar a definir os principais serviços e funções necessários, as barreiras que podem existir, quem é mais adequado para entregar os serviços e quem melhor pode preencher outras funções, como a formação e a acreditação. Deve-se focar principalmente no desenvolvimento do sistema de maneira que ajudem os adultos maiores a envelhecer em lugares adequados para eles e a manter vínculos com sua comunidade e redes sociais. Garantir o acesso a esse cuidado enquanto reduz o risco de que os beneficiários ou seus cuidadores tenham dificuldades financeiras exigirá recursos adequados e um compromisso com a priorização do apoio para aqueles com maiores necessidades de saúde e financeira. As principais ações que podem ser tomadas incluem:

- Reconhecer o cuidado de longo prazo como um importante bem público;
- Atribuir uma clara responsabilidade com o desenvolvimento de um sistema de cuidados de longo prazo e planejamento de como isso será alcançado;
- Criar mecanismos equitativos e sustentáveis para financiar os cuidados;
- Definir o papel do governo e desenvolver os serviços necessários para desempenhá-lo.

### **Força de trabalho de saúde sustentável e adequadamente treinada**

Desenvolver a força de trabalho necessária para esses novos sistemas exigirá diversas ações. Muitas dessas delineadas em relação a sistemas de saúde também serão relevantes a cuidadores pagos de longo prazo. Porém, uma vez que o campo de cui-

dado de longo prazo é desvalorizado, uma estratégia adicional crucial deverá ser elaborada para garantir que cuidadores pagos de longo prazo recebam o *status* e o reconhecimento que suas contribuições merecem.

Além disso, ao contrário do que acontece no sistema de saúde, a maior parte dos cuidadores no sistema de cuidados de longo prazo são atualmente membros da família, voluntários, membros de organizações comunitárias e trabalhadores pagos, porém sem formação. A maioria é composta por mulheres. Fornecer a formação que lhes permita desempenhar bem o seu trabalho, enquanto alivia o estresse que surge por serem insuficientemente informados sobre como lidar com situações desafiadoras, será fundamental para a construção de um sistema de cuidados de longa duração. As principais ações a serem tomadas incluem:

- Melhorar os salários e as condições de trabalho dos cuidadores pagos de longo prazo e criar planos de carreira que lhes permitam passar para cargos com maiores responsabilidades e alta remuneração;
- Promulgar legislação que apoie acordos de trabalho flexíveis ou licenças para cuidadores familiares;
- Estabelecer mecanismos de suporte para cuidadores, como oferecer cuidados de repouso e recursos de formação ou de informação acessíveis;
- Conscientizar sobre o valor e as recompensas da prestação de cuidados, e lutar contra normas e papéis que impedem que homens e jovens atuem como cuidadores sociais;
- Apoiar as iniciativas da comunidade que aproximam os adultos maiores para agir como um recurso para a prestação de cuidados e outras atividades de desenvolvimento comunitário. Existem grandes exemplos em países de baixa e média renda, nos quais voluntários adultos maiores foram capacitados por meio de associações de adultos maiores para defender os seus direitos e prestar cuidados e apoio aos colegas que necessitavam. Esses conceitos podem ser transferíveis a cenários de renda mais alta.

### Cuidados de longo prazo de qualidade

O primeiro passo para garantir a qualidade em cuidados de longo prazo será o de orientar os serviços em direção aos objetivos de otimizar a capacidade funcional. Isso exige que os sistemas e cuidadores vejam como podem otimizar a trajetória da capacidade dos adultos maiores e compensar a perda da capacidade por meio da prestação de cuidados e transformando os ambientes que podem ajudar o adulto maior a manter a capacidade funcional a um nível que garanta o bem-estar. As principais ações a serem tomadas incluem:

- Desenvolver e divulgar protocolos ou diretrizes de cuidados que abordem os principais problemas;
- Estabelecer mecanismos de credenciamento para serviços e cuidadores profissionais;
- Estabelecer mecanismos formais para coordenar o cuidado (incluindo entre serviços de cuidados de longo prazo e cuidados de saúde);
- Estabelecer sistemas de gestão de qualidade, a fim de ajudar a garantir que o foco na otimização da capacidade funcional seja mantido.

## Criando ambientes favoráveis à população de adultos maiores

Este relatório adota o quadro da *Classificação de funcionamento, deficiência e saúde internacional* considerando que os ambientes incluam todo o contexto no qual vivemos (56). Isso inclui transporte, habitação, trabalho, proteção social, informação e comunicação, bem como serviços de saúde e cuidados de longo prazo, embora estes sejam tratados com mais detalhes separadamente no relatório. O quadro de saúde pública para o *Envelhecimento Saudável* identifica um objetivo comum para todas partes interessadas: otimizar a capacidade funcional. O relatório explora como isso pode ser alcançado em cinco domínios fortemente interconectados de capacidade funcional, essenciais para permitir que os adultos maiores realizem as tarefas que valorizam. Estas são as habilidades para:

- Atender às suas necessidades básicas;
- Aprender, crescer e tomar decisões;
- Movimentarem-se;
- Construir e manter relacionamentos; e
- Contribuir.

Juntas, essas habilidades permitem que os adultos maiores envelheçam de forma segura em um lugar adequado para eles, a fim de continuar a desenvolver-se pessoalmente, contribuir para as suas comunidades e manter a sua autonomia e saúde.

As ações necessárias para promover essas habilidades tomam muitas formas, porém operam de duas maneiras fundamentais. A primeira é por meio da construção e manutenção da capacidade intrínseca, tanto reduzindo riscos (como altos níveis de poluição no ar), incentivando comportamentos saudáveis (como atividades físicas) ou removendo barreiras (por exemplo, altos índices de criminalidade ou tráfego perigoso); ou prestando serviços que promovam a capacidade (como cuidados com a saúde). A segunda é a de permitir maior capacidade funcional em alguém com um determinado nível de capacidade. Em outras palavras, preenchendo a lacuna entre o que as pessoas podem fazer devido a seu nível de capacidade e o que poderiam fazer se vivessem em um ambiente favorável (por exemplo, fornecendo tecnologias de apoio adequadas, fornecendo transporte público acessível ou desenvolvendo vizinhanças mais seguras). Embora as intervenções de nível populacional possam melhorar os ambientes para muitas pessoas maiores em ambas as formas, muitas não serão capazes de serem totalmente beneficiadas sem apoio individualizado.

Uma vez que muitos setores e atores podem influenciar o *Envelhecimento Saudável*, uma abordagem coordenada para a política e a prática, que coloca as necessidades e as aspirações das pessoas mais maiores em seu centro, será crucial. Este relatório identifica três abordagens que atravessam quase todos os setores como prioridades para a implementação. São elas:

1. Combater a discriminação etária;
2. Permitir a autonomia;
3. Apoiar o *Envelhecimento Saudável* em todas as políticas e em todos os níveis de governo.

## Combatendo a discriminação etária

Os estereótipos baseados em idade influenciam comportamentos, o desenvolvimento da política e até mesmo a pesquisa. Abordá-los ao combater a discriminação etária deve estar no cerne de qualquer resposta de saúde pública ao envelhecimento da população. Embora seja desafiador, as experiências do combate a outras formas de discriminação generalizada, como o sexismo e o racismo, mostram que as atitudes e as normas podem ser alteradas.

Combater a discriminação etária exigirá a criação, e a incorporação no pensamento de todas as gerações, de uma nova compreensão de envelhecimento. Isso não pode ser baseado em conceitos ultrapassados de que os adultos maiores são um fardo ou em suposições irrealistas de que os adultos maiores hoje evitaram, de alguma forma, os problemas de saúde de seus pais e avós. Em vez disso, demanda uma aceitação da ampla diversidade da experiência da idade avançada, um reconhecimento das injustiças que estão muitas vezes subjacentes e uma abertura para perguntar como as coisas podem ser feitas de maneira melhor. As principais ações a serem tomadas incluem:

- Realizar campanhas de comunicação para aumentar o conhecimento e a compreensão de envelhecimento entre os meios de comunicação, o público em geral, os tomadores de decisões políticas, os funcionários e os prestadores de serviços;
- Promulgar legislações contra discriminação baseada na idade;
- Garantir que uma visão equilibrada do envelhecimento seja apresentada nos meios de comunicação, por exemplo, minimizando o relato sensacionalista de crimes contra pessoas maiores.

## Autonomia

A segunda prioridade transversal é permitir a autonomia. A autonomia depende fortemente do atendimento das necessidades básicas de um adulto maior e, por sua vez, possui grande influência sobre a dignidade, integridade, liberdade e independência dos adultos maiores e tem sido repetidamente identificada como um componente central de seu bem-estar geral.

As pessoas maiores têm o direito de fazer escolhas e assumir o controle de uma série de questões, incluindo onde vivem, os relacionamentos que têm, o que vestem, como passam seu tempo e se submetem-se a tratamento ou não. O potencial de escolha e controle é moldado por muitos fatores, incluindo a capacidade intrínseca dos adultos maiores, os ambientes em que vivem, os recursos pessoais e financeiros que podem levar em consideração e as oportunidades disponíveis para eles.

Uma ação-chave para permitir a autonomia será maximizando a capacidade intrínseca, que é amplamente discutida nas estratégias relacionadas aos sistemas de saúde. Porém, a autonomia pode ser reforçada, independente do nível de capacidade do adulto maior. As ações que podem ajudar a alcançar esse objetivo incluem:

- Promulgar legislações que protejam os direitos dos adultos maiores (por exemplo, protegendo-os do abuso), apoiar os adultos maiores na conscientização e desfrute de seus direitos, e criar mecanismos que podem ser utilizados para abordar as violações dos seus direitos, inclusive em situações de emergência;
- Prestar serviços que facilitem o funcionamento, como tecnologias de apoio e serviços baseados na comunidade ou em casa;

- Fornecer mecanismos para planejamento avançado de cuidados e tomada de decisões apoiadas que permitam aos adultos maiores manter o nível de controle sobre suas vidas, apesar da perda significativa de capacidade;
- Criar oportunidades acessíveis para aprendizado e crescimento ao longo da vida.

### **Envelhecimento Saudável em todas as políticas e em todos os níveis de governo**

Em um número cada vez maior de países, mais de 1 em cada 5 pessoas têm mais de 60 anos. Poucas políticas ou serviços não irão afetá-los de alguma forma. Incluir o *Envelhecimento Saudável* em todas as políticas e em todos os níveis de governo será, portanto, crucial. Estratégias e planos de ação nacionais, regionais, estaduais ou municipais de envelhecimento podem ajudar a orientar essa resposta intersectorial, bem como assegurar uma resposta coordenada abrangendo diversos setores e níveis de governo. Essas estratégias e planos devem estabelecer compromissos claros com os objetivos e linhas claras de responsabilidade, ter orçamentos adequados e especificar mecanismos para coordenação, monitoramento, avaliação e relatório entre os setores. A coleta e a utilização de informações desagregadas por idade sobre as capacidades dos adultos maiores também serão importantes. Isso pode facilitar as análises de eficácia e lacunas em políticas, sistemas e serviços existentes. Além disso, os mecanismos para consultar e envolver adultos maiores ou organizações de adultos maiores no desenvolvimento e avaliação de políticas pode ajudar a garantir sua relevância para populações locais. Entretanto, existem diversas outras áreas de ação, incluindo:

- Estabelecer políticas e programas que ampliem as opções de habitação para adultos maiores e auxiliem com modificações no lar que permitam aos adultos maiores envelhecerem em um local adequado;
- Introduzir medidas para garantir que os adultos maiores sejam protegidos contra a pobreza, por exemplo, por meio de esquemas de proteção social;
- Fornecer oportunidades de participação social e de desempenhar papéis sociais significativos, visando especificamente os processos marginalizam e isolam os adultos maiores;
- Remover barreiras, estabelecer normas de acessibilidade e garantir a conformidade em edifícios, transporte e tecnologias de informação e comunicação;
- Considerar o planejamento urbano e as decisões de utilização da terra e seu impacto sobre a segurança e a mobilidade das pessoas maiores;
- Promover a diversidade da idade e inclusão em ambientes de trabalho.

### **Melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão**

Fazer progressos com o *Envelhecimento Saudável* exigirá uma compreensão muito melhor de questões e tendências relacionadas à idade. Muitas questões básicas permanecem sem respostas.

- Quais são os padrões atuais do *Envelhecimento Saudável*? Eles estão mudando ao longo do tempo?
- Quais são os determinantes do *Envelhecimento Saudável*?



- As desigualdades estão aumentando ou diminuindo?
- Quais intervenções trabalham para promover o *Envelhecimento Saudável* e em quais subgrupos da população elas trabalham?
- Qual é o prazo e a sequência adequada dessas intervenções?
- Quais são as necessidades de cuidados de saúde e cuidados de longo prazo entre adultos maiores e quão bem elas estão sendo atendidas?
- Quais são as reais contribuições econômicas feitas pelos adultos maiores e os verdadeiros custos e benefícios de promover o *Envelhecimento Saudável*?

Como um primeiro passo para respondê-las, os adultos maiores terão que ser incluídos nas estatísticas vitais e em pesquisas na população geral, e as análises desses recursos de informação devem ser desagregadas por idade e sexo. Medidas adequadas de *Envelhecimento Saudável* e seus determinantes e distribuições também devem ser incluídas nesses estudos.

Porém, também devem ser promovidas pesquisas em uma gama de setores específicos relacionados ao envelhecimento e saúde, o que exigirá um acordo sobre os principais conceitos e como eles podem ser medidos. Abordagens, como estudos plurinacionais e multidisciplinares devem ser incentivadas, uma vez que podem representar a diversidade de uma população e investigar os determinantes do *Envelhecimento Saudável* e os diferentes contextos dos adultos maiores. Portanto, também deve haver envolvimento e contribuição dos adultos maiores, uma vez que pode levar a resultados mais relevantes e inovadores. Então, conforme conhecimentos novos e mais relevantes sobre o envelhecimento e a saúde são gerados, serão necessários mecanismos globais e locais para assegurar a sua tradução rápida em prática clínica, intervenções de saúde pública baseadas na população ou políticas de saúde e políticas sociais.

Três abordagens serão cruciais pra melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão. São elas:

1. Acordo sobre métricas, medidas e abordagens analíticas para o *Envelhecimento Saudável*;
2. Melhorar a compreensão do *status* de saúde e necessidades de populações mais maiores e quão bem as suas necessidades estão sendo atendidas;
3. Aumentar a compreensão das trajetórias do *Envelhecimento Saudável* e o que pode ser feito para melhorá-las.

### Métricas, medidas e abordagens analíticas

A métrica atual e os métodos utilizados no campo do envelhecimento são limitados, o que impede uma compreensão sólida sobre os principais aspectos do *Envelhecimento Saudável*. É necessário um consenso sobre quais abordagens e métodos são mais adequados. Estes deverão ser elaborados de diversos campos e permitir que sejam feitas comparações e, possivelmente, ligações de dados coletados de diversos países, cenários e setores. As prioridades incluem:

- Desenvolver e alcançar um consenso sobre métrica, estratégias de medição, instrumentos, testes e biomarcadores para os principais conceitos relacionados ao *Envelhecimento Saudável*, incluindo capacidade funcional, capacidade



intrínseca, bem-estar subjetivo, características de saúde, características pessoais, herança genética, multimorbilidade e a necessidade de serviços e atendimento;

- Chegar a um consenso sobre abordagens para avaliar e interpretar as trajetórias dessas métricas e medidas durante o curso da vida. Será importante demonstrar como as informações geradas podem servir como contribuições para a política, acompanhamento, avaliação, decisões clínicas ou de saúde pública;
- Desenvolver e aplicar abordagens melhoradas para testar intervenções clínicas que levam em consideração a diferente fisiologia de adultos maiores e multimorbilidade.

### O status de saúde e necessidades de populações mais maiores

Embora a pesquisa baseada na população geral e a vigilância precisam colocar maior ênfase em adultos maiores, a pesquisa baseada em população específica sobre adultos maiores também é necessária para identificar os níveis e a distribuição da capacidade funcional e capacidade intrínseca; como elas mudam ao longo do tempo; e as necessidades de cuidados de saúde, cuidados e apoio, e como estas estão sendo atendidas. Essa pesquisa poderá incluir:

- O estabelecimento de pesquisas de população de adultos maiores regular que pode refletir em detalhes a capacidade funcional; a capacidade intrínseca; estados de saúde específicos; a necessidade de cuidados de saúde ou cuidados de longo prazo ou mudanças ambientais mais amplas e se essas necessidades estão sendo atendidas;
- O mapeamento de tendências em capacidade intrínseca e capacidade funcional em diferentes coortes de nascimento e determinando se a expectativa maior de vida está associada aos anos adicionais de saúde;
- A identificação de indicadores e mecanismos para a fiscalização contínua das trajetórias do *Envelhecimento Saudável*.

### As trajetórias do *Envelhecimento Saudável* e o que pode ser feito para melhorá-las

A promoção do *Envelhecimento Saudável* exigirá uma compreensão muito melhor de trajetórias comuns da capacidade intrínseca e da capacidade funcional, seus determinantes e a eficácia das intervenções para modificá-las. As principais ações a serem tomadas para alcançar esse objetivo incluem:

- Identificar o alcance e os tipos de trajetórias da capacidade intrínseca e da capacidade funcional e seus determinantes em diferentes populações;
- Quantificar o impacto dos cuidados com a saúde, cuidado de longo prazo e intervenções ambientais nas trajetórias do *Envelhecimento Saudável* e identificar os caminhos pelos quais operam;
- Melhor quantificar a contribuição econômica dos adultos maiores e os custos da prestação dos serviços de que necessitam para o *Envelhecimento Saudável* e desenvolver maneiras rigorosas, válidas e comparáveis de análise de retorno sobre os investimentos.

## Conclusão

Uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento é uma necessidade urgente e algo pode ser feito em todos os cenários, não importa o nível de desenvolvimento socioeconômico.

Este relatório descreve um quadro de saúde pública para a ação que é construída sobre o conceito de *Envelhecimento Saudável*. Esta resposta social ao envelhecimento da população exigirá uma transformação dos sistemas de saúde longe dos modelos curativos baseados em doença e para a prestação de cuidados integral e centrados em adultos maiores. Exigirá o desenvolvimento, às vezes do zero, de sistemas abrangentes de cuidados de longo prazo. Também exigirá uma resposta coordenada de outros diversos setores e múltiplos níveis de governo. Deve ser construído sobre uma mudança fundamental em nossa compreensão sobre o envelhecimento para uma que tenha em conta a diversidade das populações maiores e responda às desigualdades que muitas vezes estão subjacentes. E exigirá recorrer a melhores formas de medir e monitorar a saúde e o funcionamento das populações mais maiores.

Embora essas ações inevitavelmente exigirão recursos, elas podem ser um bom investimento no futuro da sociedade: um futuro que proporciona à pessoas maiores a liberdade de viver vidas que as gerações anteriores podem nunca ter imaginado.

## Lista de Referências

1. World economic and social survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations; 2007 ([http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess\\_archive/2007wess.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf), accessed 22 July 2015).
2. Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. Introduction. In: Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al., editors. Global population ageing: peril or promise? Geneva: World Economic Forum; 2012. pp. 4–13 ([http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf), accessed 22 July 2015).
3. Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, et al. Population ageing and health. *Lancet*. 2012 Apr 7;379(9823):1295–6. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60519-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60519-4) PMID: 22480756
4. Smith A. Grand challenges of our aging society: workshop summary. Washington (DC): National Academies Press; 2010. (<http://www.nap.edu/catalog/12852/grand-challenges-of-our-aging-society-workshop-summary>, accessed 15 July 2015).
5. Butler RN. Ageism: a foreword. *J Soc Issues*. 1980;36(2):8–11. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>
6. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing*. 2012 Sep;41(5):581–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afs097> PMID: 22826292
7. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf), accessed 21 July 2015).
8. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: cross-fertilizing age and social science theory. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2003 Nov;58(6):S327–37. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327> PMID: 14614120
9. Lee C, Dobson AJ, Brown WJ, Bryson L, Byles J, Warner-Smith P, et al. Cohort profile: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Int J Epidemiol*. 2005 Oct;34(5):987–91. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyi098> PMID: 15894591
10. Levy B, Banaji M. Implicit ageism. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:49–75 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
11. Kite M, Wagner L. Attitudes toward older and younger adults. In: Nelson T, editor. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons. Cambridge (MA): MIT Press; 2002:129–61 (<https://mitpress.mit.edu/index.php?q=books/ageism>, accessed 21 July 2015).
12. Cook J. The socio-economic contribution of older people in the UK. *Work Older People*. 2011;15(4):141–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257>
13. Aboderin IA, Beard JR. Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):e9–11.
14. Aboderin I, Kizito P. Dimensions and determinants of health in old age in Kenya. Nairobi: National Coordinating Agency for Population and Development; 2010.
15. McIntyre D. Health policy and older people in Africa. In: Lloyd-Sherlock P, editor. Living longer: ageing, development and social protection. London: Zed Books; 2004:160–83 (<http://zedbooks.co.uk/node/21198>, accessed 21 July 2015).
16. Terraneo M. Inequities in health care utilization by people aged 50+: evidence from 12 European countries. *Soc Sci Med*. 2015 Feb;126:154–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028> PMID: 25562311
17. Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA. Barriers to health care access among the elderly and who perceives them. *Am J Public Health*. 2004 Oct;94(10):1788–94. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751
18. Oliver D, Foot C, Humphries R. Making our health and care systems fit for an ageing population. London: The King's Fund; 2014 ([http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-health-care-systems-fit-ageing-population-oliver-foot-humphries-mar14.pdf), accessed 21 July 2015).

19. Kingsley DE. Aging and health care costs: narrative versus reality. *Poverty Public Policy*. 2015;7(1):3–21. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/pop4.89>
20. Rolden HJA, van Bodegom D, Westendorp RGJ. Variation in the costs of dying and the role of different health services, socio-demographic characteristics, and preceding health care expenses. *Soc Sci Med*. 2014 Nov;120(0):110–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.09.020> PMID: 25238558
21. Hagist C, Kotlikoff L. Who's going broke? Comparing healthcare costs in ten OECD countries. Cambridge (MA): National Bureau of Economic Research; 2005. doi: <http://dx.doi.org/10.3386/w11833>
22. Wong A, van Baal PHM, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ*. 2011 Apr;20(4):379–400. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1597> PMID: 20232289
23. Polder JJ, Barendregt JJ, van Oers H. Health care costs in the last year of life—the Dutch experience. *Soc Sci Med*. 2006 Oct;63(7):1720–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.04.018> PMID: 16781037
24. Kardamanidis K, Lim K, Da Cunha C, Taylor LK, Jorm LR. Hospital costs of older people in New South Wales in the last year of life. *Med J Aust*. 2007 Oct 1;187(7):383–6. PMID: 17907999
25. Hoover DR, Crystal S, Kumar R, Sambamoorthi U, Cantor JC. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992–1996 Medicare current beneficiary survey. *Health Serv Res*. 2002 Dec;37(6):1625–42. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.01113> PMID: 12546289
26. Crimmins EM, Beltrán-Sánchez H. Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011 Jan;66(1):75–86. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/gbq088> PMID: 21135070
27. Manton KG, Gu X, Lamb VL. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the U.S. elderly population. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2006 Nov 28;103(48):18374–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0608483103> PMID: 17101963
28. Seeman TE, Merkin SS, Crimmins EM, Karlamangla AS. Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988–1994 and 1999–2004. *Am J Public Health*. 2010 Jan;100(1):100–7. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2008.157388> PMID: 19910350
29. Liao Y, McGee DL, Cao G, Cooper RS. Recent changes in the health status of the older U.S. population: findings from the 1984 and 1994 supplement on aging. *J Am Geriatr Soc*. 2001 Apr;49(4):443–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49089.x> PMID: 11347789
30. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr*. 2011;11(1):47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47> PMID: 21851629
31. Lin S-F, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. 2012 Nov;102(11):2157–63. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300602> PMID: 22994192
32. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *Am J Public Health*. 2013 Nov;103(11):e78–87. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301250> PMID: 24028235
33. Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Van Oyen H, Nusselder W, et al.; EHLEIS team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet*. 2008 Dec 20;372(9656):2124–31. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61594-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61594-9) PMID: 19010526
34. Lafortune G, Balestat G. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris: OECD Publishing; 2007 doi: <http://dx.doi.org/10.1787/217072070078>
35. Zheng X, Chen G, Song X, Liu J, Yan L, Du W, et al. Twenty-year trends in the prevalence of disability in China. *Bull World Health Organ*. 2011 Nov 1;89(11):788–97. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.089730> PMID: 22084524
36. Cheng ER, Kindig DA. Disparities in premature mortality between high- and low-income US counties. *Prev Chronic Dis*. 2012;9:E75. PMID: 22440549

37. Olshansky SJ, Antonucci T, Berkman L, Binstock RH, Boersch-Supan A, Cacioppo JT, et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. *Health Aff (Millwood)*. 2012 Aug;31(8):1803–13. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
38. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications. *Lancet*. 2014 Nov 5;385(9967):563–75. doi: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0746> PMID: 22869659
39. Polivka L. Globalization, population, aging, and ethics. *J Aging Identity*. 2001;6(3):147–63. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
40. Arxer SL, Murphy JW. *The Symbolism of globalization, development, and aging*. Dordrecht: Springer; 2012 (<http://USYD.ebib.com.au/patron/FullRecord.aspx?p=994408>, accessed 21 July 2015).
41. Gasper D. Sen’s capability approach and Nussbaum’s capabilities ethic. *J Int Dev*. 1997;9(2):281–302. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
42. Nussbaum MC. Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ*. 2003;9(2–3):33–59. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/1354570022000077926>
43. Nussbaum M. Capabilities and social justice. *Int Stud Rev*. 2002;4:123–35. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011312300122>
44. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature*. 2008 Feb 7;451(7179):644–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1038/451644a> PMID: 18256658
45. Baltes P, Freund A, Li S-C. The psychological science of human ageing. In: Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, editors. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005:47–71.
46. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science*. 2006 Jun 30;312(5782):1913–5. doi: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1127488> PMID: 16809530
47. Adams KB. Changing investment in activities and interests in elders’ lives: theory and measurement. *Int J Aging Hum Dev*. 2004;58(2):87–108. doi: <http://dx.doi.org/10.2190/0UQ0-7D8X-XVVU-TF7X> PMID: 15259878
48. Hicks JA, Trent J, Davis WE, King LA. Positive affect, meaning in life, and future time perspective: an application of socioemotional selectivity theory. *Psychol Aging*. 2012 Mar;27(1):181–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023965> PMID: 21707177
49. Dillaway HE, Byrnes M. Reconsidering successful aging: A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *J Appl Gerontol*. 2009;28(6):702–22. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0733464809333882>
50. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*. 2015 Feb 14;385(9968):640–8. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
51. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. [Somatic and Psychological Health]. In: Tesch-Römer C, Böhm K, Ziese T, editors. [Somatic and Psychological Health]. Berlin: Robert Koch-Institut; 2009 (in German).
52. Lordos EF, Herrmann FR, Robine JM, Balahoczký 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 Aug;11(4):829–36. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/rej.2008.0721> PMID: 18729815
53. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Econ Policy Law*. 2010 Jan;5(Pt 1):71–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133109990120> PMID: 19732475
54. Low LF, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):93. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-93> PMID: 21549010
55. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Community*. 2009 Sep;17(5):447–58. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00844.x> PMID: 19245421
56. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization; 2001.



Uma ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento da população é uma necessidade urgente. Essa ação exigirá mudanças essenciais, não apenas no que fazemos, mas em como pensamos sobre o envelhecimento em si. O *Relatório mundial de envelhecimento e saúde* delineia um quadro de ação para promover o *Envelhecimento Saudável* construído em torno do novo conceito de capacidade funcional. Isso exigirá uma transformação dos sistemas de saúde, longe dos modelos curativos baseados em doença e para a prestação de cuidados integrais e centrados em pessoas maiores. Exigirá o desenvolvimento, às vezes do zero, de sistemas abrangentes de cuidados de longo prazo. Também exigirá uma resposta coordenada de outros diversos setores e nos vários níveis de governo. E exigirá recorrer a melhores formas de medir e monitorar a saúde e o funcionamento das populações maiores.

Essas ações provavelmente constituem um investimento sólido no futuro da sociedade. Um futuro que proporciona aos pessoas maiores a liberdade de viver vidas que as gerações anteriores podem nunca ter imaginado.