



Textos para Discussão

A EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Novos Paradigmas?



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Jair Bolsonaro

Ministro da Saúde

Marcelo Queiroga

Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Nísia Trindade Lima

SAÚDE AMANHÃ

Coordenação geral
Paulo Gadelha

Coordenação Executiva
José Carvalho de Noronha

Coordenação Editorial
Telma Ruth Pereira

Apoio técnico
Natalia Santos de Souza Guadalupe

Normalização bibliográfica
Monique Santos

Projeto gráfico, capa e diagramação
Robson Lima — Obra Completa Comunicação

TEXTOS PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos desenvolvidos no âmbito do Projeto Saúde Amanhã, disseminando informações sobre a prospecção estratégica em saúde, em um horizonte móvel de 20 anos.

Busca, ainda, estabelecer um espaço para discussões e debates entre os profissionais especializados e instituições do setor.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista da Fiocruz/MS.

O projeto Saúde Amanhã é conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) no contexto da “Estratégia Fiocruz para a Agenda 2030”/Fiocruz.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

URL: <http://saudeamanha.fiocruz.br/>

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R763e Romero, Dália

A epidemiologia do envelhecimento: novos paradigmas? / Dália Romero; Leo Maia. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022.

40 p. – (Textos para Discussão; n. 90)

Bibliografia: p. 35-40.

I. Epidemiologia. 2. Envelhecimento. 3. Mortalidade. I. Romero, Dália. II. Maia, Leo. III. Fundação Oswaldo Cruz. IV. Título. V. Saúde Amanhã.

CDU: 343.224.3.002.25

Textos para Discussão
Nº 90

A EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Novos Paradigmas?

Dalia Romero
Leo Maia

Este documento serviu como pano de fundo para os temas específicos tratados durante o Seminário “O Brasil depois da pandemia – Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro”, realizado em 25 e 26 de abril de 2022, na Fiocruz.

Rio de Janeiro, Abril 2022

AUTORES

Dalia Romero

Graduada em Sociologia pela Universidade Católica Andrés Bello (UCABVenezuela), mestre em Demografia pelo Colégio de México e doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é pesquisadora e chefe do Laboratório de Informação e Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (LIS/Icict) e coordena o Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento da Fiocruz (GISE-FIOCRUZ). Atua principalmente nos temas de indicadores e fontes de informação em saúde, envelhecimento, mortalidade e métodos de monitoramento de políticas públicas na área da saúde.

Leo Maia

Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em Ciência Política pela Universidade Federal Fluminense (UFF) e doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Atualmente é pesquisador colaborador do Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento (GISE) do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fiocruz (ICICT/Fiocruz). Atua principalmente nos temas de indicadores de saúde, envelhecimento e monitoramento de políticas públicas na área da saúde..

SUMÁRIO

Introdução	7
Transição Epidemiológica e Envelhecimento	9
Mortalidade: Principais causas de óbitos da população idosa e indicadores de sobrevivência	11
Morbidade: Principais causas de internações hospitalar da população idosa e mudanças em decorrência da pandemia Covid-19	13
Prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis na População Idosa	15
Envelhecimento Saudável: Novo paradigma da saúde	17
Atenção Integrada para as Pessoas Idosas a Nível Comunitário. Orientações da OMS	29
Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Brasil: Atenção Básica e instrumentos de apoio	32
Considerações Finais	34
Referências Bibliográficas	35

A EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Novos Paradigmas?

1. INTRODUÇÃO

O século XX é caracterizado por diversas disciplinas como o século das grandes mudanças em todos os campos da sociedade e do conhecimento. Esse século trouxe a era do automóvel, do átomo, dos antibióticos, da TV, da internet, entre muitas outras, acompanhadas por grandes revoluções sociais e duas guerras mundiais.

As mudanças nas condições da saúde da população e seu estudo científico não escaparam a essas tendências. A demografia e a epidemiologia, ciências que têm como foco a população, mostraram que até começos do século XX quase todas as pessoas no mundo viviam em extrema pobreza, o conhecimento médico era pouco desenvolvido e generalizado e, em todos os países, nossos ancestrais esperavam uma morte a uma idade que hoje em dia é considerada prematura (Riley, 2005; Roser, Ortiz-Ospina & Ritchie, 2019). Decorridos séculos na História, a expectativa de vida média global era inferior aos trinta anos. Foi no século XX que pela primeira vez se viu duplicar esse indicador, chegando aos 66 anos ao seu final (Riley, 2005). Entretanto, essa experiência nova para o mundo se deu num contexto de grande desigualdade, que se perpetua até os dias de hoje. Enquanto no ano 2000 o Japão tinha expectativa de vida de 81 anos, na África era de 55 (similar à da Europa de 1920) e no Brasil de 70. Este último com nível inferior à expectativa de vida de países da região, como Equador, Argentina, Colômbia e México, entre outros (World Bank, 2021).

A epidemia da Covid-19, no entanto, paralisou e até reverteu a tendência de ganhos na expectativa de vida, seja por consequência direta, ou indireta, como alguns estudos já mostraram. Comparando 2018 com 2020, a expectativa de vida nos EUA diminuiu 1,87 anos, chegando a 76,87 anos, 8,5 vezes mais que a diminuição média nos países ricos (0,22 anos) (Woolf, Masters & Aron, 2021). No Brasil, uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estimou a redução da expectativa de vida ao nascer entre 2020 e 2021 em 4,4 anos (Gombata, 2022), retrocedendo ao nível de mortalidade experimentado em 2006 (IBGE, 2006). Essa estimativa coloca o Brasil em situação pior que os Estados Unidos.

Ainda que a pandemia tenha mostrado que uma população pode “rejuvenescer”, é importante reconhecer que o processo de envelhecimento coletivo é uma tendência mundial que traz importantes desafios para a sociedade e que a relevância desse processo não pode apenas se fundamentar no nível e na tendência da proporção de pessoas idosas numa população. Questões intrínsecas ao envelhecimento dos seres humanos, especialmente relacionadas às condições de saúde, devem ser consideradas em todo planejamento e nas intervenções de programas e políticas públicas.

O envelhecimento demográfico e o envelhecimento individual devem ser diferenciados. O primeiro é decorrente da mudança na estrutura etária da população e acontece com o aumento da proporção de pessoas consideradas idosas. O envelhecimento demográfico pode ser reversível a partir de, por exemplo, a entrada de migrantes jovens, o aumento da fecundidade e/ou o aumento da mortalidade a idades avançadas.

Já o envelhecimento individual, embora seja concebido como um processo, está associado ao conceito de velhice e fragilização. A idade, por si só, não é um preditor de fragilidade e velhice, uma vez que o processo de envelhecimento é heterogêneo (muda de pessoa a pessoa). Entretanto, pela simplicidade de captação, a idade passou a ser o principal marcador de envelhecimento humano. A maioria dos países usam 60 ou 65 anos para definir uma pessoa como idosa. No Brasil, o Estatuto do Idoso a define como aquela que alcança os 60 anos de idade.

Uma vez que o envelhecimento individual é uma “construção social”, sua conceitualização está em constante mudança. Entretanto, a maioria das vezes envolve a noção de “processo irreversível” e fase final da vida (Dardengo & Mafra, 2018). O envelhecimento individual é multifacetado e inclui aspectos fisiológicos, sociais e culturais. As mudanças que constituem o envelhecimento no plano biológico estão associadas com a acumulação de danos moleculares e celulares que aumentam o risco de doenças e afetam a capacidade corporal dos indivíduos (Steves, Spector & Jackson, 2012). A perda de status social e a solidão durante o envelhecimento também têm se mostrado fatores adversos à saúde das pessoas de mais idade. Contudo, seria equivocado falar de um único paradigma de velhice determinado pela idade ou condição física, pois as pessoas a vivenciam de formas diferentes e dependem do contexto socioeconômico e cultural em que estão inseridas.

Em geral, duas perspectivas são identificadas nos estudos sobre a velhice. Uma, de ordem sociológica e psicossocial, que foca no afastamento e na invisibilidade da pessoa idosa na sociedade e argumenta a favor dos direitos e do pleno exercício da cidadania nessa faixa etária. Outra perspectiva, clínica-médica, da epidemiologia, foca nas doenças e síndromes geriátricas que surgem na velhice, cujas evidências sustentam, em muitos casos, a necessidade de mudanças do sistema de saúde para responder às demandas da longevidade.

O envelhecimento pode ser encarado de duas maneiras: como tragédia que destrói os sistemas sociais ou como uma oportunidade, na medida que as pessoas idosas tenham uma vida saudável, como afirmava Maria Fernanda Lima Costa no seminário “*Envelhecimento saudável sem estado de bem-estar e sem SUS?*”, ocorrido na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2017, promovido pelo Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz e pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz), no qual participaram também o ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão e a coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde e Envelhecimento (Gise/Icict/Fiocruz), Dalia Romero (CEE-Fiocruz e Icict/Fiocruz 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), buscando evitar a leitura do envelhecimento como uma tragédia inevitável, envidou esforços e propôs novos paradigmas. O termo Envelhecimento Ativo, adotado pela OMS ao final da década de 1990, é definido como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (Organização Mundial da Saúde, 2005, p.). Mais recentemente, em 2020, a OMS criou o plano “A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030” como uma estratégia para melhorar a vida dos idosos, de suas famílias e comunidades. Visando avaliar como foi apreendido o início da Década do Envelhecimento Saudável no contexto das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) promoveu uma reu-

nião interagências de organizações internacionais, que reconheceu que a aplicação do plano na região se faz ainda mais urgente, pois o envelhecimento da população ocorre rapidamente em um contexto socioeconômico frágil, onde muitos idosos não conseguem ter acesso aos recursos básicos necessários para uma vida digna (Organização Pan-Americana da Saúde, 2021).

Neste capítulo do livro trataremos dos principais aspectos sobre as condições de saúde da população idosa brasileira desde a perspectiva da epidemiologia do envelhecimento.

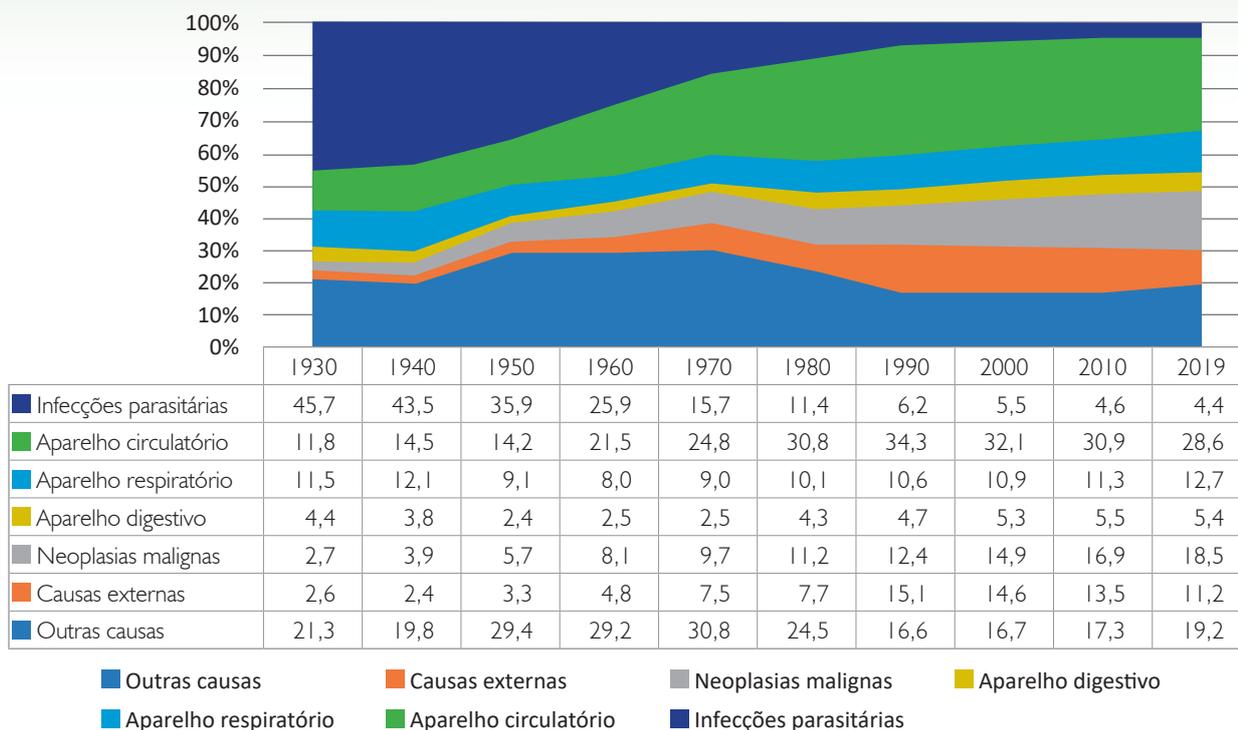
2. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO

Conceitualmente, a teoria da transição epidemiológica se concentra na complexa mudança dos padrões de morte e morbidade da população ocorrida no tempo, associada às transformações demográficas, sociais e econômicas (Omran, 1971). A teoria sustenta que, durante a transição, as causas principais de morte e doença por pandemias (infectocontagiosas) são gradualmente substituídas por doenças degenerativas. Omran (1971), seu principal autor, identifica três grandes estágios sucessivos da transição epidemiológica: A Era da Pestilência e da Fome, A Idade das Pandemias em Recessão e a Era das Doenças Degenerativas e Causadas pelo Homem, na qual o envelhecimento seria sua principal característica.

Essa teoria contém uma visão evolucionista e funcionalista e, por isso, tem sofrido importantes críticas e sugestões de mudança. Luna (2002), ao analisar a situação epidemiológica do Brasil, observou que o processo de transição não se dava de forma linear, nem homogênea, pelo que conclui que no país há: 1) uma sobreposição de etapas – doenças infecciosas e degenerativas convivem com grande peso absoluto e relativo; 2) um movimento de contratransição caracterizado pelo ressurgimento em peso de diversas doenças infecciosas; 3) uma incerteza de uma resolução do processo de transição, em um país profundamente marcado por desigualdades sociais. O autor demonstra que o pretense movimento de eliminação das doenças infecciosas não só não se verificou, a partir de exemplos como a epidemia da AIDS, como também que os mesmos fatores relacionados ao progresso, ao desenvolvimento socioeconômico e à modernidade se comportam como determinantes da transição dos processos na direção inversa, propiciando o surgimento e a disseminação de novas e velhas doenças infectoparasitárias (Luna, 2002, p. 232).

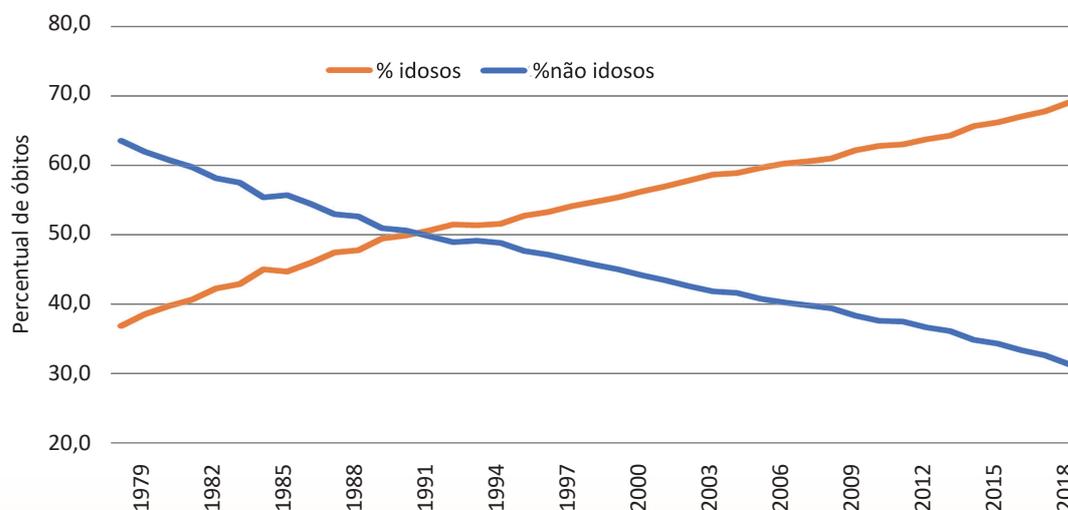
A pandemia de Covid-19, 40 anos depois da AIDS, constata e aprofunda as críticas à teoria da transição epidemiológica, mas também traz uma particularidade no seu perfil etário, quando comparada às principais pandemias. A letalidade da Covid-19 é acentuadamente superior entre a população idosa (em torno de 70% dos óbitos correspondem a pessoas de 60 anos ou mais). Pandemias anteriores concentraram suas mortes em crianças e adultos. Assim, como mencionado anteriormente, a Covid-19 ameaçou reverter a tendência considerada “consagrada” da transição: o envelhecimento populacional.

Apesar das críticas, em períodos suficientemente longos, as mudanças no perfil da mortalidade defendidas na teoria da transição epidemiológica são observadas no Brasil. O Gráfico 1 explora as mudanças na distribuição percentual das causas de mortalidade no Brasil ao longo do tempo, desconsiderando as causas mal definidas. No Brasil de 1930 quase metade dos óbitos eram por causas infecciosas e parasitárias, passando desde 1990 a menos de 10%. As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas, que, em 1930, correspondiam a apenas a 11,8% e 2,7% do total de óbitos, respectivamente, passaram a um percentual de 28,6% e 18,5% em 2019, ocupando o primeiro e segundo lugar entre as mais frequentes causas definidas de mortalidade no Brasil.

Gráfico 1. Distribuição percentual da mortalidade geral. Brasil, 1930 a 2019

Fontes: 1930-1980: Dados nº7, RADIS, Fiocruz. Estimativas de Araújo (2012). 1990-2019: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

A mudança na estrutura das causas é acompanhada pela mudança na estrutura etária dos óbitos, conforme demonstra o Gráfico 2. No começo dos anos 80 a maioria dos óbitos era de idades inferiores a 60 anos. A partir de 1992 essa situação se reverte, chegando em 2019 a que a grande maioria das mortes sejam de pessoas de 60 ou mais (70%).

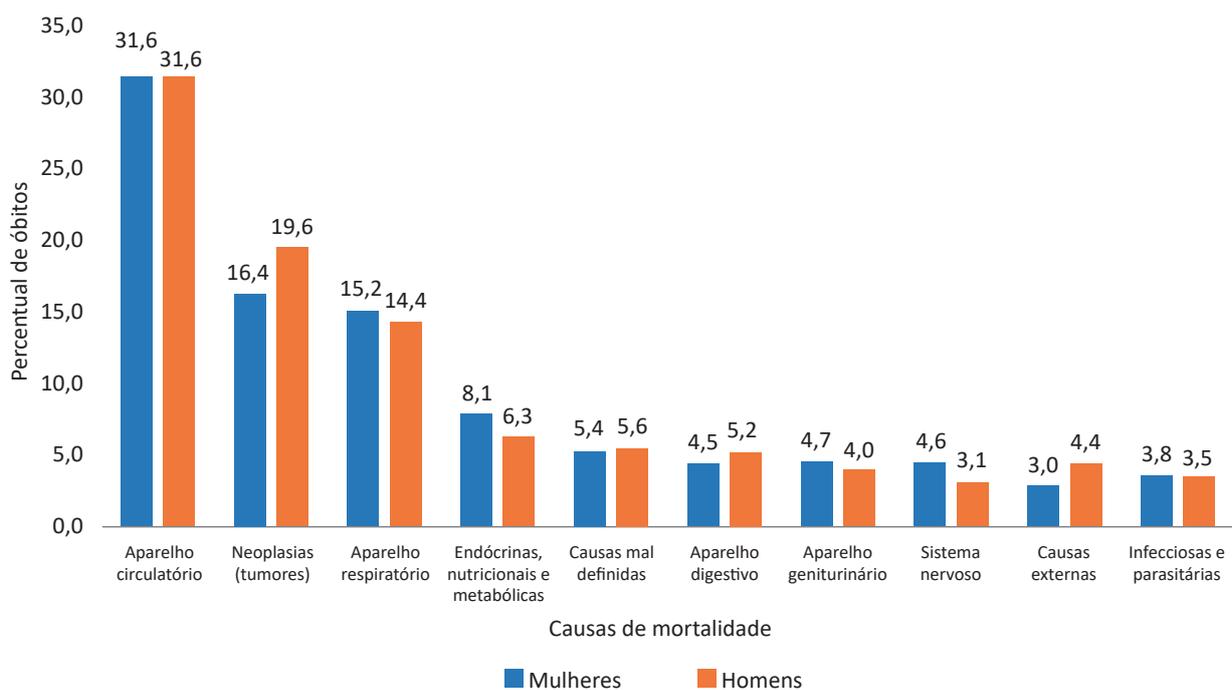
Gráfico 2. Percentual de óbitos de idosos e não idosos. Brasil, 1979 a 2019

Fonte: Sistema de Informação em Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

3. MORTALIDADE: PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS DA POPULAÇÃO IDOSA E INDICADORES DE SOBREVIVÊNCIA

A estrutura de causas de mortalidade de pessoas de 60 anos ou mais se concentra principalmente nas doenças não-transmissíveis (ver Gráfico 3). No ano de 2019, três grupos de causas correspondiam a mais de 60% do total de óbitos de pessoas idosas, tanto na população feminina, quanto masculina, sendo elas: doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Doenças infecciosas e parasitárias eram as causas de menos de 4% dos óbitos para ambos os sexos. Homens e mulheres idosas pouco se diferenciaram quanto à distribuição percentual das causas de mortalidade. As principais diferenças encontradas foram a maior proporção de óbitos na população masculina por neoplasias e causas externas (19,6% e 4,4%, respectivamente) em relação à feminina (16,4% e 3,0%, respectivamente) e a maior proporção de óbitos por doenças do sistema nervoso e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas em idosas (4,6% e 8,1%, respectivamente) em comparação aos homens idosos (3,1% e 6,3%, respectivamente).

Gráfico 3. Percentual de óbitos de idosos e não idosos. Brasil, 1979 a 2019



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

O aumento da expectativa de vida também se mostrou uma característica da transição epidemiológica observável no Brasil. A expectativa de vida dos brasileiros ao nascer teve um incremento de mais de 8 anos desde o início do século (Tabela 1). Tal aumento foi ligeiramente maior para os homens. No entanto, a diferença na expectativa de vida ao nascer entre os sexos se manteve alta (7 anos). No que diz respeito à expectativa de vida aos 60 anos, observa-se um comportamento contrário, ou seja, há um ganho de anos de vida mais acentuado entre as mulheres, o que gera um aumento nas vantagens femininas em relação aos homens (passou de 3,5 para 3,8 anos de diferença). Vale destacar, contudo, que essas estimativas foram obtidas através das Tábuas de Mortalidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o qual utiliza a

projeção da mortalidade elaborada a partir dos dados do Censo Demográfico de 2010, desconsiderando o aumento dos óbitos decorrentes da pandemia de Covid-19 na população brasileira no ano de 2020.

Tabela 1. Expectativa de vida e expectativa de vida aos 60 anos, segundo sexo e total. Brasil, 2000 a 2020.

	2000	2005	2010	2015	2020
Total					
Expectativa de vida	68,6	71,9	73,5	75,5	76,8
Expectativa de vida aos 60 anos	17,8	20,8	21,4	22,1	22,8
Mulheres					
Expectativa de vida	72,6	75,8	77,3	79,1	80,3
Expectativa de vida aos 60 anos	19,5	22,3	23,0	23,8	24,6
Homens					
Expectativa de vida	64,8	68,2	69,7	71,9	73,3
Expectativa de vida aos 60 anos	16,0	19,2	19,6	20,2	20,8

Fonte: Tábuas completas de mortalidade dos anos correspondentes, IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?=&t=publicacoes>>. Acesso em: 14 fev de 2022.

O tempo de sobrevivência dos brasileiros se diferencia não apenas segundo o sexo, mas também segundo a raça/cor do indivíduo. Quando observamos a idade média à morte dos diferentes grupos raciais para o ano de 2019, notamos que a população negra e, especialmente, a indígena, possui desvantagens significativas em relação à população branca e amarela (Tabela 2). A idade média à morte dos indígenas sequer alcança a faixa etária dos quinquagenários: é 28,3 anos menor do que a dos amarelos e 23,2 anos menor do que a dos brancos. Por sua vez, negros morreram em média 8,1 anos antes do que a população branca e 13,2 anos antes do que a população amarela. Ademais, negros e indígenas também possuem um maior desvio padrão em relação à idade média à morte do que brancos e amarelos, ou seja, há uma maior concentração de óbitos em idades mais avançadas entre brancos e amarelos, enquanto a mortalidade de indígenas e negros ocorrem em idades mais dispersas. Desse modo, observa-se que as conquistas de anos adicionais de vida não se dão de forma equitativa entre diferentes grupos sociais. Ainda hoje, o direito a envelhecer é negado a determinados grupos raciais e étnicos no Brasil.

Tabela 2. Idade Média à Morte e Desvio Padrão segundo raça/cor Brasil, 2019.

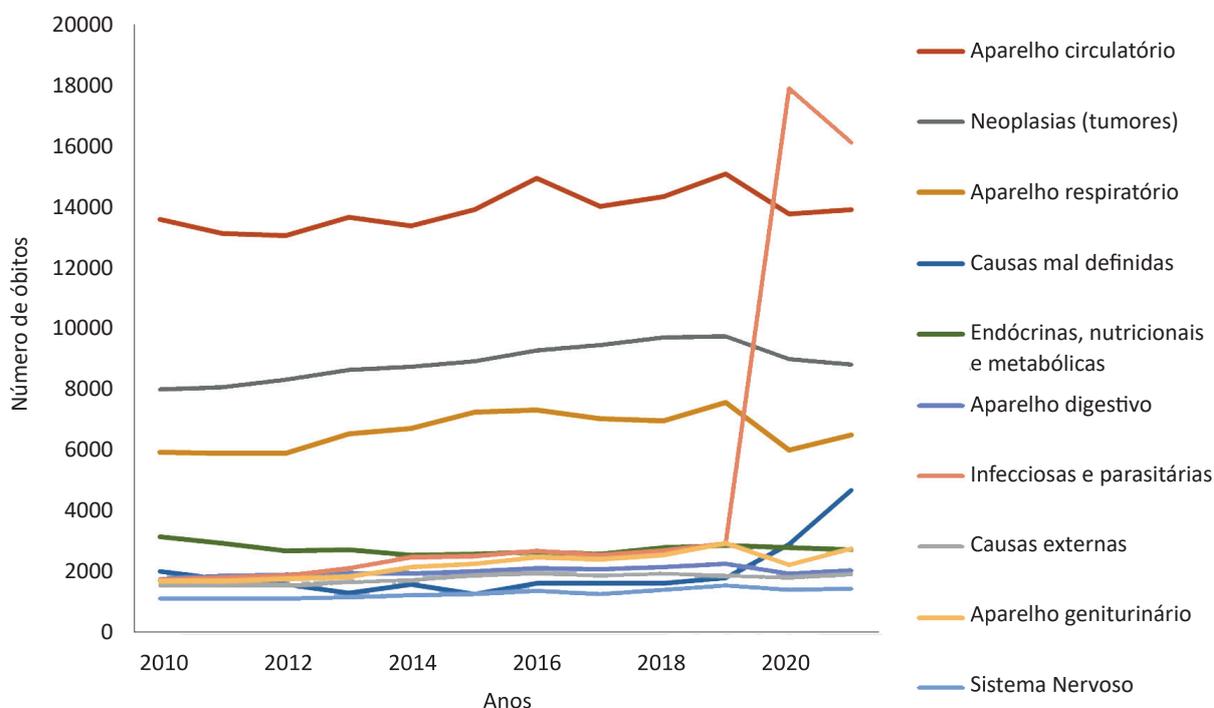
Raça/cor	Idade Média à Morte*	Desvio Padrão
Amarela	74,6	17,6
Branca	69,5	20,5
Negra (preta ou parda)	61,4	23,1
Indígena	46,3	33,4

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas elaboradas pelos autores.

Como comentado anteriormente, com a chegada da pandemia Covid-19, as evidências que sustentavam a robustez da teoria da transição epidemiológica foram confrontadas pela sobre-mortalidade da população mais longeva e pelo grande peso que uma doença infectocontagiosa ocupou na morbimortalidade da população brasileira. Ao observarmos as causas mais frequentes de óbitos de pessoas idosas no município do Rio de Janeiro - as informações dos anos mais

recentes para abrangência nacional até então não foram disponibilizadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - entre os anos de 2010 e 2021, percebemos a expressiva mudança trazida pela pandemia no padrão de mortalidade (Gráfico 4).

Gráfico 4. Número de óbitos de pessoas idosas segundo grupos de causas. Município do Rio de Janeiro, 2010 a 2021

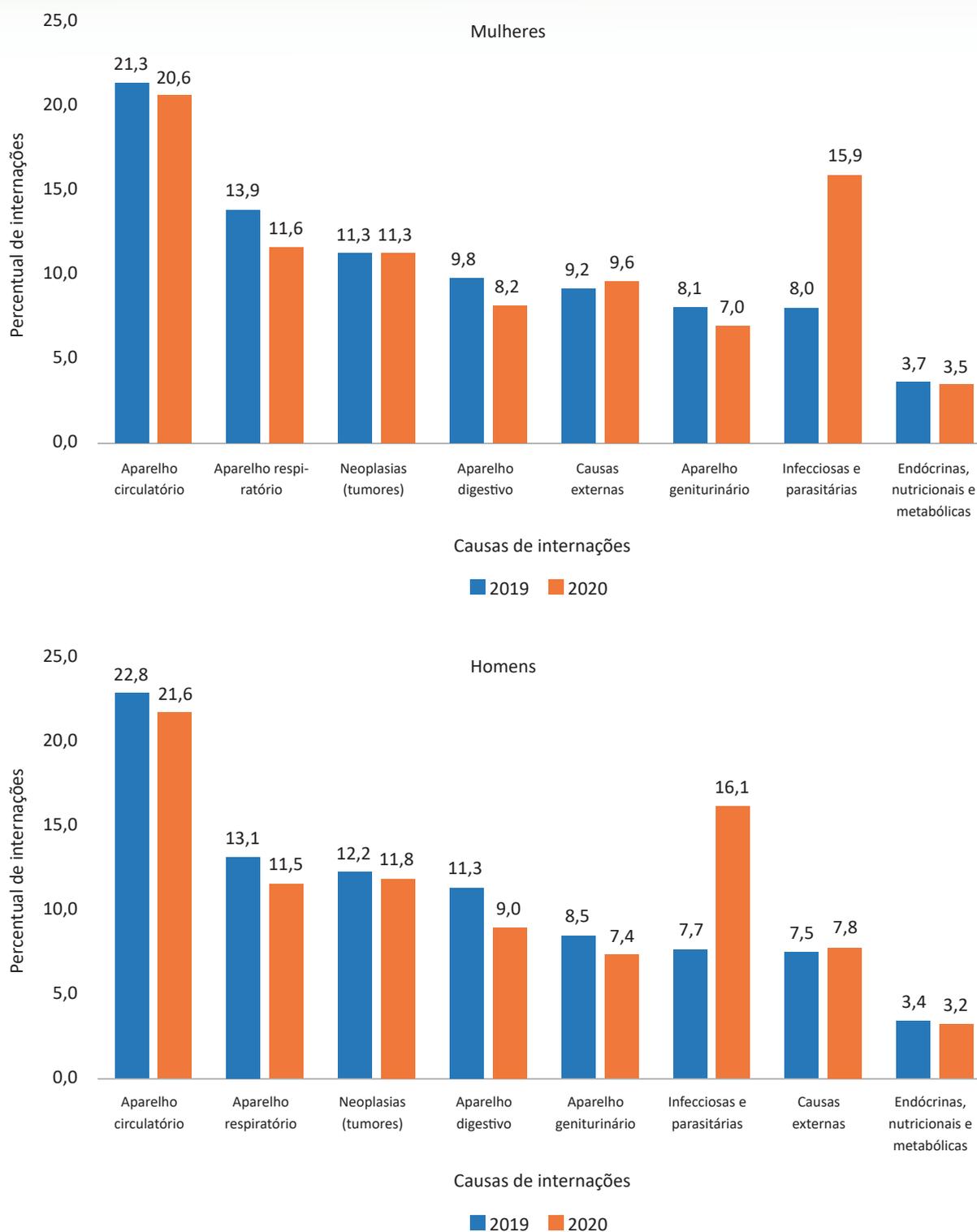


Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Estimativas obtidas no Datasus.

4. MORBIDADE: PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÕES HOSPITALAR DA POPULAÇÃO IDOSA E MUDANÇAS EM DECORRÊNCIA DA PANDEMIA COVID-19

Os dados de Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), que representam aproximadamente 70% de todas as internações no Brasil, são atualizados e disponibilizados em tempo menor que os do SIM, permitindo ter estimativas recentes sobre o padrão de morbidade hospitalar no Brasil e suas divisões territoriais. Assim, verificamos que os padrões de morbidade hospitalar também foram significativamente afetados pela pandemia Covid-19, fato que é evidenciado a partir da observação das oito causas mais frequentes de internações de pessoas idosas entre os anos de 2019 e 2020 (Gráfico 5). As internações por doenças infecciosas e parasitárias, que correspondiam a cerca de 8% das causas de internações para ambos os sexos, dobraram o seu peso na distribuição percentual, chegando ao redor de 16% para ambos. Nas demais causas de internações, chama a atenção a pouca diferença encontrada na distribuição percentual entre homens e mulheres, à exceção das internações decorrentes de causas externas, as quais, diferentemente do padrão de mortalidade (ver Gráfico 3), encontrou maior percentual entre as mulheres, tanto em 2019 (9,2%, contra 7,5% entre homens), quanto em 2020 (9,6%, contra 7,8% entre homens).

Gráfico 4. Número de óbitos de pessoas idosas segundo grupos de causas. Município do Rio de Janeiro, 2010 a 2021



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Estimativas elaboradas pelos autores.

5. PREVALÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO IDOSA

Conhecidas as mudanças nos padrões de causas de hospitalizações e mortalidade da população idosa, interessa-nos, por fim, conhecer a prevalência de doenças crônicas nesse grupo etário. Isso porque, segundo a teoria da transição epidemiológica, elas se tornarão um dos principais desafios relativos à *Saúde do Amanhã* em um Brasil envelhecido, devido ao comprometimento que geralmente causam à funcionalidade humana, gerando incapacidade e aumentando a dependência para a realização das atividades da vida diária.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 mostra a alta prevalência de doenças crônicas entre a população idosa brasileira (Tabela 3). Apenas 19% das pessoas idosas relataram não ter sido diagnosticadas com nenhuma das doenças crônicas referidas no inquérito e especificadas na Tabela 3. Convivem com mais de uma doença crônica 58,3% das pessoas idosas, sendo que 5,5 milhões dessas (34,4% do total de idosos) convivem com 3 ou mais doenças crônicas. As dez doenças crônicas mais prevalentes na população idosa são: hipertensão arterial (56,4%), problema crônico de coluna (31,1%), diabetes (20,8%), artrite ou reumatismo (18,2%), alguma doença do coração (ex.: infarto, angina, insuficiência cardíaca) (13,1%), depressão (11,8%), câncer (6,8%), acidente vascular cerebral (AVC) (5,6%), asma (ou bronquite asmática) (4,7%) e alguma doença crônica no pulmão (ex.: enfisema pulmonar, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica) (3,0%).

A prevalência é maior entre as mulheres idosas para a maior parte das doenças, à exceção de alguma doença no coração, câncer, AVC, alguma doença no pulmão e insuficiência renal crônica. Homens idosos mais frequentemente relatam não ter nenhuma doença crônica não transmissível (DCNT) em relação às mulheres idosas (23,2% e 15,8%, respectivamente), além de terem menor prevalência de 3 doenças crônicas não-transmissíveis ou mais (34,4% e 20,0%, respectivamente). Não obstante, essas diferenças devem ser analisadas com cautela, levando em consideração que as disparidades na prevalência observadas nos inquéritos não necessariamente refletem a realidade. A prevalência relatada depende do diagnóstico da doença. Sabe-se que os homens utilizam menos os serviços de saúde (Malta et al., 2017) e, quando o fazem, muitas vezes a doença está em um estágio avançado (Gomes, 2008), fato que pode explicar a maior (ou igual) mortalidade de homens por essas doenças (ver Tabela 1) em contraste com a menor prevalência relatada por eles.

Tabela 3. Prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis em pessoas idosas segundo gênero e total. Brasil, 2019

	Total		Mulher		Homem	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensão Arterial	16.414.745	56,4%	10.011.461	61,6%	6.373.929	49,7%
Problema crônico de coluna	9.038.046	31,1%	5.737.973	35,3%	3.277.253	25,5%
Diabetes Mellitus	6.063.166	20,8%	3.538.378	21,8%	2.516.495	19,6%
Artrite ou Reumatismo	5.285.175	18,2%	4.178.232	25,7%	1.066.300	8,3%
Alguma doença do coração	3.824.526	13,1%	2.131.225	13,1%	1.693.492	13,2%
Depressão	3.438.388	11,8%	2.567.916	15,8%	849.018	6,6%
Câncer	1.973.776	6,8%	1.020.934	6,3%	955.561	7,4%
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	1.629.634	5,6%	811.806	5,0%	821.105	6,4%

Tabela 3. Prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis em pessoas idosas segundo gênero e total. Brasil, 2019 (cont.)

	Total		Mulher		Homem		
	n	%	n	%	n	%	
Outra doença mental	1.361.375	4,7%	1.013.688	6,2%	339.293	2,6%	
Asma	1.325.455	4,6%	868.334	5,3%	452.884	3,5%	
Alguma doença do pulmão	844.590	2,9%	457.901	2,8%	387.155	3,0%	
Insuficiência Renal Crônica	743.073	2,6%	398.280	2,4%	345.354	2,7%	
DORT	643.271	2,2%	464.256	2,9%	175.538	1,4%	
Quantidade de doenças crônicas (comorbidades)	0	5.519.988	19,0%	2.571.184	15,8%	2.977.380	23,2%
	1	8.472.239	29,1%	4.213.515	25,9%	4.287.707	33,4%
	2	6.890.407	23,7%	3.881.253	23,9%	3.007.421	23,4%
	3 ou mais	8.212.412	28,2%	5.591.380	34,4%	2.565.206	20,0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

Identificar a prevalência de doenças não é tarefa simples para a saúde pública. O câncer de mama é outro exemplo da subestimação da prevalência, já que seu diagnóstico necessita da disponibilidade de aparelhos considerados caros e de alta tecnologia, como é o mamógrafo. Em 2019, 48,8% e 42,3% das mulheres idosas relataram nunca terem realizado mamografia no Norte e no Nordeste, respectivamente, enquanto na região Sudeste foram apenas 23% (Tabela 4); esse indicador mostra o menor acesso a esse tipo de exame nas regiões mais pobres do país. Apesar das diferenças regionais terem se reduzido entre 2013 e 2019, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde persistem. As diferenças observadas no acesso ao diagnóstico colocam dúvidas na veracidade das taxas de óbitos e internações por câncer de mama nas regiões mais desassistidas. Sem um diagnóstico adequado não seria correto afirmar que o risco de morte por câncer de mama das idosas da região Norte seja 38% menor que na região Sul do país, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4. Percentual de idosas que nunca realizaram exame de mamografia, de internações e de óbitos de idosas por câncer de mama, segundo regiões. Brasil, 2013 e 2019

Regiões	Percentual de idosas que nunca realizaram mamografia ¹		Taxa de internações de idosas por câncer de mama (por 100 mil hab.) ²		Taxa de mortalidade de idosas por câncer de mama (por 100 mil hab.) ²	
	2013	2019	2013	2019	2013	2019
Brasil	39,9	31,5	145,7	171,5	56,0	61,1
Norte	61,2	48,8	63,0	86,8	33,3	41,9
Nordeste	53,1	42,3	107,8	138,6	43,2	52,3
Sudeste	32,2	23,0	167,5	192,1	62,0	65,8
Sul	36,9	32,4	177,3	197,3	66,3	67,5
Centro-oeste	37,7	33,8	115,7	143,2	52,6	58,3

Fontes: (1) Pesquisa Nacional de Saúde, PNS (2013 e 2019). Estimativas elaboradas pelos autores. (2) Estimativas obtidas no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, SISAP-Idoso.

Por fim, vale destacar que embora o crescimento da prevalência de doenças crônicas e degenerativas e de suas consequências (aumento da incapacidade e dependência funcional) a tornem, com razão, um dos motivos de maior preocupação da epidemiologia e da saúde pública contemporânea, isso não quer dizer que devemos diminuir a importância ou deixar de priorizar as

demais causas na situação epidemiológica brasileira. O primeiro passo para pensarmos a *Saúde do Amanhã* é a resolução permanente dos problemas do “passado”, tais como doenças negligenciadas e a fome. Estas últimas não aparecem entre as questões mais prevalentes na população idosa, já que se concentram em áreas rurais e populações de menor tamanho (Pereira, Spyrides & Andrade, 2016), mas representam um desafio fundamental no direito à vida. A persistência das causas externas, em específico a violência (Souza et al., 2018), também será uma preocupação central para a sociedade brasileira e para o SUS nos anos vindouros.

6. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: NOVO PARADIGMA DA SAÚDE

O aumento das doenças crônicas em idades avançadas, além da idade, tem sido utilizado como indicador de fragilidade e velhice, mas acaba não sendo um indicador suficientemente sensível para identificar a fase do envelhecimento. Isso porque na presença de uma adequada promoção da saúde, prevenção de agravos e do acesso a recursos, as doenças crônicas não necessariamente limitam a vida com qualidade e satisfação (Moraes et al., 2016; Ramos, 2003).

No século XXI, os estudos sobre a velhice têm focado sua atenção em construtos que englobam a diversidade de fatores que determinam o envelhecimento e que dão conta da qualidade de vida, independentemente de atrelar isso a uma doença crônica. A OMS, na busca de uma perspectiva positiva do envelhecimento, propôs o termo, mencionado anteriormente, “envelhecimento ativo” e, mais recentemente, “envelhecimento saudável”. Nesse contexto, dois conceitos-chave são formulados para abordar a saúde da pessoa idosa: capacidade funcional e capacidade intrínseca. Esses conceitos são ratificados pela OMS no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde de 2015 (World Health Organization, 2015) e no plano Década do Envelhecimento Saudável (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020), com a finalidade de popularizar o novo paradigma sobre o envelhecimento.

Nesse plano, a OMS afirma que:

“O envelhecimento saudável pode ser uma realidade para todos. Ele demandará uma troca de foco de se ter o envelhecimento saudável como a ausência de doença para a promoção da habilidade funcional que permite à pessoa idosa ser e fazer aquilo que valoriza. Serão necessárias ações de melhoria do envelhecimento saudável em múltiplos níveis e em múltiplos setores, de modo a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e viabilizar a habilidade funcional” (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020, p. 3).

O conceito de capacidade funcional (CF) pode ser definido como a capacidade da pessoa de realizar de forma independente as demandas físicas do cotidiano, as quais compreendem desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária. A CF é composta da capacidade intrínseca da pessoa, das características do ambiente que afetam essa capacidade e das interações entre as pessoas e essas características (World Health Organization 2015), onde:

- A capacidade funcional é a combinação e a interação da capacidade intrínseca com o contexto em que a pessoa habita.
- A capacidade intrínseca é a combinação de todas as capacidades físicas e mentais da pessoa.

- O ambiente inclui todos os fatores do mundo exterior que formam o contexto da vida. Inclui – do nível micro até o nível macro – a família, a comunidade e a sociedade em geral. No meio ambiente há uma série de fatores que englobam o contexto construído, como as pessoas e seus relacionamentos, as atitudes e os valores, as políticas de saúde, os sistemas que as sustentam e os serviços que prestam (Üstün et al., 2003).

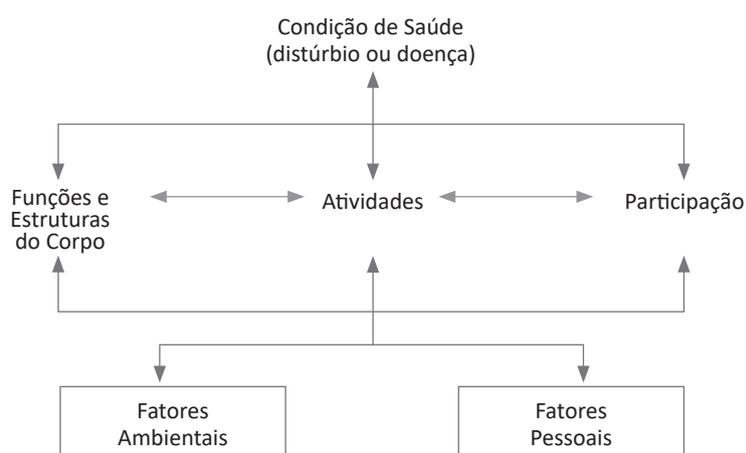
6.1. FUNCIONALIDADE

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, publicada pela OMS em 2001, tal qual a Classificação Internacional de Doenças (CID), proporciona uma linguagem unificada e padronizada como um sistema de descrição da saúde e de estados relacionados à saúde. A CIF permite identificar as diversas dimensões que afetam a qualidade de vida e que definem o estado de saúde das pessoas.

Os domínios da CIF são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: (1) Funções e Estruturas do Corpo, e (2) Atividades e Participação. Essas se relacionam com os fatores ambientais que interagem com todos estes construtos. Dessa maneira, a CIF evita classificar o estado de saúde apenas a partir da doença e melhor define as consequências da doença, do contexto e das condições de vida acumuladas durante a vida.

A CIF foi um passo crucial para a concretização de um novo paradigma da saúde da pessoa idosa ao explicar as múltiplas faces do Envelhecimento saudável a partir da Interação dos Componentes da Funcionalidade (Figura 1), que vão desde o nascimento (incluindo questões genéticas), características pessoais (como sexo e raça/cor, ocupação, nível educacional, gênero e renda), até as condições do ambiente (como facilitadores de mobilidade e acesso a recursos). Essa interação reflete a desigualdade do envelhecimento numa região ou num país e influencia as características de saúde, os fatores de risco, as doenças, as lesões e as síndromes geriátricas das pessoas idosas.

Figura 1. Interações entre os componentes da CIF



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2003).

Esse novo paradigma, embora mensurável, não é de fácil captação através das estatísticas produzidas sobre a saúde da população. Inquéritos populacionais têm tentado incorporar perguntas sobre as dimensões e interações dos componentes da CIF, mas ainda não existe um consenso sobre a mensuração da funcionalidade (Castro et al., 2016). Alguns instrumentos proporcionam

escore sobre a vulnerabilidade ou o perfil de capacidade funcional, mas estes variam quanto aos resultados (Alves, Leite & Machado, 2008). Perguntas aos idosos acerca da capacidade para a realização de atividades são as mais utilizadas, as quais geralmente são avaliadas por meio do grau de dificuldade (nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, muita dificuldade, incapaz de fazer) ou grau de dependência (necessidade de ajuda de outra pessoa ou impossibilidade de realizar uma tarefa). Ao comparar resultados entre pesquisas é preciso estar atento ao conceito de incapacidade funcional empregado pelos autores já que os resultados variam muito.

Baseados no conceito utilizado por Verbrugge e Jette (1994), definimos neste trabalho como pessoas com incapacidade funcional aquelas com alto grau de dificuldade e/ou que necessitam de ajuda para executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida com autonomia. A PNS 2019 permite identificar ambos os critérios. Pessoas idosas que precisam de ajuda ou tem muita dificuldade ou não conseguem sozinhas comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo ao outro ou se deitar tem incapacidade funcional para as atividades básicas da vida diária (ABVD). Assim, a partir dos dados da PNS 2019, pode-se afirmar que 9,6% das pessoas idosas tinham tal tipo de limitação. Por outra parte, uma em cada quatro (25,1%) das pessoas idosas possuíam incapacidade funcional para realizar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), como fazer compras, administrar finanças, tomar os remédios, ir ao médico ou sair utilizando transporte (ônibus, metrô, táxi ou carro).

Mulheres idosas possuíam maior prevalência de incapacidade funcional em todas as regiões brasileiras, tanto para as ABVD, quanto para as AIVD, ainda que as diferenças tenham sido maiores entre essas últimas. O Norte e Nordeste foram as regiões com maiores níveis de prevalência de incapacidade funcional (básica e instrumental). Tal desigualdade chama ainda mais a atenção se considerado que estas regiões possuem um menor percentual de idosos mais longevos (Carmo & Camargo, 2018). Esse achado reforça o entendimento da CIF de que a plena condição de saúde e a funcionalidade estão mais associadas ao contexto em que o indivíduo está inserido do que propriamente ao avançar da idade.

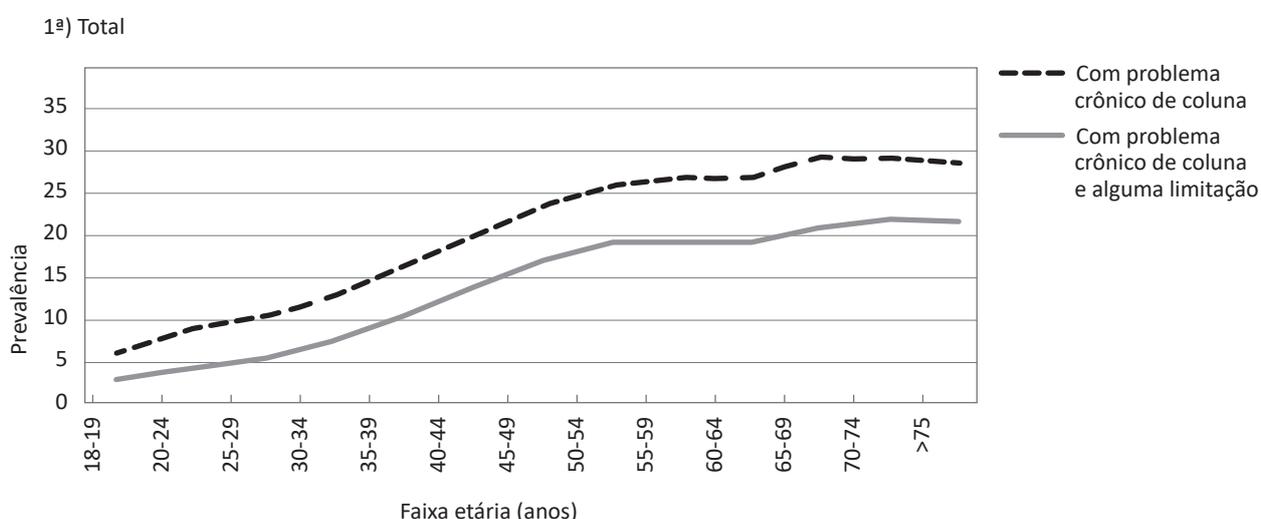
Tabela 5. Prevalência de idosos com incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária segundo região e gênero. Brasil, 2019

Atividades Básicas da Vida Diária			
	Total	Mulheres	Homens
Brasil	9,6%	10,7%	8,2%
Norte	9,9%	11,5%	8,0%
Nordeste	11,3%	12,8%	9,3%
Sudeste	8,9%	9,8%	7,7%
Sul	9,2%	9,7%	8,5%
Centro-oeste	8,5%	10,2%	6,4%
Atividades Instrumentais da Vida Diária			
Brasil	25,1%	30,0%	18,6%
Norte	28,2%	34,6%	20,7%
Nordeste	33,0%	39,5%	24,7%
Sudeste	22,7%	27,1%	16,7%
Sul	19,2%	22,7%	14,8%
Centro-oeste	21,8%	27,4%	15,0%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

Como visto anteriormente, o problema de coluna é uma das condições crônicas mais prevalentes na população idosa (Tabela 4). Esta é a principal causa de anos vividos com incapacidade (Hurwitz et al., 2018) e a primeira causa de perda de qualidade de vida entre idosos (Hoy et al., 2014). Um problema como este pode ser tratado antecipadamente se investirmos em prevenção e promoção da saúde por meio, por exemplo, da fisioterapia e educação física nas escolas primárias. Os ganhos provenientes de sua prevenção se tornam ainda mais relevantes se considerado que a maioria das pessoas que alcançam aos 50 anos de idade sem problema de coluna não chegam a desenvolvê-lo depois, conforme demonstrado por Romero e colaboradores (2018) ao relacionarem a prevalência do problema de coluna com o avançar da idade no Brasil para o ano de 2013 (Gráfico 6).

Gráfico 6. Prevalência de problema crônico de coluna e problema crônico de coluna com alguma limitação, segundo sexo e faixa etária. Brasil, 2013.



Fonte: Romero et al. (2018).

No período da pandemia Covid-19, o problema de coluna se agravou no Brasil. Estimativas próprias realizadas a partir do inquérito de abrangência nacional “ConVid- Pesquisa de Comportamentos” mostram que 45% dos adultos brasileiros relataram surgimento ou piora do problema de coluna em decorrência das mudanças comportamentais trazidas pela pandemia e suas necessárias medidas de contenção de contágio, como o isolamento social.

As consequências do processo de perda da capacidade funcional afetam não apenas as pessoas idosas, mas toda sociedade brasileira, o sistema de saúde e, em especial, os responsáveis pelo auxílio a esses idosos fragilizados. Estimativas próprias a partir dos dados da PNS de 2019 apontam que, no Brasil, 88,1% das pessoas idosas com incapacidade funcional para as ABVD eram cuidados por seus familiares. Essas pessoas cuidadoras são, em sua maioria, mulheres de meia-idade (Giacomin et al., 2019), esposas, filhas, noras, sobrinhas ou netas da pessoa idosa.

Diversos são os estudos que demonstram que o trabalho de cuidar está associado a uma perda na qualidade de vida e do bem-estar dos cuidadores familiares, gerando até mesmo problemas em suas saúdes mental e física (Shi et al., 2020; Anjos, Boery & Pereira, 2014). Isso ocorre porque, na falta de um suporte social adequado, o trabalho de cuidar se torna exaustivo, já que demanda grande quantidade de tempo, dedicação e recursos e frequentemente provoca uma sobrecarga física e emocional. Desse modo, a *Saúde do Amanhã* deve ser pensada não ape-

nas voltada aos problemas enfrentados pela população idosa, mas também àqueles responsáveis pelo ato de cuidar, ainda mais se considerarmos que o processo de redução da natalidade levará a uma diminuição das famílias e, conseqüentemente, da oferta de cuidadores.

6.2. CAPACIDADE INTRÍNSECA

Conforme citado anteriormente, a capacidade intrínseca de uma pessoa idosa é a combinação da capacidade física e mental, sendo que o contexto pode favorecer, ou não, tal capacidade. Por exemplo, ruas com espaços seguros e em boas condições para caminhar podem fomentar a atividade física, assim como o acesso à atenção primária e ao diagnóstico adequado podem evitar agravos e sequelas de doenças crônicas. Uma vez acontecido um problema de saúde, como infarto ou acidente cerebrovascular, a capacidade intrínseca dependerá da possibilidade de tratamento, cuidados e serviços de reabilitação (World Health Organization, 2015).

O conceito de capacidade intrínseca e suas potenciais utilizações foram bem explorados em planos de organização e gestão da atenção à saúde da pessoa idosa elaborados pela OMS (Organização Mundial da Saúde, 2020) e reiterados pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020), de modo que estes serão a base das ideias desenvolvidas na sequência do capítulo.

Todos os principais domínios da capacidade intrínseca de uma pessoa, descritos na Figura 2, são potencialmente incapacitantes para o indivíduo e estão interligados uns aos outros. Ainda que o declínio de cada um desses domínios esteja associado ao processo de envelhecimento, é possível retardá-lo e atenuá-lo com uma pronta detecção e o adequado manejo nos sistemas de saúde (especialmente na Atenção Primária), de modo a evitar que esse declínio afete a sua capacidade funcional e gere dependência para suas atividades da vida diária. A capacidade locomotora diz respeito à capacidade física da pessoa de se locomover de um lugar ao outro e pode ser manejada a partir de duas intervenções principais: 1) da promoção de um estilo de vida ativo, com uma rotina de exercícios regulares, adaptados à capacidade e às necessidades do indivíduo; 2) da adaptação do ambiente e do uso de tecnologias capazes de auxiliar e manter sua mobilidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). A partir da PNS de 2019 estimamos que no Brasil cerca de 34,7% das pessoas idosas possuíam dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus, sendo que apenas 6,7% utilizavam ou tinham acesso a algum aparelho auxiliar (como

cadeira de rodas, próteses ou órteses e bengalas ou muletas).

Figura 2. Domínios-chave da capacidade intrínseca



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (2020).

A vitalidade diz respeito aos fatores fisiológicos do indivíduo que podem levar à perda de capacidade intrínseca. Um de seus principais determinantes é o estado nutricional da pessoa idosa. A má-nutrição pode levar à perda de massa muscular, fato que está diretamente ligado à capacidade locomotora. Sua detecção é de fácil captação a partir dos profissionais de saúde da atenção primária, a partir da apreensão da dieta do indivíduo, das mudanças no peso e, por vezes, a partir de exames de sangue. Seu manejo pode vir através do aconselhamento nutricional e nos casos mais graves a partir da suplementação alimentar (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Duas perguntas da PNS 2019 que podem ser utilizadas como proxy são a perda de apetite e o sentimento de cansaço/falta de energia nas últimas duas semanas. Ambas tinham como alternativas de resposta: nenhum dia, menos da metade dos dias, mais da metade dos dias e todos os dias. Dessa maneira, estimamos que 18,7% das pessoas idosas têm alta perda de vitalidade, correspondente às duas últimas alternativas em algumas das duas perguntas.

Outras perguntas da PNS 2019 relacionadas a sintomas depressivos são os relativos à capacidade psicológica. Esta está fortemente atrelada aos outros domínios da capacidade intrínseca, uma vez que a perda da habilidade funcional muitas vezes contribui para a manifestação de sintomas depressivos e/ou ansiedade. Apesar do diagnóstico de depressão requerer a atenção de um profissional especializado, os sintomas depressivos (apresentados por aqueles que relatam dois ou mais sintomas simultâneos de depressão com grande frequência por pelo menos 2 semanas) podem ser detectados e até manejados por profissionais de saúde não especializados. Na Tabela 6 é possível observar a prevalência de sintomas depressivos entre idosos nas duas últimas semanas relativas à data da pergunta. O problema de sono foi o sintoma mais apresentado entre as pessoas idosas, seguido da falta de energia e do sentimento depressivo, se considerados aqueles

que relataram os sentimentos a maioria dos dias ou todos os dias nas semanas. O manejo dos sintomas depressivos é possível a partir de terapias e através da prática regular de exercícios físicos, devido ao efeito positivo que a atividade física exerce sobre o humor (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020).

Tabela 6. Prevalência de sintomas depressivos e perda de vitalidade entre pessoas idosas. Brasil, 2019

	Problemas com sono	Sentiu-se cansado/sem energia	Falta de concentração	Falta de apetite	Falta de prazer ou interesse	Sentiu-se deprimido	Sentiu-se mal consigo	Pensou em se ferir
Nenhum dia	57,9%	65,1%	81,1%	80,3%	73,2%	72,7%	86,8%	95,8%
Menos da metade dos dias	17,3%	20,4%	11,3%	10,9%	17,2%	16,9%	8,4%	2,6%
Mais da metade dos dias	8,4%	6,3%	3,5%	4,1%	4,6%	5,1%	2,4%	0,8%
Quase todos dias	16,3%	8,2%	4,0%	4,7%	4,9%	5,3%	2,4%	0,8%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

A capacidade auditiva é uma das mais relacionadas ao avançar da idade em idosos, e a detecção de seu declínio também pode ser feita por profissionais comunitários de saúde da atenção primária, embora o seu manejo necessite de atenção e equipamentos especializados (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Estimamos a partir da PNS de 2019 que 1,2 milhões de pessoas idosas (cerca de 4%) possuíam dificuldade permanente para ouvir, independentemente de usar aparelho auxiliar. Este último dispositivo, por seu valor, é de difícil acesso para grande parte da população idosa de baixo recurso, o que talvez explique que a grande maioria com dificuldade permanente não disponha desses aparelhos (88%). O SUS disponibilizou aparelhos auxiliares para 37% dos que relataram utilizar.

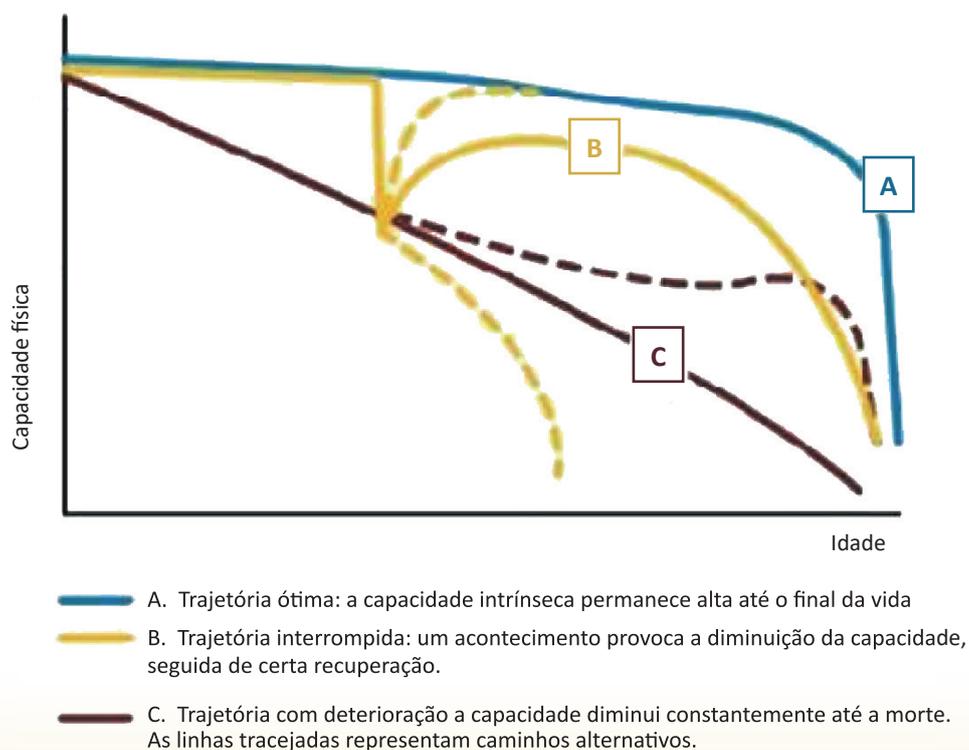
A capacidade visual é um componente crítico da capacidade intrínseca, haja vista que o seu declínio usualmente afeta a segurança no deslocamento, o acesso a informações e as relações interpessoais da pessoa idosa. A perda de tal capacidade é facilmente detectada a partir de tabelas de visão, pelo que a capacitação para o diagnóstico é relativamente simples. Profissionais de saúde, não necessariamente oftalmologistas, podem captar o declínio da capacidade visual da população. Dessa maneira, agentes comunitários e outros membros da Estratégia de Saúde da Família poderiam ser capacitados para examinar pessoas idosas. Entretanto, o tratamento, na maior parte das vezes, exige a presença de um profissional especializado e de equipamentos de auxílio (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Possuem problemas para enxergar (seja alguma/muita dificuldade ou não enxergam) 32,5% das pessoas idosas no Brasil, sendo que quase 4 de cada 10 destas não dispõem de óculos ou outro aparelho auxiliar, segundo estimativas feitas a partir da PNS (2019).

Por fim, a capacidade cognitiva está ligada à memória e à capacidade de concentração e resolução de problemas. O declínio cognitivo é manifestado, em sua fase final, a partir do desenvolvimento de demência na pessoa idosa. Apesar de suas causas estarem intimamente associadas ao envelhecimento do cérebro, é possível intervir e mitigar o processo se detectado em tempo oportuno (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020). Enquanto a detecção da perda cognitiva é feita através de testes cognitivos, o seu manejo ocorre a partir da promoção de um estilo de vida saudável, sobretudo com a prática de exercícios físicos, o engajamento social e com atividades

que estimulem a cognição. No entanto, essa abordagem só é possível ao nível não especializado quando a perda cognitiva ainda não tenha gerado um quadro de demência no indivíduo.

Embora a nível populacional exista uma associação entre idade e redução da capacidade física e funcional, a nível individual esta relação se torna um pouco mais complexa. A Figura 3, proposta no “*Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*”, também da OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015), ilustra três trajetórias hipotéticas da capacidade física de indivíduos ao longo do curso de sua vida. A trajetória ótima (pessoa A) seria aquela na qual a capacidade intrínseca permanece alta por todo o curso da vida. A trajetória interrompida (pessoa B) tem percurso semelhante ao da pessoa A, até que em determinado momento da vida um evento causa uma queda repentina na capacidade. A trajetória de deterioração (pessoa C) é aquela que tem um declínio constante da capacidade intrínseca. A experiência de observar trajetórias de capacidade intrínseca e suas possíveis alternativas (ilustradas pelas linhas pontilhadas) nos permite avaliar como a interação das pessoas com o ambiente é capaz de impactar suas capacidades físicas. Tendo como pressuposto que o objetivo de cada indivíduo é ter uma trajetória de vida mais próxima a da pessoa A, tal modelo nos oferece a oportunidade de pensar intervenções que nos ajudem a alcançar esse objetivo. Por exemplo, uma alternativa à trajetória da pessoa B poderia ser pensada através do acesso a serviços de reabilitação. Por sua vez, a trajetória de deterioração da capacidade física da pessoa C poderia ser atenuada a partir de intervenções voltadas às mudanças de comportamentos relacionados à saúde ou através da administração de medicamentos. Desse modo, reforça-se, mais uma vez, que a relação entre a idade cronológica e a capacidade física não é direta, o que nos abre um leque de opções de intervenções para a sua manutenção.

Figura 3. Três trajetórias hipotéticas de capacidade física



Fonte: Organización Mundial de la Salud (2015).

Por mais que o modelo das trajetórias hipotéticas se aplique a nível individual, seus pressupostos poderiam explicar o porquê de grupos sociais diferentes experimentarem a velhice e suas consequências de formas distintas, tal qual nas diferenças observadas na prevalência de incapacidade funcional (instrumental e diária) das atividades da vida diária entre regiões brasileiras, descritas na tabela 5.

6.3. DEFICIÊNCIA E SAÚDE

A deficiência por muito tempo foi conceituada desde um modelo médico definido a partir da insuficiência física ou perda de uma parte anatômica e/ou órgão, o qual define deficiência como característica intrínseca da pessoa. O modelo social da deficiência ganhou espaço e tenta esclarecer que não é a pessoa que apresenta uma deficiência, mas a sociedade e o meio que a determina. A CIF estabelece parâmetros para mudar a concepção e operacionalização da deficiência ao considerar não só a questão corporal e clínica, mas a influência do contexto social. Estes avanços colocam o foco da deficiência na sociedade e no Estado ao evidenciar a partir de indicadores o grau de investimento em acessibilidade, tecnologia assistiva, comunicação, acesso a recursos (como óculos, cadeiras de rodas, entre outros), adaptação das ruas e viabilidade, aceitação e integração das pessoas com deficiência, seja mental ou física. O desafio é construir uma sociedade que disponha cada vez mais de meios adequados para que pessoas com limitações possam ter interação e participação na sociedade em igualdade de condições.

A mudança conceitual da deficiência ficou clara na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007, em que o artigo 1º dispõe: “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interações com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (Brasil, 2008). Essa definição foi ratificada na Lei Federal n. 13.146 de 2015 (Brasil, 2015), a qual regulamentou as disposições da Convenção da ONU. Assim, não só os critérios clínicos/médicos são considerados. Os impedimentos físicos, mentais, intelectuais e sensoriais são tidos como inerentes à diversidade humana, de modo que a deficiência é resultado da interação destes impedimentos com as barreiras sociais. A dificuldade de inserção social do indivíduo é consequência desse processo. Ou seja, o fator médico é um dos elementos do conceito de deficiência (o impedimento), que em interação com as barreiras presentes na sociedade passa a gerar a obstrução ao pleno convívio social.

Por essas mudanças, atualmente, considera-se adequado utilizar a expressão “pessoa com deficiência” e não expressões como “deficiente” ou “portador de necessidades especiais”. Evitar a estigmatização das pessoas com deficiência também constitui um desafio para a sociedade atual.

O envelhecimento está altamente associado com o aumento da chance de deficiências. Não só porque implica, em muitos casos, no aumento das comorbidades e de riscos por acidentes, como uma queda, mas também porque nessa fase da vida as perdas sociais, econômicas e familiares também se tornam mais frequentes.

Definindo pessoas com deficiência como aquelas com alto grau de dificuldade ou incapacidade permanente de enxergar, se locomover, ouvir ou realizar atividades habituais em decorrência de limitação nas funções mentais ou intelectuais, estimamos a prevalência de deficiências entre a população idosa para o ano de 2019. Os resultados são apresentados na Tabela 7. A prevalência das deficiências referidas entre pessoas idosas no Brasil foi alta (24,8%). Dentre elas,

as mais prevalentes foram as deficiências locomotoras (17,6%) e visual (9,2%). Na comparação, segundo grandes regiões, chamam a atenção as mesmas disparidades encontradas nos indicadores de incapacidade funcional (Tabela 5). Norte e Nordeste foram aqueles com maior percentual de pessoas idosas com deficiência (27,6% e 29,0%, respectivamente), fato que novamente demonstra a determinação do contexto nas condições de saúde e vida da população. Mulheres, se comparadas com homens idosos, apresentaram os piores níveis, especialmente no que diz respeito à deficiência locomotora (21,5% contra 12,4% dos homens).

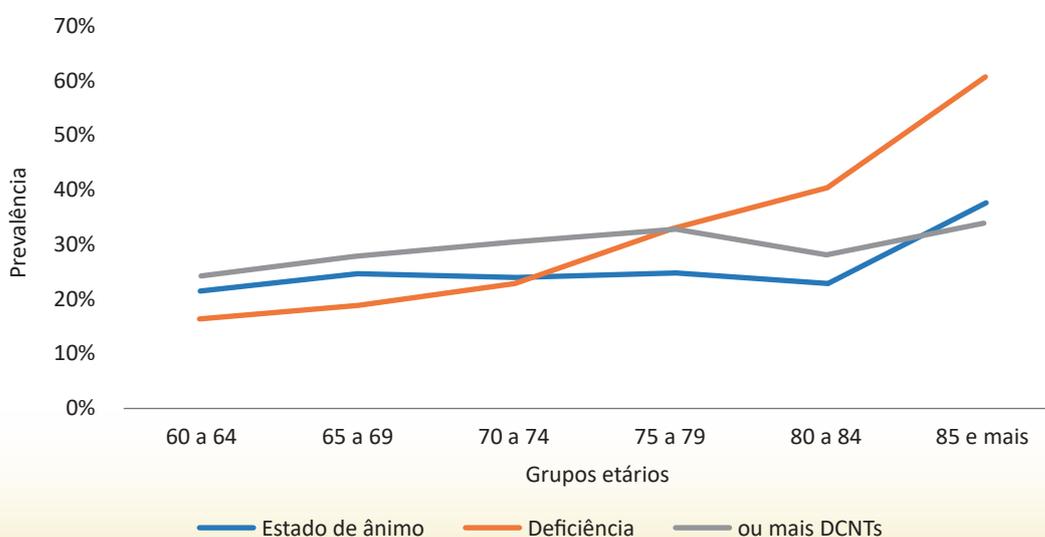
Tabela 7. Prevalência de alguma deficiência visual, auditiva locomotora ou mental entre pessoas idosas, segundo região e gênero. Brasil, 2019

	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência locomotora	Deficiência mental	Alguma deficiência (visual, auditiva, locomotora ou mental)
Brasil	9,2%	4,3%	17,6%	2,9%	24,8%
Norte	13,8%	5,0%	17,0%	2,8%	27,6%
Nordeste	11,6%	4,5%	20,3%	3,4%	29,0%
Sudeste	8,3%	4,0%	16,7%	2,8%	23,2%
Sul	6,6%	4,5%	16,4%	2,6%	22,7%
Centro-oeste	7,9%	3,9%	16,2%	2,4%	22,3%
Homem	8,1%	4,6%	12,4%	2,5%	20,2%
Mulher	10,0%	4,0%	21,5%	3,2%	28,4%

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

O Gráfico 6 ilustra a relação entre a deterioração das condições de vida da população idosa e a idade cronológica, a partir de três indicadores-chave: a prevalência de 3 DCNT ou mais, a presença de alguma deficiência (visual, auditiva, locomotora ou mental) e o estado de ânimo ruim (apresentou pelo menos um sintoma depressivo a maior parte dos dias ou sempre nas duas últimas semanas). Observa-se que a presença de alguma deficiência foi o indicador mais associado com o avançar da idade, embora todos eles tenham tido algum acréscimo em seu nível junto ao avanço etário.

Gráfico 7. Prevalência de estado de ânimo muito ruim, alguma deficiência (auditiva, visual, mental ou locomotora) e 3 ou mais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis na população idosa, segundo grupos etários. Brasil, 2019



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde (2019). Estimativas elaboradas pelos autores.

6.4. PREVALÊNCIA E DESAFIOS DAS DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS

Doenças neurodegenerativas são aquelas que provocam alteração no cérebro das pessoas afetadas, levando a uma deterioração e perda progressiva de neurônios (Enciu et al., 2011). Quando a doença neurodegenerativa afeta as funções como memória, linguagem, raciocínio e comportamento pode se chegar à demência. A maioria delas está inerentemente associada ao aumento da idade, pelo que o envelhecimento populacional implica no aumento de pessoas diagnosticadas com demências (Baker & Petersen, 2018). Tudo parece indicar que no futuro do Brasil ocorrerá um aumento do número de idosos que sofrerá de doenças neurodegenerativas geriátricas.

Segundo o relatório da Carga global, regional e nacional da doença de Alzheimer e outras demências (Nichols et al., 2019), o número de indivíduos que vivem com demência está aumentando, afetando negativamente famílias, comunidades e sistemas de saúde em todo o mundo. Estimam que mais do que dobrou a incidência entre 1990 e 2016, principalmente pelo aumento do envelhecimento e pelo crescimento da população, e assinalam que a demência representa a quinta principal causa de morte globalmente.

Doenças neurodegenerativas, como as doenças de Parkinson e Alzheimer, são condições potencialmente debilitantes, que carecem de opções viáveis de tratamento, resultando em um alto custo econômico e social (Baker & Petersen, 2018) e em uma perspectiva preocupante para o envelhecimento individual e coletivo. Além dos danos físicos das pessoas com demência, essas doenças implicam na inatividade laboral, perda de renda da família, isolamento social, tristezas, diminuição da autonomia na vida diária e da qualidade de vida das pessoas responsáveis do cuidado, os quais, como apontado anteriormente, são majoritariamente familiares mulheres. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostra que as despesas médicas destinadas às doenças neurodegenerativas superam a soma das destinadas ao câncer e a doenças cardiovasculares (Hurd et al., 2013).

Na ausência de cura, há um foco crescente na redução do risco, diagnóstico oportuno e intervenção precoce (Robinson, Tang & Taylor, 2015). Entretanto, o diagnóstico das demências não é simples. Estudos de autópsia mostraram que a patologia da doença cerebrovascular (por exemplo, lacuna, microinfarto, micro ou macro-hemorragia, grande infarto, aterosclerose, angiopatia amilóide cerebral, entre outras) coocorre com a doença de Alzheimer em cerca de 40-80% de casos de demência em idosos (Gauthier et al., 2021). Por outra parte, a doença de Alzheimer se caracteriza pelo declínio cognitivo progressivo associado a comprometimento da memória, mas a doença cerebral esporádica de pequenos vasos relacionada à idade também pode apresentar manifestação clínica semelhante e pode ser diagnosticada erroneamente como Doença de Alzheimer (Blennow, 2004). Dificuldade em encontrar palavras ou tomar decisões, pelo enfraquecimento das relações sociais na velhice e a tristeza prolongada, pode confundir o diagnóstico da demência (Kostopoulou et al, 2008).

Medicamentos podem causar comprometimento cognitivo, agravando assim a demência. O aumento acelerado de consumo de medicamentos psicotrópicos, ansiolíticos e antidepressivos, comumente prescritos para o tratamento da ansiedade, insônia e depressão em idosos em muitos países (Dell'osso & Lader, 2013; Hartikainen et al., 2003) representam um importante problema para a saúde pública. Embora seja, em muitos casos, ministrado de forma adequada, representa em si um fator de risco que acentua os sintomas da demência por um lado e, por outro, causa reações adversas, levando a diagnósticos falsos positivos de demência. Assim, a polifarmácia se configura como um grande problema para as pessoas idosas e para o sistema de saúde.

Em um estudo de meta-análise com 984 artigos, cujo objetivo era identificar a relação entre o uso de benzodiazepínicos e demência, revela-se que uma alta proporção de pacientes com 65 anos ou mais relataram um longo período (sete anos ou mais) de uso de tal medicamento (Puustinen et al., 2007), embora a recomendação seja de que a duração total do uso se limite a algumas semanas. Outros estudos revelaram um risco aumentado de demência, especialmente de Alzheimer (Billioti de Gage et al., 2014; Zhong et al., 2015), entre os usuários de benzodiazepínicos. Tais resultados indicam a necessidade de atentarmos ao uso inadequado de tais tipos de medicamentos.

O Brasil, depois da Turquia, teve a segunda maior prevalência padronizada por idade de demência (1.037 casos por 100.000 habitantes), segundo estimativas realizadas em 195 países pelo grupo de Carga da Doença (Nichols et al., 2019). Entretanto, os autores constata grandes inconsistências entre dados de causa de morte e dados de prevalência ao longo do tempo, assim como entre países. Verificaram que, enquanto as taxas por idade de mortes por demência aumentaram cinco vezes, a prevalência de demência no mesmo período se manteve estável. Concluem que a melhora da captação e padronização da informação sobre demências é um grande desafio para todos os países.

No Brasil, a estimativa de prevalência de demência varia acentuadamente. Dados e pesquisas são insuficientes. Em revisão sistemática, autores mostraram que tal prevalência variava entre 5,1% a 17,5% (Boff, Sekyia & Bottino, 2015). A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 2019, apontou que no Brasil existem quase 2 milhões de pessoas com demência (ao redor de 50% são do tipo Alzheimer), mas que esses dados podem estar subestimados pela dificuldade do diagnóstico correto ou pela falta de acesso a um diagnóstico (SBGG, 2019).

Um estudo descritivo a partir do Inquérito domiciliar de 2016, “Estudo Longitudinal do Envelhecimento Brasileiro (ELSI-Brasil)”, aplicado a adultos com 50 anos ou mais no Brasil, constatou que pessoas com Alzheimer, embora tenham mais visitas ao clínico geral, possuem piores indicadores de cuidados preventivos que aqueles sem Alzheimer (como dentista, exame oftalmológico e mamografia) e apresentam maior frequência de quedas, hospitalização, doenças crônicas e maior tempo de internação (Feter et al., 2021). Além disso, apontou que a solidão, um grave problema na velhice, é mais acentuada entre pessoas com Alzheimer (Feter et al., 2021).

A Atenção Básica tem um papel fundamental na detecção precoce da demência assim como na identificação de outros problemas de saúde que podem ser confundidos com demência (Robinson, Tang & Taylor, 2015). Pessoas idosas em geral ficam mais tempo na residência, pelo que também é papel da Atenção Básica encaminhar para avaliação especializada aqueles com sintomas como: alterações neurológicas, psiquiátricas ou comportamentais ou aqueles com fatores de risco importantes (por exemplo, tentativa de suicídio). A preocupação da família é de particular importância, especialmente porque um indivíduo pode compensar ou negar seus problemas nos estágios iniciais. Nas visitas domiciliares das equipes de Atenção Básica os profissionais podem conversar sobre esses aspectos com os familiares.

Há evidências crescentes de fatores de risco para demência, o que mostra que o estilo de vida e outras intervenções podem, se implementadas de forma eficaz junto à Atenção Básica, contribuir para retardar o início e reduzir o número futuro de pessoas com demência (Elwood et al., 2013; Anstey, Lipnicki & Low, 2008). Conforme destacado anteriormente, ferramentas breves de avaliação cognitiva, como testes de comprometimento da memória, podem e devem ser aplicados por equipe capacitada da Atenção Básica (Robinson, Tang & Taylor, 2015).

Pesquisa e inovação em saúde são elementos essenciais. O Comitê de Ajudas Técnicas da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (Brasil, 2009) afirma que o desenvolvimento e a produção de Produtos de Tecnologia Assistiva (dispositivos ou sistemas que permitam melhorar a qualidade de vida e aumentar a capacidade funcional) deveriam ser prioridade. O Parkinson compromete a mobilidade e estabilidade dos movimentos e, conseqüentemente, a função manual para atividades simples como comer. Essa limitação poderia ser mitigada com o desenvolvimento de artefatos como, por exemplo, talheres adaptados e barras de apoio. Assim, com investimentos considerados de baixo custo para o sistema de saúde, poderia se ganhar independência e qualidade de vida (Marques, Fernandes & Paschoarelli, 2021).

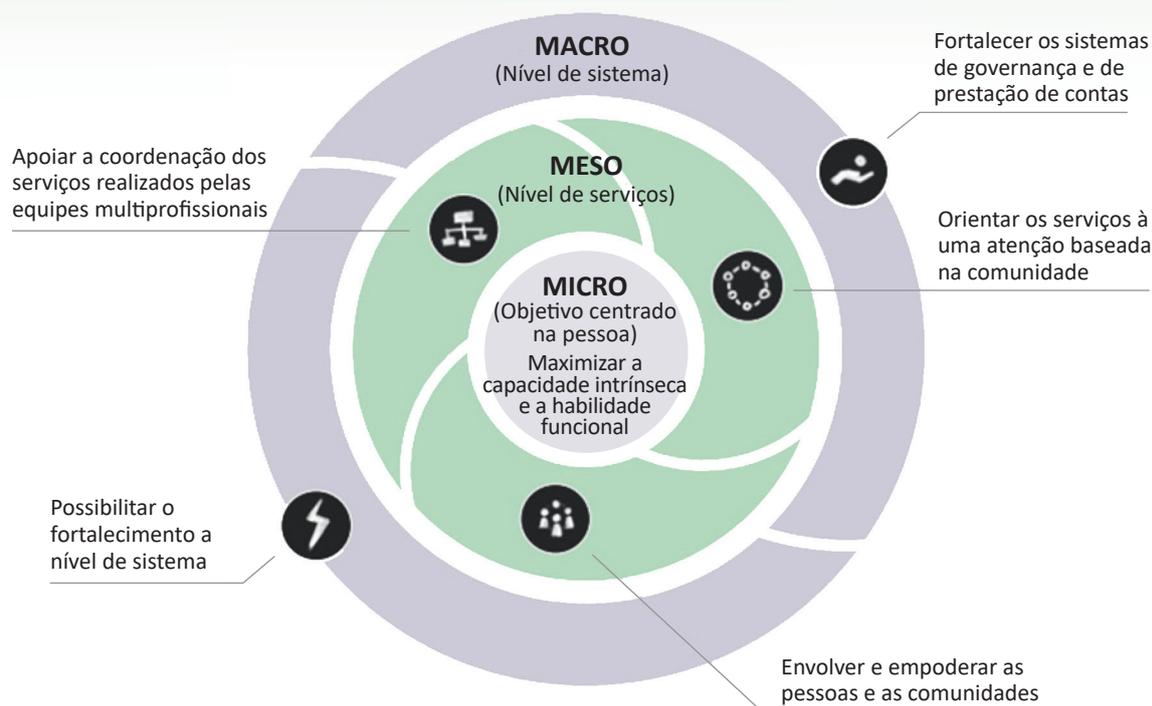
O SUS padronizou e universalizou em 1992 a primeira tabela de concessão de ajudas técnicas/Tecnologia Assistiva. Com isso, retirou a assistência à pessoa com deficiência da área da filantropia e a transferiu à rede regular de saúde. Dessa maneira, reconheceu-se o SUS como o agente principal na inovação e concepção? Ou concessão dos produtos de Tecnologia Assistiva (Brasil, 2009).

7. ATENÇÃO INTEGRADA PARA AS PESSOAS IDOSAS A NÍVEL COMUNITÁRIO. ORIENTAÇÕES DA OMS

Em outubro de 2017 a OMS publicou o Guia Cuidados Integrados para Idosos: Orientações sobre Intervenções no Nível da Comunidade para gerenciar as perdas da capacidade intrínseca, o qual contém 19 recomendações de ações (World Health Organization, 2017). Essas orientações, por sua sigla em inglês denominadas de ICOPE (*Guidelines on Integrated Care for Older People*), foram elaboradas a partir de revisão sistemática das análises das evidências sobre cuidados integrados e de metodologia Delphi, para se alcançar um consenso mundial. A ICOPE incorpora a otimização da capacidade intrínseca e capacidade funcional como a chave para um envelhecimento saudável. Atualmente, no Brasil, a Coordenação Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI) do Ministério da Saúde, em conjunto com o Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento da Fiocruz, desenvolve um “Instrumento de Rastreamento de Saúde da Pessoa Idosa” baseado no ICOPE.

Na Guia, a OMS assinala que o mundo se uniu em torno da agenda 2030 das Nações Unidas para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), mas reconhece que os mesmos dificilmente serão alcançados sem ações e adaptações estruturais e sociais (Organização Mundial da Saúde, 2020) e sem considerar o envelhecimento saudável como o paradigma norteador.

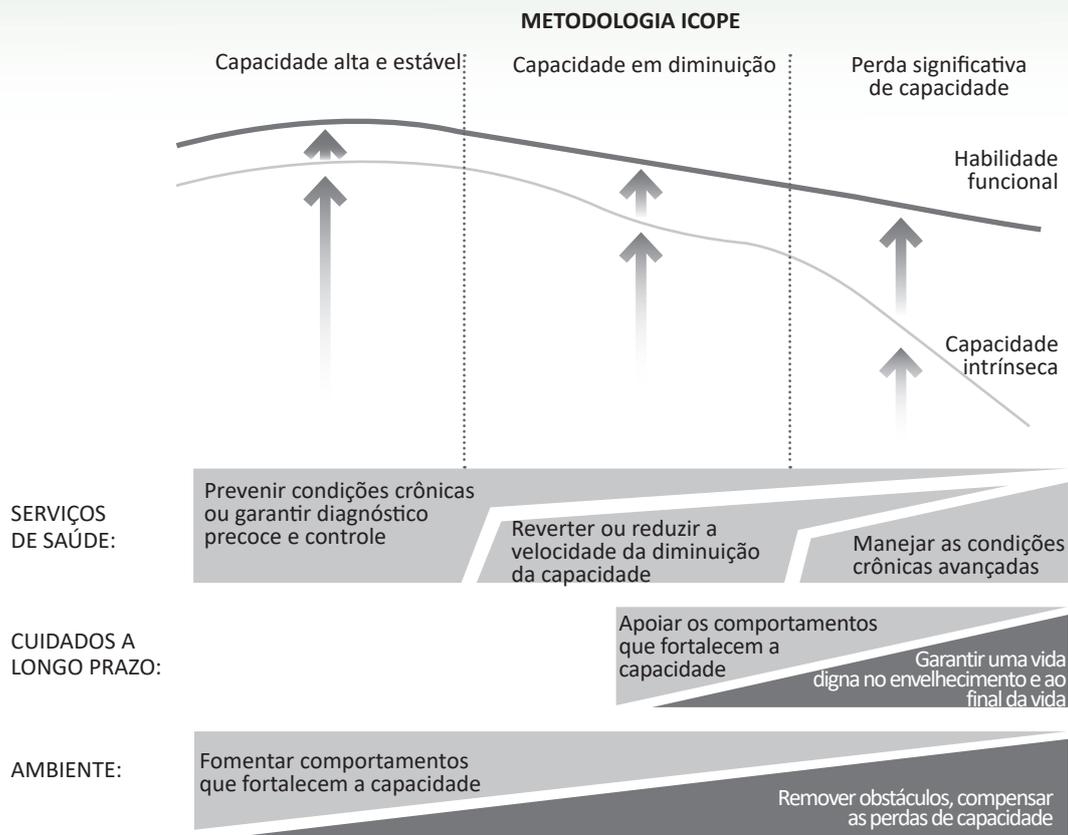
Figura 4. Quadro de implementação ICOPE



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2020).

“A abordagem ICOPE baseia-se no princípio de que as habilidades funcionais podem ser maximizadas quando os serviços e os sistemas integram os cuidados de saúde e sociais para os idosos de forma a poderem responder às suas necessidades próprias, isto é, com uma abordagem centrada na pessoa. A integração não significa que as estruturas devam se fundir, mas sim que uma grande variedade de prestadores de serviços deverá trabalhar em colaboração de forma coordenada dentro de um sistema. ICOPE é uma abordagem baseada na comunidade que ajuda a reorientar os serviços de saúde e construir sistemas de cuidados a longo prazo baseados em um modelo de cuidados centrado nas pessoas e coordenado” (Organização Mundial da Saúde 2020, p. 4).

Figura 5. Quadro da saúde pública para o envelhecimento saudável e oportunidades para a saúde pública



Fonte: Organização Mundial da Saúde (2020).

Em 2020, a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde, 2020) publicou em português o manual do ICOPE com o intuito de colaborar na implementação das recomendações. Nele, oferece roteiros de atenção para o manejo de afecções prioritárias associadas ao declínio da capacidade intrínseca: perda de mobilidade, má nutrição, deficiência visual, perda auditiva, declínio cognitivo e sintomas depressivos. Cada roteiro começa com um teste de triagem, que pode ser realizado por qualquer agente de saúde ou assistente social alocado na comunidade do idoso, para identificar os idosos que provavelmente já sofreram alguma perda de capacidade intrínseca.

O Guia também reconhece que a dependência de terceiros para cuidar de si, gerada a partir do declínio da capacidade intrínseca e da habilidade funcional da pessoa idosa, produz um alto custo no bem-estar de seu cuidador, que geralmente é um parente que reside no mesmo domicílio. Desse modo, dedica um capítulo (11) à assistência da carga dos cuidadores informais (não remunerados) com a finalidade de identificar a sobrecarga física e emocional, assim como a deterioração da situação socioeconômica em decorrência do trabalho do cuidar, para, com isso, encaminhá-lo à rede de suporte social disponível na comunidade.

Cuidar de quem cuida é importante não apenas para a saúde do cuidador, mas também para o bem-estar da própria pessoa idosa demandante de cuidados. A associação entre a sobrecarga do trabalho de cuidar com o abuso e os maus-tratos é amplamente relatada na literatura (Kosberg, 1988; Lino et al., 2019). Se a sobrecarga do trabalho de cuidar já se configurava como um grande problema, essa situação piorou com a chegada da pandemia. No Brasil, conforme demonstrado por Romero e colaboradores (2022), 27,7% dos cuidadores de idosos com dependência funcional relataram um aumento acentuado na carga do trabalho de cuidar.

8. ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NO BRASIL: ATENÇÃO BÁSICA E INSTRUMENTOS DE APOIO

Em 2018, o Ministério da Saúde (COSAPI, 2018), coordenado pela equipe da COSAPI, elaborou um documento intitulado “Orientações Técnicas para a Elaboração e Implantação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Pessoa Idosa no SUS”, no qual apresenta as ações que devem se seguir para implementar a linha de cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), tanto na dimensão da organização da gestão, quanto das equipes de saúde. Tendo como eixos estruturantes a identificação das necessidades de saúde da pessoa idosa, considerando sua capacidade funcional, e dos recursos existentes em cada território, o documento considera imprescindível a efetiva comunicação entre os diferentes pontos da RAS e das redes intersetoriais, assim como o fortalecimento da capacidade de atenção da pessoa idosa na Atenção Básica.

No Brasil, segundo Portaria de 2017 (Brasil, 2017), a RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e promover a atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica”.

O documento da COSAPI explicita que a avaliação multidimensional das pessoas idosas é de responsabilidade das equipes da Atenção Básica e de Saúde da Família, de acordo com os territórios de suas referências. Assim, as equipes se incumbem do papel de disparador e coordenador do processo do cuidado integral dessas, independentemente do ponto da RAS acessado (COSAPI, 2018). A Atenção Básica, segundo o documento, também tem um papel importante na saúde da pessoa idosa quanto à alimentação dos dados do Sistema de Informação em Saúde, ao planejamento e à avaliação das ações, à avaliação e ao atendimento da saúde bucal e às atividades de educação e promoção do envelhecimento saudável. Por fim, pontua a imprescindibilidade de articulação da Atenção Básica com os serviços domiciliares, ambulatoriais especializados e hospitalares, de modo a dar rapidez no diagnóstico e na oferta de tratamento adequado.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa estruturante da Atenção Básica brasileira, tem desempenhado importante papel na redução de internações por causas evitáveis na população em geral (Pinto & Giovanella, 2018). O efeito positivo da Atenção Básica na saúde da população idosa também tem sido evidenciado (Marques et al., 2014; Rodrigues, Alvarez & Rauch, 2019). O indicador, consagrado na literatura de saúde pública, chamado Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) tem contribuído para fortalecer essas evidências. Esse indicador propõe uma série de agravos e doenças (como diabetes, asma e hipertensão) que com uma adequada atenção primária não deveriam chegar ao ponto de levar à internação (Billings et al., 1993). Reduzir o número de internações na população idosa é de extrema relevância porque nessa faixa etária as hospitalizações representam riscos para a deterioração das condições de vida e saúde do idoso e até mesmo de óbito.

Em 2008 o Brasil incorporou, através de uma Portaria, o indicador ICSAP como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, como insumo para avaliação do desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (Brasil, 2008).

Neste capítulo apresentamos o caso do Rio de Janeiro (RJ) para ilustrar a relação entre as ICSAP e a cobertura da ESF. Em primeiro lugar, vale a pena mencionar que até hoje em dia esta última é baixa se comparada com a média nacional que em 2019 era de 64%. Entretanto, o estado do Rio de Janeiro, entre 2010 e 2018, teve rápida expansão da cobertura da ESF, passando de 33% a 57% da população coberta (Gráfico 7).

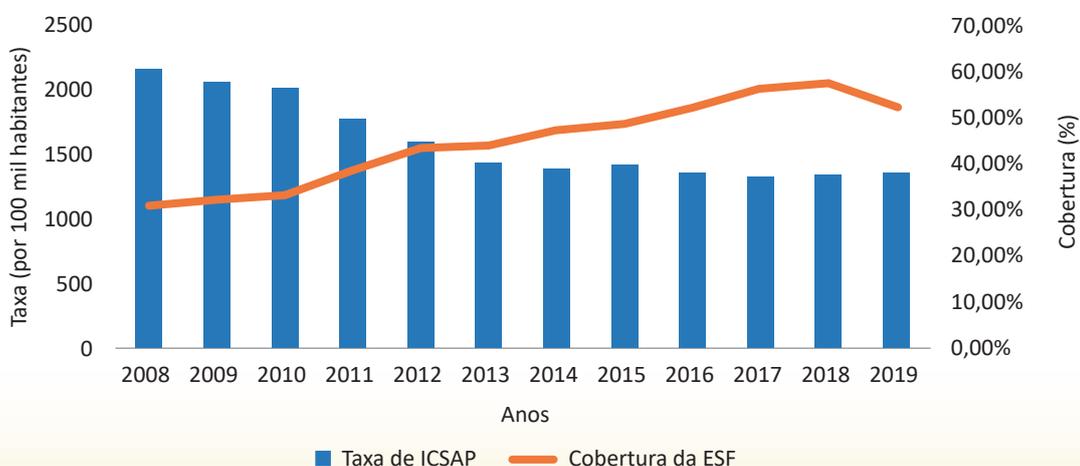
As ICSAP tiveram uma tendência inversa à da cobertura da ESF. O risco de internação da pessoa idosa por essas causas passou de 2022 a 1352 (por 100 mil habitantes), um decréscimo de 43% no mesmo período (Gráfico 7).

Uma recente análise (Mendonça Guimarães et al., 2021), realizada com o objetivo de avaliar o efeito da Reforma da Atenção Primária à Saúde nas taxas de ICSAP no município do Rio de Janeiro, comparou três diferentes períodos de tempo relacionados a importantes mudanças nas políticas de atenção primária no Brasil: Linha de base (2008–2009); Reforma da Atenção Primária à Saúde (2010–2017); e Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (2018–2019). Os autores concluem que as mudanças desse último período impactaram na piora do desempenho da Atenção Básica do Rio de Janeiro, constatada pela redução da taxa de declínio das ICSAP. Situação similar observamos para a população idosa, entretanto a piora começou desde o ano 2014 (Gráfico 7).

Apesar do sucesso da expansão da ESF (Macinko & Mendonça 2018), o programa tem passado por um processo de desmantelamento desde a promulgação da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde de 2017 (Morosini, Fonseca & Lima, 2018). No contexto do Rio de Janeiro, esse processo se deu com ainda mais vigor (Mendonça Guimarães et al., 2021; Melo, Mendonça & Teixeira, 2019), fato que explica a constatada redução na cobertura do programa entre 2018 e 2019 (Gráfico 7). Se as políticas de desmonte do SUS dos últimos anos, em especial da Atenção Básica, não forem revertidas, no futuro iremos observar o aumento de hospitalizações de pessoas idosas por causas que poderiam se resolver em ambiente domiciliar e com equipes da ESF.

Por outra parte, a ESF tem insuficiências para a população idosa. Macinko & Mendonça (2018) observaram que o exame de visão geral não foi realizado em mais da metade dos usuários idosos da ESF e menos de um terço dos idosos diabéticos realizaram exame do pé.

Gráfico 8. Cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹ e taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)² da população idosa no estado do Rio de Janeiro, 2008- 2019.



Fontes: (1) CNES. Estimativas obtidas na plataforma E-gestor. (2) Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Estimativas obtidas no Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso, SISAP-Idoso.

Instrumentos e indicadores, especialmente no século XXI, têm sido propostos para identificar o risco e a condição de fragilidade da pessoa idosa. A maioria combina fatores como idade, doenças crônicas e o grau de funcionalidade, sendo esta entendida como a capacidade de ser autônoma para as atividades de vida diária. Gordon et al. (2014) identificam que, mesmo com a variabilidade de instrumentos disponíveis, existe certo consenso internacional quanto à conceitualização da fragilidade física como a diminuição da força, da resistência e da função fisiológica. A fragilidade aumenta a chance de desenvolver dependência e/ou morte.

No Brasil, a última versão da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2018) foi criada como um instrumento de autogestão e autoconhecimento da saúde, assim como uma ferramenta para a Atenção Básica identificar os graus de vulnerabilidade dentro do domicílio. Dessa forma, promove o empoderamento do idoso na prevenção e manutenção da própria saúde, além de auxiliar os familiares em seu acompanhamento.

A Caderneta permite o acompanhamento longitudinal e o controle de condições crônicas, identificando e acompanhando agravos, de forma a criar alertas que podem representar riscos no declínio da capacidade intrínseca e na habilidade funcional. Desse modo, constitui-se como um instrumento fundamental na elaboração de um projeto de cuidados específicos, que funcionem no manejo da perda da capacidade intrínseca de acordo com as necessidades específicas de cada usuário, estando em linha com as diretrizes propostas pelo ICOPE.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O panorama epidemiológico realizado no presente trabalho apresentou diversos - embora não todos - desafios que o envelhecimento populacional gera e, cada vez mais, irá gerar à saúde pública brasileira. Esses vão desde o manejo da capacidade funcional à prestação de cuidados, da atenção especial ao aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis até a resolução de problemas associados à miséria e à precariedade, como a fome e as doenças negligenciadas.

Embora o país disponha de instituições fundamentais para o enfrentamento desses desafios, como um SUS público e universal, o sucesso de nossas pretensões, firmadas em acordos internacionais, leis e na própria Constituição, dependerá de uma mudança no caminho que temos seguido em anos recentes. O abandono e o desmantelamento de políticas de prestígio internacional, como a Estratégia de Saúde da Família, o desfinanciamento do SUS (constitucionalizado pela Emenda Constitucional n. 95) e a volta da fome, são alguns exemplos que demonstram que os pilares de uma *Saúde do Amanhã* sustentável e efetiva estão em xeque. A garantia de um envelhecimento saudável da população brasileira dependerá de um resgate e um aprofundamento de nossa seguridade social, com ações que extrapolem o âmbito da saúde e consigam garantir condições de vida digna de acordo com a complexidade de cada cidadão.

Em um país de um tamanho continental, diverso e desigual como o Brasil, será imprescindível articular estratégias de atenção à saúde e de cuidado a nível nacional, em que participem efetivamente os demais entes federados (municipais e estaduais), de forma a garantir a incorporação de valores locais, capazes de gerar maior conexão entre os cidadãos e o SUS.

O quadro da pandemia de Covid-19, para além de nos levar a questionar paradigmas consolidados na epidemiologia e na saúde pública, escancarou as consequências do abandono das

instituições e políticas públicas. A tragédia social, derivada não da Covid-19, mas do desmonte do aparato e da capacidade estatal, mostra-nos que envelhecer no Brasil tem sido perigoso.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ALVES, L. C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* 13 (agosto), 2008, p. 1199 –1207. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ANJOS, K. F.; BOERY, R.N.S.O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio”. *Texto & Contexto – Enfermagem* 23 (setembro), 2014, p. 600–608. <<https://doi.org/10.1590/0104-07072014002230013>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ANSTEY, K. J.; LIPNICKI, D.M.; LOW, L. Cholesterol as a Risk Factor for Dementia and Cognitive Decline: A Systematic Review of Prospective Studies with Meta-Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 16 (5), 2008, p. 343–54. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31816b72d4>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- BAKER, D. J.; PETERSEN, R.C. Cellular Senescence in Brain Aging and Neurodegenerative Diseases: Evidence and Perspectives”. *Journal of Clinical Investigation* 128 (4), 2018, p. 1208–16. Disponível em: <<https://doi.org/10.1172/JCI95145>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- BILLINGS, J. et al. Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City”. *Health Affairs (Project Hope)* 12 (1), 1993, p. 162–73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- BILLIOTI DE GAGE, S. et al. Benzodiazepine Use and Risk of Alzheimer’s Disease: Case-Control Study”. *BMJ* 349 (sep09 2), 2014, p. g5205–g5205. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.g5205>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- BLENNOW, K. Cerebrospinal Fluid Protein Biomarkers for Alzheimer’s Disease”. *NeuroRX* 1 (2), 2004, p. 213–25. Disponível em: <<https://doi.org/10.1602/neurorx.1.2.213>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- BOFF, M. S.; SEKYIA, F.S.; BOTTINO, C.M.C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira”. *Revista de Medicina* 94 (3), 2015, p. 154–61. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i3p154-161>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- BRASIL. Decreto Legislativo no. 186, de 9 de julho de 2008. Aprova do texto da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e de seu protocolo facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007”. *Diário Oficial da União*, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 221, de 17 de abril de 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. 2009. *Tecnologia Assistiva*. Brasília: CORDE, 2009, p.138.
- BRASIL. Lei no 13.146, de 6 de julho de 2015”. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União* 43, 2015.
- BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS N° 3, de 20 de setembro de 2017.
- CARMO, R. L.; CAMARGO, K. Dinâmica demográfica brasileira recente: padrões regionais de diferenciação. *Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2018.

- CASTRO, S.S.; CASTANEDA, L.; ARAÚJO, E.S.; BUCHALLA, C.M. Aferição de funcionalidade em inquéritos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Revista Brasileira de Epidemiologia* 19 (setembro), 2016, p. 679–87. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030018>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- CASTRO, M.C.; GURZENDA, S.; TURRA, C.M.; KIM, S.; ANDRASFAJ, T.; GOLDMAN, N. Reduction in Life Expectancy in Brazil after COVID-19”. *Nature Medicine* 27 (9), 2021, p. 1629–35. Disponível em: <<https://doi.org/10.1038/s41591-021-01437-z>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- CEE-FIOCRUZ; ICICT/FIOCRUZ. Envelhecimento saudável sem estado de bem-estar e sem SUS? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=GvQli9dWnuo>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- DARDENGO, C.F.R.; MAFRA, S.C.T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?” *Revista de Ciências Humanas*, no 2, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- DELL’OSSO, B.; LADER, M. Do Benzodiazepines Still Deserve a Major Role in the Treatment of Psychiatric Disorders? A Critical Reappraisal. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists* 28 (1), 2013, p. 7–20. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.11.003>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ELWOOD, P. et al. Healthy Lifestyles Reduce the Incidence of Chronic Diseases and Dementia: Evidence from the Caerphilly Cohort Study. *PloS One* 8 (12), 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081877>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ENCIU, A. M. et al. Neuroregeneration in neurodegenerative disorders”. *BMC Neurology* 11 (1): 75, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/1471-2377-11-75>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- FETER, N. et al. Who Are the People with Alzheimer’s Disease in Brazil? Findings from the Brazilian Longitudinal Study of Aging. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 24 (abril), 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210018>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- GAUTHIER, S.; NETO, P.R; MORAIS, J.A.; WEBSTER, C. World Alzheimer Report 2021 Journey through the diagnosis of dementia. *Alzheimer’s Disease International*, 2021. Disponível em: <<https://www.alzint.org/u/World-Alzheimer-Report-2021>>.pdf. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- GIACOMIN, K.C.; DUARTE, Y.A.O; CAMARANO, A.A.; NUNES, D.P; FERNANDES, D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. *Revista de Saúde Pública* 52 (Suppl 2) 9s, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- GOMBATA, M. Expectativa de vida brasileira cai 4,4 anos com pandemia”. *Valor Econômico*, 2022. Disponível em: <<https://valor.globo.com/brasil/noticia/2022/02/21/expectativa-de-vida-brasileira-cai-44-anos-com-pandemia.ghtml>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- GOMES, R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. *SciELO-Editora FIOCRUZ*, 2008.
- GORDON, A.L.; MASUD, T.; GLADMAN, J.R.F. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? *Age and Ageing* 43 (1), 2014, p. 8–9. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ageing/aft161>>. Acesso em:
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tábua completa de mortalidade para o Brasil: análises e tabelas. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2006. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=73097>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.

- HARTIKAINEN, S.; RAHKONEN, T.; KAUTIAINEN, H.; SULKAVA, R. Use of Psychotropics among Home-Dwelling Nondemented and Demented Elderly”. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 18 (12), 2003, p. 1135–41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/gps.1024>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- HOY, D. et al. The Global Burden of Low Back Pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 Study”. *Annals of the Rheumatic Diseases* 73 (6), 2014, p. 968–74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-204428>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- HURWITZ, E. L.; RANDHAWA, K.; YU, H.; CÔTÉ, P.; HALDEMAN, S. The Global Spine Care Initiative: A Summary of the Global Burden of Low Back and Neck Pain Studies”. *European Spine Journal* 27 (6), 2018, p. 796–801. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00586-017-5432-9>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- KOSBERG, J. I. Preventing Elder Abuse: Identification of High Risk Factors Prior to Placement Decisions¹”. *The Gerontologist* 28 (1), 2018, p. 43–50. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/geront/28.1.43>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- LINO, V. T. S.; RODRIGUES, N.C.P.; LIMA, I.S.; ATHIE, S.; SOUZA, E.R. Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciência & Saúde Coletiva* 24 (janeiro), 2019, p. 87–96. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MACINKO, J.; Mendonça, S.C. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados”. *Saúde em Debate* 42 (setembro), 2018, p.18–37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MALTA, D. C.; BERNAL, R.T.I.; LIMA, M.G.; ARAÚJO, S.S.C.; SILVA, M.M.A.; FREITAS, M.I.F.; BARROS, M.B.A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil”. *Revista de Saúde Pública* 51 (junho), 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MARQUES, A.P.; MONTILLA, D.E.R.; ALMEIDA, W.S.; ANDRADE, C.L.T. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde”. *Revista de Saúde Pública* 48 (outubro), 2014, p. 817–26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005133>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MARQUES, L. R. F.; FERNANDES, N.M.; PASCHOARELLI, L.C. Design, tecnologia assistiva e a doença de Parkinson: Uma revisão bibliográfica sistemática sobre talheres adaptados. *Research, Society and Development* 10 (6), 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15812>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M.H.M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 24 (novembro), 2019, p. 4593–98. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MENDONÇA GUIMARÃES, R.; SANTOS, L.P.R.; PEREIRA, A.G.; GRAEVER, L. The Effect of Primary Care Policy Changes on Hospitalisation for Ambulatory Care Sensitive Conditions: Notes from Brazil. *Public Health* 201 (dezembro), 2021, p.26–34. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.09.028>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). 5o ed. Brasília, DF: COSAPI, 2018. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Orientacoes_Implementacao_Linha_Cuidado_AtencaoIntegral_Saude_Pessoa_Idosa_SUS.pdf>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- MORAES, E.N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil”. *Revista de Saúde Pública* 50 (dezembro), 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.

- MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde”. *Saúde em Debate* 42 (março), 2018, p. 11–24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- NICHOLS E. et al. Global, Regional, and National Burden of Alzheimer’s Disease and Other Dementias, 1990–2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology* 18 (1), 2019, p. 88–106. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30403-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30403-4)>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- OMRAN, A. R. The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 49, 1971, p. 509-538.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2005. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/svs/pub/pdfs/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2020. Quadro de implementação da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa para Idosos (ICOPE): orientações para sistemas e serviços [Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services]. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789240010963-por.pdf>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE). Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020^a. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. 2020. “Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020^b. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51973/OPSFPLHL200004A_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030. Washington, D.C: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020^c. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2020/10/D%C3%A9cada-do-Envelhecimento-Saud%C3%A1vel-2020-2030.pdf>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Início da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) nas Américas. Web Conferência: Paho TV, 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=VwkrRk1N2AAg>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- PEREIRA, I.F.S.; SPYRIDES, M.H.C.; ANDRADE, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível”. *Cadernos de Saúde Pública* 32 (junho), 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00178814>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo”. *Cadernos de Saúde Pública* 19 (junho), 2003, p. 793–97. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- RILEY, J. C. Estimates of Regional and Global Life Expectancy, 1800–2001”. *Population and Development Review* 31 (3), 2005, p. 537–43. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2005.00083.x>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.

- ROBINSON, L.; TANG, E.; TAYLOR, J.P. Dementia: Timely Diagnosis and Early Intervention”. *BMJ* 350 (jun15 14), 2015, p. h3029–h3029. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.h3029>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- RODRIGUES, M. M.; ALVAREZ, A.M.; RAUCH, K. C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária”. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 22 (março), 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190010>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ROMERO, D. E.; SANTANA, D.; BORGES, P.; MARQUES, A.; CASTANHEIRA, D.; RODRIGUES, J.M.; SABBADINI, L. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 34 (2), 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00012817>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ROMERO, D.; MAIA, L.; MUZY, J.; ANDRADE, N.; GROISMAN, D.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA Jr, P.R.B. O cuidado domiciliar de idosos com dependência funcional no Brasil: desigualdades e desafios no contexto da primeira onda da pandemia de COVID-19”, 2022 (no prelo).
- ROSER, M.; ORTIZ-OSPINA, E.; RITCHIE, H. Life Expectancy - Our World in Data. 2019. Disponível em: <<https://ourworldindata.org/life-expectancy>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- SHI, J.; HUANG, A.; JIA, Y.; YANG, X. Perceived Stress and Social Support Influence Anxiety Symptoms of Chinese Family Caregivers of Community-Dwelling Older Adults: A Cross-Sectional Study. *Psychogeriatrics* 20 (4), 2020, p. 377–84. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/psyg.12510>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- SBGG. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Em Dia Mundial do Alzheimer, dados ainda são subestimados, apesar de avanços no diagnóstico e tratamento da doença, setembro de 2019. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- SOUZA, M.F.M.; MALTA, D.C.; FRANÇA, E.B.; BARRETO, M.L. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 23 (junho), 2018, p.1737–50. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- STEVES, C.; SPECTOR, T.; JACKSON, S.H.D. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age and ageing*, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ageing/afs097>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- ÜSTÜN, T. B.; CHATTERJI, S.; KOSTANJSEK, J.B.N.; SCHNEIDER, M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and rehabilitation* 25 (11–12), 2003, p. 565–71.
- VANZELLA, E. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do SUS”. *Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais*. Campina Grande: Realize Editora, 2020, p. 677–95.
- VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. “The Disablement Process”. *Social Science & Medicine* (1982) 38: 1, 1994, P. 1–14. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1). Acesso em: 25 de fev de 2022.
- WOOLF, S.H.; MASTERS, R.K.; ARON, L.Y. Effect of the Covid-19 Pandemic in 2020 on Life Expectancy across Populations in the USA and Other High Income Countries: Simulations of Provisional Mortality Data. *BMJ* 373 (junho), 2021, p. n1343. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.n1343>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- WORLD BANK. World Development Indicators | DataBank, 2021. Disponível em: <<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.LE00.IN&country=#>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneve: World Health Organization, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneve: World Health Organization, 2015.

ZHONG, G. G.; WANG, Y.; ZHANG, Y.; ZHAO, Y. Association between Benzodiazepine Use and Dementia: A Meta-Analysis. PLOS ONE 10 (5), 2015, p. e0127836. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127836>>. Acesso em: 25 de fev de 2022.