PROGRAMA
PARANÁ AMIGO
DA PESSOA IDOSA

MANUAL DA ESTRATÉGIA
CUIDA MAIS PARANÁ



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA MULHER,
IGUALDADE RACIAL
E PESSOA IDOSA



FICHA TÉCNICA

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ – ANO DE 2026

CARLOS MASSA RATINHO JÚNIOR
GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

DARCI PIANA
VICE-GOVERNADOR DO ESTADO DO PARANÁ

JOÃO CARLOS ORTEGA
SECRETÁRIO DE ESTADO DA CASA CIVIL

MARIANA NERIS
SECRETÁRIA DE ESTADO DA MULHER, IGUALDADE RACIAL E PESSOA IDOSA

DIEGO BULIGON
DIRETOR GERAL – SECRETARIA DE ESTADO DA MULHER,
IGUALDADE RACIAL E PESSOA IDOSA

LARISSA MARSOLIK
DIRETORA DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A PESSOA IDOSA - SECRETARIA DE ESTADO DA MULHER, IGUALDADE RACIAL E PESSOA IDOSA

ELABORAÇÃO TÉCNICA
TAIUANI MARQUINE RAYMUNDO
LARISSA MARSOLIK

CONTRIBUIÇÕES
ALEX SANDRO DA SILVA, ALZENIR DE FÁTIMA BRUDECK SIZANOSKI, FERNANDA BRUNA SORGATO PITT, JANAINA FATIMA DE SOUZA RODRIGUES, MARIA CLARA RODRIGUES ISTSCHUK, SYMONE BONFIM, TAMARA ZÁZERA REZENDE

REVISÃO E DIAGRAMAÇÃO
AMANDA CORREIA DOS SANTOS
PRISCILA OLIVEIRA COSTA

CURITIBA - PR
Novembro 2026

APRESENTAÇÃO



Envelhecer é uma conquista da vida. Garantir que essa etapa seja vivida com dignidade, autonomia, segurança e oportunidades é um compromisso de toda a sociedade. No Paraná, o crescimento da população idosa nos convida a olhar para o futuro com responsabilidade, sensibilidade e a convicção de que cada pessoa merece envelhecer com qualidade de vida, respeito e pertencimento.

Consciente dessa realidade, o Governo do Estado do Paraná tem avançado na construção de políticas públicas que reconhecem o envelhecimento como uma prioridade. Por meio da Secretaria de Estado da Mulher, Igualdade Racial e Pessoa Idosa – SEMIPI, e do Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa – PAPI, estamos fortalecendo uma rede de proteção, cuidado e oportunidades, colocando a pessoa idosa no centro das ações governamentais.

É nesse contexto que surge o Complexo Social Cidade da Pessoa Idosa – CSCPI, uma iniciativa que representa muito mais do que a criação de um espaço físico. Representa a oportunidade de construir ambientes de convivência, acolhimento, aprendizagem, cuidado e participação, onde as pessoas idosas possam fortalecer vínculos, desenvolver suas potencialidades e continuar exercendo seu protagonismo na sociedade.

Reconhecemos o papel fundamental dos municípios nessa transformação. É nas cidades e comunidades que as políticas públicas se tornam realidade. Por isso, apresentamos este Manual Operativo, desenvolvido para orientar e apoiar os gestores e as equipes municipais na implantação, organização e funcionamento dos Complexos Sociais, respeitando as particularidades de cada território e valorizando as experiências já existentes.

Mais do que um conjunto de orientações técnicas, este Manual expressa nosso compromisso com uma política pública integrada, capaz de fortalecer a rede de serviços e ampliar as oportunidades de envelhecimento ativo e saudável. Nossa expectativa é que este documento inspire os municípios a transformar o planejamento em ações concretas, fazendo de cada Complexo Social um espaço de convivência, valorização das histórias de vida, fortalecimento dos vínculos e construção de novas possibilidades para as pessoas idosas do Paraná.

Porque envelhecer com dignidade é um direito, e construir um Paraná para todas as idades é um compromisso de todos nós.

MARIANA NERIS

Secretária de Estado da Mulher, Igualdade Racial e Pessoa Idosa

SUMÁRIO



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8

1. MARCO CONCEITUAL, FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CIENTÍFICA 10

1.1 Da transição demográfica nacional ao contexto paranaense 11
1.2 Do envelhecimento ativo ao envelhecimento saudável: fundamentos conceituais da Estratégia 12
1.2.1 Da adesão pioneira do Paraná à Rede Global aos dez passos do Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa 16
1.3 Atenção integrada à pessoa idosa: fundamentação científica 17
1.3.1 Domínios locomoção e cognição 19

2. MODELO OPERACIONAL DA ESTRATÉGIA CUIDA MAIS 23

2.1 Objetivo Geral 24
2.2 Objetivos Específicos 24

3. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO 26

3.1 Mapeamento Situacional do Município 27
3.2 Equipe e formação 27
3.3 Mapeamento dos espaços 28
3.4 Mapeamento da população idosa a ser atendida 28
3.5 Fluxo operacional do Manual da Estratégia Cuida Mais 28
3.5.1 Planejamento das atividades 29
3.5.2 Mobilização e divulgação 29
3.5.3 Triagem breve da pessoa idosa 30
3.5.3.1 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) 31
3.5.3.2 Avaliação complementar 32
3.5.3.2.1 Complemento de avaliação da mobilidade 32
3.5.3.3 Sinais de alerta em outros domínios da capacidade intrínseca 34
3.5.4 Avaliação aprofundada 35
3.5.4.1 Avaliação aprofundada da locomoção 35
3.5.4.2 Avaliação aprofundada da cognição 37
3.6 Execução das atividades 38
3.6.1 Grupo de Exercícios Físicos para Pessoas Idosas 38
3.6.1.1 Estrutura do Grupo de Exercícios Físicos 39
3.6.2 Grupo de Treino Cognitivo 42
3.6.2.1 Estrutura do Grupo de Treino Cognitivo 43
3.6.2.2 Operacionalização do Grupo de Treino Cognitivo 44
3.6.2.3 Proposta de Cronograma do Grupo de Treino Cognitivo 57
3.7 Monitoramento e acompanhamento 59
3.7.1 Monitoramento da execução 59
3.7.2 Acompanhamento das pessoas idosas participantes 60

4. REFERÊNCIAS 61

LISTA DE FIGURAS E QUADROS



LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1
CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADES INTRÍNSECAS E AMBIENTES — **p. 18**

FIGURA 2
FLUXO OPERACIONAL DO MANUAL DA ESTRATÉGIA CUIDA MAIS — **p. 29**

FIGURA 3
PROTOCOLO DE TRIAGEM — **p. 30**

FIGURA 4
INFOGRÁFICO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL (IVCF-20) — **p. 31**

FIGURA 5
TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA — **p. 33**

FIGURA 6
AVALIAÇÃO COGNITIVA COMPLEMENTAR — **p. 35**

FIGURA 7
APLICAÇÃO DA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB) — **p. 36**

QUADRO 1
ESTRATOS DE RISCO DO IVCF-20 E O QUE CADA UM ORIENTA NA ESTRATÉGIA CUIDA MAIS — **p. 31**

QUADRO 2
ESTRUTURA SEMANAL/MENSAL DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS — **p. 40**

QUADRO 3
EXEMPLIFICAÇÃO DAS SESSÕES — **p. 41**

QUADRO 4
PROPOSTA DE EXECUÇÃO — **p. 57**

INTRODUÇÃO



INTRODUÇÃO

Este Manual foi elaborado para orientar municípios paranaenses na implementação da Estratégia Cuida Mais, parte do Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa. Sua elaboração segue a abordagem de Políticas Públicas Baseadas em Evidências (PPBEs), configurando-se como um projeto-piloto, outro método consagrado na literatura para obtenção de evidências em políticas públicas (Pinheiro, 2020), e articula evidências de natureza científica, econômica (OCDE, 2025) e demográfica (Camarano, 2017) que fundamentam a resposta institucional ao envelhecimento populacional. A Estratégia fundamenta-se na compreensão de que a pessoa idosa deve ser reconhecida como sujeito de direitos, protagonista de seu processo de envelhecimento e participante ativa da vida comunitária, e não apenas como destinatária de ações assistenciais. Assim, o manual reúne os fundamentos técnicos, o modelo operacional e as orientações práticas necessárias para que gestores municipais, profissionais de educação física, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, equipes técnicas locais e a sociedade civil possam planejar, executar e monitorar ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, com base em evidências científicas nacionais e internacionais e em alinhamento com a Lei Estadual nº 22.189/2024, que institui o Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa (Paraná, 2024).

A capacidade funcional, definida como a combinação entre a capacidade intrínseca da pessoa idosa (capacidades físicas e mentais, incluindo as psicológicas) e o ambiente em que ela vive, é o eixo que organiza toda a Estratégia Cuida Mais (Organização Mundial da Saúde, 2015; 2020). Ela não depende de um único fator, mas da interação entre três dimensões que se reforçam mutuamente: a manutenção da condição física, a manutenção da condição cognitiva e a manutenção dos vínculos sociais. A educação continuada ao longo da vida, incluindo o letramento digital e o letramento digital em saúde, atua como eixo transversal a essas três dimensões, reforçando-as de forma simultânea, em especial a manutenção cognitiva.

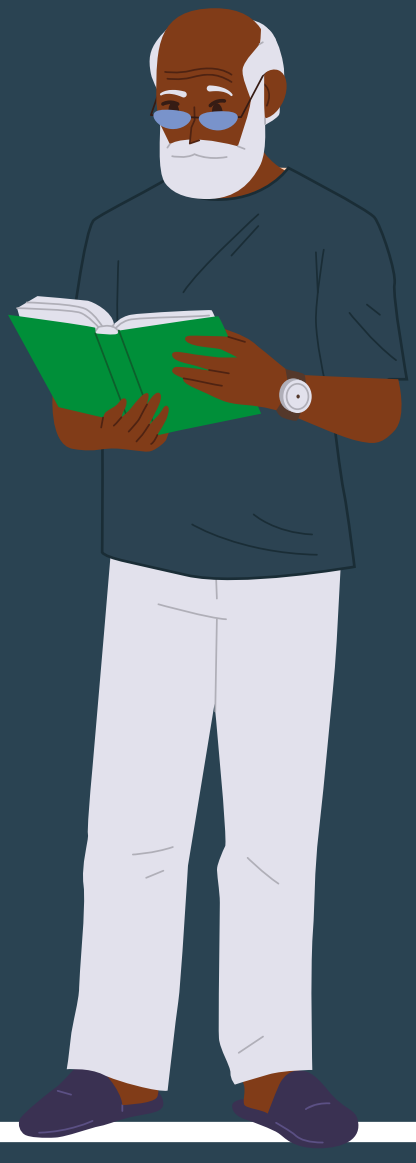
O **Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20)** é o instrumento central que estrutura, na prática, a identificação da pessoa idosa a ser atendida: é a partir do resultado da triagem realizada por esse instrumento, que classifica a pessoa idosa como robusta, pré-frágil ou frágil, que se define o percurso de cada participante na Estratégia Cuida Mais, da elegibilidade às atividades regulares até o encaminhamento para avaliação complementar e para a rede de atenção à saúde, conforme detalhado na Seção 4.

O **Manual da Estratégia** foi desenhado como um programa que integra, em um mesmo espaço e uma mesma rotina, exercício físico regular, treino cognitivo e participação social, não como três programas paralelos, mas como três frentes de um mesmo esforço, permanentemente atravessadas pelo eixo da educação continuada.

Para melhor compreensão, este Manual está dividido em seis seções:

1. Marco conceitual, fundamentação teórica e científica;
2. Modelo operacional;
3. Metodologia de aplicação;
4. Planejamento da aplicação;
5. Monitoramento e avaliação;
6. Modelo de governança e execução.

1. MARCO CONCEITUAL, FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CIENTÍFICA



1.1 Da transição demográfica nacional ao contexto paranaense

É importante distinguir, de início, envelhecimento individual de envelhecimento populacional. O primeiro é um processo natural, irreversível e universal, acompanhado de perdas progressivas de função e de papéis sociais, e pode ser medido pela esperança de vida ao nascer (Camarano; Fernandes, 2022). Já o envelhecimento populacional, objeto deste tópico, corresponde à transformação da estrutura etária de uma sociedade, resultante da interação entre dois fenômenos: a queda da fecundidade, que reduz a proporção de jovens e caracteriza o chamado "envelhecimento pela base"; e a redução da mortalidade infantil (Camarano; Fernandes, 2022). É a combinação, ao longo do tempo, da queda continuada da fecundidade com a extensão da sobrevivência às idades mais avançadas que produz o efeito líquido de envelhecimento populacional observado hoje no Brasil, descrito metodologicamente a partir da interação entre três componentes demográficos: fecundidade, mortalidade e migração (Camarano, 2022; Faria; Spode, 2024), que produz impactos sociais, econômicos e políticos em diferentes setores da sociedade.

No Brasil, esse processo já é evidente e vem se acelerando. Segundo o Censo Demográfico 2022 (IBGE, 2023), o país tinha 32,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, equivalente a 15,8% da população, um crescimento de 56% em relação a 2010. O índice de envelhecimento nacional saltou de 44,8 em 2010 para 80,0 em 2022 (80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos). Dados mais recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2025 (PNAD Contínua) confirmam a continuidade da tendência de envelhecimento populacional brasileiro (IBGE, 2026). Entre 2012 e 2025, a participação de pessoas com 60 anos ou mais na população total passou de 11,3% para 16,6%. No sentido oposto, a participação da população mais jovem recuou: a faixa de 5 a 13 anos caiu de 14,6% para 12,2% no mesmo período, e a de 14 a 17 anos, de 7,1% para 5,5%. Em 2025, a população de 0 a 13 anos representava 18,1% do total, ainda acima dos 16,6% de idosos, o que indica que a inversão entre os dois grupos etários não se consolidou em nível nacional, embora a distância entre eles venha se estreitando (IBGE, 2026).

Esse quadro nacional, contudo, esconde disparidades regionais expressivas: enquanto a população de 60 anos ou mais representava 18,1% nas Regiões Sudeste e Sul em 2025, na Região Norte essa proporção não passava de 11,3% (IBGE, 2026). Conforme destaca Dumith et al. (2026), o envelhecimento populacional brasileiro não ocorre de maneira uniforme, sendo mais avançado nas regiões Sul e Sudeste (Bonifácio; Guimarães, 2021; IBGE, 2026). Essa diferença é resultado dos diferentes estágios da transição demográfica observados no país. Enquanto a Região Norte mantém a estrutura etária mais jovem, com 25,2% da população de até 14 anos, seguida pela Região Nordeste (21,1%), as regiões Sul e Sudeste apresentam maior envelhecimento populacional, caracterizado por menores proporções de jovens (18,2% e 18,0%) e maiores percentuais de pessoas com 65 anos ou mais (12,1% e 12,2%). O Centro-Oeste, por sua vez, apresenta uma composição etária intermediária, aproximando-se da média nacional (Bonifácio; Guimarães, 2021; IBGE, 2026).

Além das mudanças demográficas, fatores sociais também contribuíram diretamente para esse processo. O maior acesso à alfabetização, a ampliação da participação feminina no mercado de trabalho, o acesso aos métodos contraceptivos e as transformações nos modelos familiares influenciaram a redução da natalidade e modificaram o perfil populacional brasileiro (Leone, 2025). Nesse contexto, as transformações demográficas brasileiras também produziram impactos relevantes na organização econômica e administrativa dos municípios, influenciando diretamente o planejamento das políticas públicas, especialmente nas áreas da saúde, assistência social, previdência e mercado de trabalho (Leone, 2025; Dumith et al., 2026; Queiroz; Jesus; Ojima, 2026).

É exatamente nesse cenário de envelhecimento mais avançado da Região Sul que se insere o Paraná. O Censo Demográfico 2022 detalha esse quadro com mais precisão: o Paraná ainda não completou a inversão da pirâmide etária em nível estadual (19,2% de crianças de 0 a 14 anos contra 16,5% de pessoas idosas de 60 anos ou mais) (IBGE, 2023). Já a PNAD Contínua 2025 indica que a capital, Curitiba, já teria completado essa inversão, com 17,9% de idosos (328 mil pessoas) contra 15,8% de crianças de 0 a 14 anos (290 mil), tornando-a, segundo a PNAD Contínua[1], a oitava capital brasileira com maior proporção de pessoas idosas (IBGE, 2026; Curitiba, 2026). Como a Estratégia Cuida Mais abrange o estado como um todo, esse padrão territorial de envelhecimento desigual, em que capitais e grandes centros urbanos envelhecem mais rapidamente que o interior, é um elemento relevante para o desenho de uma política que deve equilibrar a atenção entre municípios menores, com menor capacidade instalada, e centros urbanos maiores, onde a inversão demográfica já é uma realidade consolidada.

Esse cenário estrutural, porém não conjuntural, é o que fundamenta a resposta institucional do Estado por meio da Lei Estadual nº 22.189/2024, que institui o Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa e, em seu âmbito, a Estratégia Cuida Mais como uma de suas frentes de ação voltadas à promoção do envelhecimento ativo e saudável.



1.2 Do envelhecimento ativo ao envelhecimento saudável: fundamentos conceituais da Estratégia

Alguns marcos históricos sustentam as definições que hoje orientam o envelhecimento ativo e saudável. Em 2002, o documento Active Ageing: A Policy Framework ("Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde"), elaborado pelo Programa Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde *(OMS)*, tornou-se referência para as políticas de saúde e envelhecimento em todo o mundo *(World Health Organization, 2002)*. Concebido para subsidiar o debate e a elaboração de estratégias e planos de ação voltados à promoção do envelhecimento, o documento constituiu a contribuição da OMS à Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada em abril de 2002, em Madri *(World Health Organization, 2002)*.

O conceito de envelhecimento ativo, proposto nesse documento, surgiu com o propósito de integrar áreas de políticas públicas que, até então, eram conduzidas de forma isolada (United Nations, 2002). Ali, o envelhecimento ativo foi definido como o processo de otimização das oportunidades relacionadas à saúde, à participação e à segurança, com vistas a promover melhor qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem *(World Health Organization, 2002)*. O marco conceitual sublinhou que a promoção do envelhecimento ativo dependia da articulação entre múltiplos setores, favorecendo a participação das pessoas idosas na família, na comunidade e na sociedade. Para isso, a OMS estabeleceu seis determinantes do envelhecimento ativo: fatores econômicos, comportamentais, pessoais e sociais, os serviços de saúde e assistência social e o ambiente físico, e orientou as políticas públicas para a prevenção de incapacidades e doenças crônicas, a redução de fatores de risco, a oferta de serviços de saúde e assistência social acessíveis e adequados às necessidades da população idosa, além da capacitação de cuidadores *(World Health Organization, 2015).*

1. Nota metodológica: a PNAD Contínua tem representatividade estatística desenhada para Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação e Regiões Metropolitanas, não para municípios isolados. O dado específico do município de Curitiba, portanto, deve ser tratado com essa ressalva metodológica, podendo refletir estimativas para a Região Metropolitana usadas como aproximação para a capital.

A capacidade intrínseca corresponde ao conjunto das capacidades físicas e mentais de uma pessoa idosa em determinado momento da vida. O desempenho das pessoas idosas, contudo, não depende apenas dessas capacidades, mas também das características dos ambientes em que vivem e da forma como interagem com elas. Ambientes físicos, sociais e institucionais podem atuar como facilitadores ou como barreiras, influenciando diretamente as oportunidades de participação, autonomia e realização das atividades que essas pessoas valorizam. A capacidade funcional é compreendida, assim, como resultado da interação entre a capacidade intrínseca e o ambiente, correspondendo aos atributos relacionados à saúde que permitem às pessoas serem e fazerem aquilo que valorizam *(Organização Mundial da Saúde, 2015)*. Ela abrange cinco domínios essenciais: atender às próprias necessidades básicas; aprender, desenvolver-se e tomar decisões; manter a mobilidade; estabelecer e preservar relacionamentos; e contribuir para a família, a comunidade e a sociedade *(World Health Organization, 2020).*

A partir dessa perspectiva, a OMS (2015) define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional ao longo da vida, o que pressupõe apoiar as pessoas idosas para que vivam com autonomia, participação e bem-estar nos ambientes em que desejam permanecer. Essa abordagem reconhece que tanto a capacidade intrínseca quanto a capacidade funcional são dinâmicas, moldadas pelas experiências, escolhas e intervenções ao longo do curso da vida, e que sua manutenção pode ser favorecida por ambientes acessíveis, tecnologias assistivas, produtos de apoio e serviços de saúde e assistência social responsivos às necessidades da população idosa. O envelhecimento saudável não se define, portanto, pela ausência de doenças ou por um nível específico de funcionamento, mas por uma trajetória passível de ser promovida e fortalecida por condições ambientais e intervenções adequadas, inclusive entre pessoas que convivem com doenças crônicas ou declínio funcional, e que seguem contribuindo como recursos valiosos para suas famílias, comunidades e para a economia (Organização Mundial da Saúde, 2015; World Health Organization, 2020).



De Syda Productions ⊠ Adobe Stock

Dando continuidade a esse percurso de estudos e estruturações políticas, em 3 de agosto de 2020, durante a 73ª Assembleia Mundial da Saúde, foi proclamada a Década do Envelhecimento Saudável (2021–2030), posteriormente endossada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 14 de dezembro do mesmo ano (World Health Organization, 2020). Alinhada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a Década constitui iniciativa global que promove a cooperação multissetorial e sustentada entre governos, organizações internacionais, sociedade civil, academia e setor privado, com o propósito de fomentar o envelhecimento saudável e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, de suas famílias e das comunidades (World Health Organization, 2020).

Para operacionalizar esse modelo, a Década propõe um percurso estratégico voltado à otimização da capacidade funcional, organizado em quatro áreas prioritárias de ação: o combate ao idadismo, por meio da transformação da forma como a sociedade percebe o envelhecimento; a promoção de comunidades que apoiem as capacidades das pessoas idosas; a oferta de cuidados e serviços integrados e centrados na pessoa; e a garantia de acesso aos cuidados de longa duração para quem deles necessita *(World Health Organization, 2020).*

A implementação dessas prioridades apoia-se em quatro habilitadores estratégicos: a participação ativa e significativa das pessoas idosas e de outros atores sociais; o fortalecimento da liderança e das capacidades institucionais para ações intersetoriais; a cooperação e a troca de experiências entre organizações e países; e o investimento em dados, pesquisa e inovação, capazes de orientar e acelerar a implementação de políticas e práticas voltadas ao envelhecimento saudável *(World Health Organization, 2020).*

No cenário brasileiro, observam-se avanços relevantes na construção de políticas públicas voltadas à população idosa. O país, contudo, ainda enfrenta desafios decorrentes da rápida transição demográfica e epidemiológica, somados a desigualdades sociais, regionais e de acesso à saúde e à assistência social que persistem. Nesse contexto, o enfrentamento das doenças crônicas e o fortalecimento dos cuidados de longa duração constituem prioridades para a promoção do envelhecimento saudável, uma vez que 76,3% das pessoas idosas brasileiras convivem com pelo menos uma doença crônica e que fatores de risco modificáveis, como o tabagismo (12%) e a insuficiente prática de atividade física (79%), permanecem altamente prevalentes, comprometendo a manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida ao longo do envelhecimento *(Vega; Morsch, 2021).*

Apesar desses desafios, o país dispõe de iniciativas consolidadas capazes de contribuir para o alcance dos objetivos da Década. Entre elas, destacam-se o Programa Nacional de Imunizações, as Conferências e os Conselhos dos Direitos da Pessoa Idosa, além do arcabouço legal representado pelo Estatuto da Pessoa Idosa, que orienta a garantia de direitos e a formulação de políticas públicas para o envelhecimento *(Vega; Morsch, 2021).*



Nesse movimento de fortalecimento institucional, destaca-se o estado do Paraná, primeiro estado brasileiro a se associar formalmente à Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas da Organização Mundial da Saúde, em 2025, seguido pelo Rio de Janeiro, no mesmo ano (Organização Pan-Americana da Saúde, [s.d.]). Em março de 2026, a Rede passou a contar também com a afiliação da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (SNDPI), vinculada ao Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), formalizada com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026). Atualmente, além do governo federal e desses dois estados, o Brasil conta com 70 cidades integradas à Rede Global (Organização Pan-Americana da Saúde, [s.d.]).

De forma complementar e inspirada nesse programa da OMS, a Lei nº 15.476, de 23 de julho de 2026, instituiu no âmbito nacional o título de Cidade Amiga do Idoso, a ser conferido pelo poder público aos municípios que promovam o tratamento digno e o envelhecimento ativo da

população idosa e que comprovem a existência de programas voltados à sua inclusão social, cultural e política *(Brasil, 2026)*. Para esse reconhecimento, a Lei considera os esforços municipais em nove áreas, que retomam os oito domínios do referencial de Cidade Amiga da Pessoa Idosa da OMS e acrescentam a segurança: transporte; moradia; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; prédios públicos e espaços abertos; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde; e segurança. O título é conferido por um Conselho composto por representantes dos governos federal, estaduais, distrital e municipais e de entidades representativas das pessoas idosas, com validade de três anos, condicionada ao cumprimento dos compromissos assumidos pelo município *(Brasil, 2026)*.

No Paraná, essa abordagem foi ampliada e qualificada antes mesmo da legislação nacional, reforçando o compromisso do estado com as pessoas idosas. O referencial paranaense incluiu um nono eixo estratégico, o Cuidado, que incorpora a capacidade do governo de estruturar uma rede apta a cuidar das pessoas idosas, de suas famílias e das(os) cuidadoras(es) *(Paraná, 2026)*. Além desse pioneirismo, o Paraná concentra o maior número de cidades integradas à Rede. Essa trajetória se sustenta em iniciativas próprias de política pública, como a Lei Ordinária nº 22.189, de 2024, que instituiu o Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa (PAPI), reforçando o compromisso do estado com a garantia de direitos e a promoção do bem-estar dessa população *(Paraná, 2024).*

De forma complementar, o Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa *(CEDIPI/PR)* mantém, por meio de deliberações, o Programa (Estratégia) Cuida Mais Paraná, que tem entre seus objetivos cofinanciar exercícios físicos e de treino cognitivo para pessoas idosas. Vinculado explicitamente à promoção do envelhecimento ativo e saudável, o programa articula a Secretaria de Estado da Mulher, Igualdade Racial e Pessoa Idosa (SEMIPI), a Secretaria de Estado do Esporte (SEES) e a Secretaria de Estado da Saúde (SESA), e reforça, na prática municipal, os princípios de participação, autonomia e manutenção da capacidade funcional que orientam esse marco conceitual [2] *(Paraná, 2024)*.

O programa é coordenado pela Diretoria de Políticas Públicas para a Pessoa Idosa, vinculada à Secretaria de Estado da Mulher, Igualdade Racial e Pessoa Idosa (SEMIPI), e executado na modalidade de cofinanciamento fundo a fundo, com recursos transferidos do Fundo Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa do Paraná (FIPAR/PR) aos Fundos Municipais dos Direitos da Pessoa Idosa (FMDPI). No primeiro ciclo, regulamentado pela Deliberação nº 035/2024/CEDIPI/PR, 73 dos 80 municípios elegíveis, isto é, que cumpriam os requisitos estabelecidos, aderiram ao programa, o que resultou em um investimento total de R$ 4.265.000,00 (quatro milhões, duzentos e sessenta e cinco mil reais).

Com o objetivo de ampliar e fortalecer o programa, a Deliberação nº 049/2025/CEDIPI/PR contemplou 399 municípios elegíveis, tendo como único critério de elegibilidade a posse do ARCPF. Desses, 390 municípios formalizaram a adesão, totalizando um investimento de R$ 15.330.000,00 (quinze milhões, trezentos e trinta mil reais). Posteriormente, a Deliberação nº 005/2026/CEDIPI/PR disponibilizou o montante de R$ 7.420.000,00 (sete milhões, quatrocentos e vinte mil reais), a ser distribuído entre 156 municípios que manifestaram adesão. Somadas as três deliberações, o programa alcançou um investimento total de R$ 27.015.000,00 (vinte e sete milhões e quinze mil reais), repassados a 392 municípios paranaenses.

2. O detalhamento das deliberações do CEDIPI/PR que instituem e regulamentam o Programa (Estratégia) Cuida Mais Paraná consta do Guia Orientativo de Execução do Programa Cuida Mais Paraná.

Diante da complementaridade entre os marcos conceituais aqui apresentados, dos quais a otimização das oportunidades de participação, saúde e segurança proposta em 2002 e a centralidade da capacidade funcional consolidada em 2015, este documento adota, em seu conjunto, a expressão envelhecimento ativo e saudável para designar essa trajetória de políticas e conceitos, reconhecendo nela tanto o legado da agenda iniciada com o envelhecimento ativo quanto os avanços trazidos pelo paradigma da capacidade funcional que fundamenta o envelhecimento saudável.

1.2.1 Da adesão pioneira do Paraná à Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa ao Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa (PAPI)

A Lei Estadual nº 22.189/2024 instituiu o Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa (PAPI), reforçando o compromisso do Estado com a garantia de direitos e a promoção do bem-estar dessa população. A Lei foi regulamentada pelo Decreto Estadual nº 12.862/2026 (Paraná, 2024; 2026). A estruturação do PAPI dialoga com os princípios da Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030, especialmente com a construção de comunidades capazes de promover as capacidades das pessoas idosas. Essa aproximação ganhou dimensão institucional com o fortalecimento da cooperação entre o Paraná e a Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Em 2025, o Paraná tornou-se o primeiro membro afiliado da América do Sul à Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas da OMS (Organização Pan-Americana da Saúde, [s.d.]). A afiliação permite ao Estado atuar como articulador da Rede em seu território e apoiar a aproximação dos municípios paranaenses à metodologia internacional de construção de ambientes mais inclusivos e favoráveis ao envelhecimento saudável. Esse pioneirismo antecedeu a adesão do Brasil à Rede, formalizada pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa em março de 2026, com apoio da OPAS, conforme apresentado no tópico anterior.

O PAPI se estrutura em três pilares: Cuidar das Pessoas, Fortalecer as Famílias e Preparar as Cidades. É neste terceiro pilar que o Paraná inova em relação ao modelo original da OMS. Aos oito eixos do referencial de Cidade Amiga da Pessoa Idosa

1. Espaços ao ar livre e edifícios;
2. Transporte;
3. Habitação;
4. Participação social;
5. Respeito e inclusão social;
6. Participação cívica e emprego;
7. Comunicação e informação;
8. Apoio comunitário e serviços de saúde), o Estado acrescenta um nono, o eixo do Cuidado. Esse eixo reconhece que a longevidade com qualidade depende não apenas da adaptação do ambiente físico e social, mas também do fortalecimento da rede humana que sustenta o cuidado no dia a dia: cuidadores familiares, informais e profissionais (Paraná, 2026).

1.3 Atenção integrada à pessoa idosa: fundamentação científica

A capacidade funcional, apresentada anteriormente como elemento central do envelhecimento saudável, é identificada e acompanhada, na prática da Estratégia Cuida Mais, pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20)[3], instrumento central de triagem adotado neste Manual (detalhado na Seção 3.5.1), que classifica a pessoa idosa em estratos de risco clínico-funcional e orienta, a partir desse resultado, o percurso de cada participante nas atividades da Estratégia. Esse processo de identificação dialoga, em termos conceituais, com a abordagem de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (Integrated Care for Older People – ICOPE), da Organização Mundial da Saúde, adotada neste Manual como referência complementar para a compreensão da continuidade do cuidado a partir dos diferentes perfis de vulnerabilidade identificados pelo IVCF-20.

Em outubro de 2017, a OMS lançou as Guidelines on *community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity,* com 13 recomendações baseadas em evidências para o cuidado integrado e centrado na pessoa idosa no nível comunitário, dando origem à abordagem ICOPE (World Health Organization, 2019). A partir dessas recomendações, a OMS publicou um manual prático com fluxos de cuidado para seis condições prioritárias associadas ao declínio da capacidade intrínseca — perda de mobilidade, desnutrição, deficiência visual, perda auditiva, declínio cognitivo e sintomas depressivos —, cada uma acompanhada de triagem simples aplicada por profissionais da comunidade e, quando indicado, encaminhamento para avaliação mais aprofundada e plano de cuidado personalizado (World Health Organization, 2019). O manual foi atualizado em sua segunda edição, incorporando aprendizados da implementação do ICOPE em diferentes países e níveis de recursos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026).

A **Figura 1**, a seguir, apresenta o modelo conceitual do Envelhecimento Saudável proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual a capacidade funcional é compreendida como resultado da interação entre a capacidade intrínseca da pessoa e os ambientes em que ela vive. A capacidade intrínseca é composta por cinco domínios interdependentes: locomoção, função sensorial, vitalidade, cognição e capacidade psicológica. Os ambientes incluem fatores relacionados aos produtos e tecnologias, ao ambiente físico, ao apoio e às relações sociais, às atitudes e aos serviços, sistemas e políticas. A interação entre esses componentes favorece a manutenção da capacidade funcional, permitindo que a pessoa idosa atenda às suas necessidades básicas, tome decisões, aprenda, mantenha a mobilidade, estabeleça relacionamentos e participe da vida familiar, comunitária e social, objetivos centrais do envelhecimento saudável (World Health Organization, 2020).

3. Como instrumento complementar, pode ser adotado o Índice de Vulnerabilidade Sociofamiliar (IVSF-10), que avalia, por meio de dez questões, duas dimensões. A primeira é o suporte familiar, que abrange tipo e composição da moradia, apoio e interação entre familiares e sobrecarga familiar. A segunda é o suporte social, que abrange renda, escolaridade, condições da moradia e participação social. O instrumento permite classificar as pessoas idosas em baixa, moderada ou alta vulnerabilidade sociofamiliar e, assim, orientar a atuação dos municípios (Paraná, 2026).

FIGURA 1. CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADES INTRÍNSECAS E AMBIENTES



Fonte: A autora, 2026.
Nota: Imagem criada por Inteligência Artificial (Chat GPT-5.5), 2026.

Esse modelo está diretamente alinhado à organização institucional adotada no Paraná. Instituído pela Lei Estadual nº 22.189/2024, o Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa (PAPI) (Paraná, 2024) contempla de forma abrangente os domínios relacionados aos Ambientes. Nesse contexto, a Bolsa Cuidador Familiar, Bolsa Agente do Saber e o Cadastro de Cuidadores do Paraná abrangem o domínio de apoio e relações sociais; as ações voltadas à adaptação de territórios, serviços e domicílios incidem sobre o ambiente físico; as iniciativas de enfrentamento ao idadismo contemplam o domínio das atitudes; e o Cadastro Estadual da Rede de Atenção à Pessoa Idosa (CERAPI), juntamente com o modelo de cofinanciamento fundo a fundo, fortalece o domínio de serviços, sistemas e políticas (Paraná, 2024). Por sua vez, a Estratégia Cuida Mais, implementada no âmbito do PAPI, concentra suas ações em dois dos cinco domínios da capacidade intrínseca, locomoção e cognição, conforme descrito ao longo desta seção.

Essa distribuição das ações não representa uma limitação, mas reflete a lógica do próprio modelo conceitual da OMS, segundo o qual uma intervenção específica não precisa contemplar, isoladamente, todos os dez domínios, desde que a política pública em seu conjunto assegure sua cobertura por meio de estratégias complementares. Para operacionalizar, no âmbito da atenção primária e comunitária, a interação entre capacidade intrínseca e ambientes, o ICOPE torna-se promissor. Seu objetivo é traduzir o modelo conceitual apresentado na Figura 1 em fluxos de triagem, avaliação e encaminhamento, orientando profissionais da saúde e da assistência social na identificação precoce de declínios da capacidade intrínseca, antes que evoluam para perdas da capacidade funcional (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026).

É importante destacar, contudo, que este Manual não contempla o modelo ICOPE em sua totalidade, uma vez que os instrumentos de triagem, os fluxos assistenciais e os protocolos clínicos descritos pela OMS extrapolam o escopo de um programa comunitário desenvolvido no âmbito municipal e pressupõem uma estrutura de atenção primária à saúde que não constitui o foco da Estratégia Cuida Mais. Adota-se, assim, o referencial conceitual do ICOPE, especialmente a organização da capacidade intrínseca em cinco domínios inter-relacionados (locomoção, cognição, vitalidade, função sensorial e capacidade psicológica) passíveis de avaliação, e a abordagem baseada na triagem, identificação precoce de declínios e encaminhamento (Organização Mundial da Saúde, 2015; 2020), adaptada às condições operacionais e aos recursos disponíveis nos municípios paranaenses.

Com base nessa perspectiva, este Manual concentra sua análise na atuação da Estratégia Cuida Mais sobre a locomoção, por meio da prática regular de exercício físico, e a cognição, por meio de atividades de treino cognitivo em grupo, sendo esses eixos estruturantes do Programa. Os demais domínios (vitalidade, função sensorial e capacidade psicológica) são contemplados de forma complementar, principalmente por meio do fortalecimento da participação social e da articulação com a rede de saúde, sem integrarem o núcleo central de intervenção do Manual.

1.3.1 Domínios locomoção e cognição

No domínio locomoção, as evidências científicas indicam que a prática regular de atividade física constitui uma das estratégias mais efetivas para preservar a mobilidade, a capacidade locomotora e reduzir o risco de quedas. Seus efeitos resultam de mecanismos fisiológicos diretos, como o estímulo à neuroplasticidade e ao aumento da produção de fatores neurotróficos, além de mecanismos indiretos relacionados à melhora da saúde cardiovascular, ao fortalecimento da função imunológica e à diminuição de processos inflamatórios (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026).

Em relação aos resultados observados, programas que incluem exercícios de equilíbrio e treinamento funcional reduzem a incidência de quedas em aproximadamente 24% e diminuem em 13% a proporção de pessoas que apresentam pelo menos um episódio de queda. De forma consistente, para pessoas com declínio cognitivo, recomenda-se a realização de atividade física entre três e quatro vezes por semana, com sessões de 30 a 45 minutos durante, no mínimo, 12 semanas (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026). Esse parâmetro demonstra que a frequência mínima de referência adotada pelo Programa Cuida Mais, correspondente a duas sessões semanais de uma hora, representa um referencial operacional compatível com a realidade dos municípios, sendo importante sua complementação para chegar ao padrão recomendado pelas evidências internacionais. Dessa forma, sempre que houver condições locais, é recomendável incentivar uma frequência maior de participação nas atividades.

No que diz respeito ao domínio cognição, vale ressaltar que o processo de envelhecimento tende a afetar de forma mais acentuada funções como memória, atenção, velocidade de processamento e flexibilidade cognitiva, com intensidade variável conforme fatores individuais, sociais e ambientais acumulados ao longo da vida (Prince et al., 2024; Foster; Walker, 2021). Em contrapartida, habilidades ligadas ao conhecimento acumulado, como vocabulário e experiência, tendem a se manter preservadas e podem até melhorar em idades mais avançadas (Prince et al., 2024), o que reforça o potencial de intervenções centradas na participação e na troca de experiências, e não apenas na correção de déficits.

Com foco em estruturar as ações deste Manual, é necessário diferenciar os conceitos de **reabilitação cognitiva**, treino cognitivo e **estimulação cognitiva**, intervenções distintas, ainda que complementares, no cuidado cognitivo. A estimulação cognitiva consiste em uma intervenção direcionada a pessoas com demência, que utiliza atividades diversificadas e prazerosas para estimular habilidades como pensamento, atenção, concentração e memória. Geralmente, essas atividades são desenvolvidas em contextos coletivos, favorecendo também a interação social. Diferentemente do treinamento cognitivo e da reabilitação cognitiva, a **estimulação cognitiva** apresenta uma abordagem mais ampla, que não se restringe às capacidades cognitivas, contemplando também aspectos como o humor, a qualidade de vida e o bem-estar dos participantes (Woods et al., 2023). A reabilitação cognitiva é a mais individualizada das três: parte de objetivos funcionais específicos da pessoa, envolve os cuidadores no processo e tem como foco manter ou melhorar o desempenho em atividades cotidianas, favorecendo a independência. O **treino cognitivo** é uma abordagem de caráter mais amplo e social. Em vez de focar em funções específicas por meio de tarefas padronizadas e repetitivas, ela propõe atividades e discussões, individuais ou em grupo, que estimulam o funcionamento cognitivo de forma geral, sem o direcionamento específico (Naylor et al., 2025). O treinamento cognitivo, por sua vez, reúne um conjunto de técnicas aplicadas para estimular o pensamento e a cognição, com diferentes graus de amplitude e especificidade. Geralmente se concentra em funções isoladas, a memória, por exemplo, por meio de práticas individuais e repetitivas de tarefas padronizadas, mas também pode trabalhar múltiplos domínios simultaneamente e ser realizado individualmente ou em grupo. O objetivo é que os ganhos obtidos no domínio treinado se generalizem para outras situações da vida, melhorando ou mantendo os processos cognitivos, ou reduzindo o impacto do comprometimento desses processos sobre a habilidade funcional associada (Naylor et al., 2025; Organização Pan-Americana da Saúde, 2026).

Por estar associado à melhora do desempenho nos domínios especificamente trabalhados, como memória, atenção e funções executivas, o treino cognitivo é indicado tanto para pessoas idosas com cognição preservada quanto para aquelas com comprometimento cognitivo leve, o que o torna uma estratégia adequada a programas voltados à prevenção e à manutenção funcional (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026). É importante, ainda, incentivar familiares e cuidadores a fornecerem periodicamente às pessoas idosas informações como dia, data, hora, clima e nomes de pessoas, o que as ajuda a se manterem orientadas no tempo e no espaço.

Nesse contexto, as ações previstas no Manual da Estratégia Cuida Mais serão fundamentadas no treino cognitivo, realizado individualmente ou em grupo, com tarefas padronizadas direcionadas às funções cognitivas de interesse da população-alvo do programa. Essa escolha está de acordo com as evidências científicas disponíveis: uma revisão sistemática conduzida por Butler e colaboradores (2018), publicada nos *Annals of Internal Medicine*, concluiu que, em pessoas idosas com cognição normal, o treino melhora o desempenho cognitivo no domínio treinado, com força de evidência moderada. De forma complementar, a revisão Cochrane conduzida por Gates e colaboradores (2020) sobre treino cognitivo computadorizado reforça a relevância dessa modalidade de intervenção para a manutenção da função cognitiva em idosos, ao apontar benefícios discretos, porém consistentes, no desempenho cognitivo geral após o período de treino. Essas evidências sustentam o treino cognitivo como estratégia adequada tanto para o desempenho cognitivo quanto para os objetivos de prevenção do declínio funcional que orientam a Estratégia Cuida Mais.

Outro aspecto relevante diz respeito ao papel da escolaridade como fator de proteção para a saúde cognitiva. Estimativas globais indicam que a baixa escolaridade, definida como menos de 10 a 12 anos de estudo, responde por aproximadamente 5% do risco de declínio cognitivo (Livingston et al., 2024). No Brasil, essa contribuição é ainda maior, alcançando 9,5% (Suemoto et al., 2025). Esses resultados evidenciam a maior vulnerabilidade da população brasileira a esse fator de risco e reforçam a importância de estratégias de educação ao longo da vida, como as desenvolvidas pelas Universidades Abertas à Pessoa Idosa (UNAPI), no âmbito do Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa (PAPI). Da mesma forma, o desenvolvimento do letramento digital pode ser incorporado às atividades de treino cognitivo em grupo do Cuida Mais, considerando sua compatibilidade com a proposta lúdica e participativa do Programa. Além de favorecer a inclusão digital, essas atividades contribuem para o fortalecimento da reserva cognitiva e para a manutenção da capacidade funcional na velhice (Lee; Lim; Nam, 2022; Carrasco-Dajer et al., 2024)

Entretanto, as evidências mais consistentes não estão em domínios isolados, mas na combinação deles. O estudo FINGER (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability), conduzido com pessoas de 60 a 77 anos em risco de declínio cognitivo, na Finlândia e na Suécia, testou uma intervenção multidomínio que combinou orientação nutricional, exercício físico, treino cognitivo, atividades sociais e manejo de fatores de risco vascular e metabólico, frente a um grupo de controle que recebeu apenas orientações gerais de saúde. Os resultados cognitivos do grupo de intervenção melhoraram entre 25% e 150% em 24 meses (Ngandu et al., 2015).

Essa lógica multidomínio foi recentemente replicada e confirmada em população latino-americana pelo estudo LatAm-FINGERS, o primeiro ensaio clínico randomizado a testar esse modelo de intervenção fora de contextos de alta renda, com 1.065 participantes de 60 a 77 anos recrutados em 11 países da América Latina, incluindo o Brasil (Crivelli et al., 2026). O grupo submetido à intervenção sistemática, que reuniu exercício físico supervisionado, orientação nutricional baseada na dieta MIND (Intervenção Mediterrânea-DASH para Retardar a Neurodegeneração), treino cognitivo computadorizado e manejo ativo de risco cardiovascular, apresentou ganho cognitivo global cerca de 55% maior ao longo de dois anos do que o grupo que recebeu apenas orientações gerais de saúde, com benefícios consistentes em memória episódica, função executiva e velocidade de processamento de informações (Crivelli et al., 2026). O estudo demonstrou ainda que esse tipo de intervenção multidomínio é viável mesmo em contextos de alta heterogeneidade socioeconômica e cultural, com boa adesão e retenção de participantes ao longo de dois anos, reforçando que o modelo não depende de condições típicas de países de alta renda para produzir resultados.



Robson Mafra

Estima-se que até 45% do risco de declínio cognitivo em nível global seja atribuível a fatores de risco modificáveis (Livingston et al., 2024), proporção que, para o Brasil, chega a 59,5% (Suemoto et al., 2025), reforçando que o potencial de impacto de uma estratégia como o Cuida Mais é, no contexto brasileiro, superior à média internacional. O LatAm-FINGERS oferece, nesse sentido, a evidência mais direta e geograficamente próxima de que essa estratégia funciona (Crivelli et al., 2026). Não se trata apenas de extrapolar resultados obtidos em populações europeias ou norte-americanas, mas de dados produzidos na própria região, com participantes de perfil sociodemográfico e epidemiológico semelhante ao público-alvo do Cuida Mais.

A participação social, por sua vez, funciona como conector entre os dois pilares anteriores. Evidências indicam que o engajamento em atividades sociais pode retardar o início do declínio cognitivo em até cinco anos, por meio do fortalecimento da reserva cognitiva, do estímulo a comportamentos saudáveis e da redução do estresse (Luo et al., 2020; Zhou et al., 2025; World Health Organization, 2026). Essa tendência de transformar abordagens centradas em doença em programas centrados na pessoa, inclusivos às pessoas idosas, é explicitamente incentivada pela própria OPAS (2022), que recomenda que essa transição seja estimulada e avaliada de forma multissetorial, com a participação de diversos parceiros, incluindo a sociedade civil, recomendação essa diretamente alinhada ao desenho do Cuida Mais e à sua governança intersetorial já apresentada neste Manual.

A relevância da atuação sobre esses fatores de risco se conecta diretamente ao modelo de trajetórias de envelhecimento saudável já apresentado nesta seção conceitual. Programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, como o Cuida Mais, atuam nas trajetórias de capacidade alta e estável e em declínio, contribuindo para retardar, não eliminar, a transição para trajetórias de perda significativa de capacidade, momento em que os cuidados de longa duração se tornam necessários.

Essa continuidade não deve ser confundida com institucionalização. Segundo a própria Organização Mundial da Saúde (2015), os cuidados de longa duração correspondem ao conjunto de atividades destinadas a assegurar que pessoas com perda significativa, ou em risco de perda significativa, da capacidade intrínseca mantenham um nível de capacidade funcional compatível com seus direitos básicos, suas liberdades fundamentais e sua dignidade humana (Organização Mundial da Saúde, 2015), podendo, e devendo sempre que possível, ser providos no domicílio e na comunidade, e não apenas em ambiente institucional.

Neste Manual, portanto, os cuidados de longa duração são compreendidos como horizonte natural de continuidade do cuidado à pessoa idosa, e não como um universo à parte, acionado apenas quando esgotadas as possibilidades de manutenção da capacidade funcional. Cabe, ainda assim, uma distinção quanto ao escopo operacional deste Manual: enquanto a Estratégia Cuida Mais atua preventivamente nas trajetórias de capacidade alta e estável e em declínio, por meio de atividade física, treino cognitivo e participação social de base comunitária, as modalidades mais intensivas de cuidados de longa duração, incluindo o apoio domiciliar e comunitário a pessoas em maior grau de dependência, bem como as Instituições de Longa Permanência para Idosas (ILPIs), quando indicadas, são tratadas em outras frentes do Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa, articuladas, mas não substituídas, pelo desenho comunitário e preventivo deste Manual.

2. MODELO OPERACIONAL DA ESTRATÉGIA CUIDA MAIS



2.1 OBJETIVO GERAL

Promover o **envelhecimento ativo e saudável da população idosa paranaense**, por meio da oferta continuada e territorializada de atividade física multicomponente e de treino cognitivo em grupo, associadas à participação social e à educação.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Contribuir** *para a manutenção da capacidade funcional e para a prevenção da fragilidade multidimensional da pessoa idosa;*
- **Ampliar** *e qualificar, nos municípios participantes, a oferta de exercícios físicos multicomponentes orientados à manutenção da mobilidade, ao treino de equilíbrio e à prevenção de quedas, ao fortalecimento muscular e à manutenção das atividades de vida diária, e à melhora da saúde cardiovascular, nos moldes descritos na Seção 2.3 deste Manual;*
- **Fortalecer**, *nos municípios participantes, as atividades de treino cognitivo em grupo voltadas à manutenção das funções executivas, da memória, da atenção, do raciocínio, da fluência verbal e da velocidade de processamento de informações, incorporando o letramento digital como estratégia de reforço da reserva cognitiva, nos moldes descritos na Seção 2.3 deste Manual;*
- **Implementar** *um protocolo de triagem breve da pessoa idosa participante, capaz de identificar precocemente sinais de vulnerabilidade clínico-funcional e de assegurar o encaminhamento oportuno à rede de saúde e assistência social;*
- **Fortalecer** *a participação social e a permanência da pessoa idosa na comunidade, reduzindo os riscos associados ao isolamento e à solidão, em atenção à diretriz II da Estratégia Cuida Mais Paraná;*
- **Incorporar** *o letramento digital e o letramento digital em saúde como eixo transversal das atividades de treino cognitivo e prática de exercícios físicos, ampliando o efeito protetor sobre a reserva cognitiva, sobretudo entre pessoas idosas com baixa escolaridade, fator de risco modificável de maior peso relativo no Brasil do que na média global;*
- **Produzir** *evidências locais e sistematizadas, a partir do monitoramento contínuo dos indicadores de participação e dos resultados funcionais e cognitivos, capazes de subsidiar, ao longo do tempo, uma primeira estimativa de custo-efetividade da Estratégia no contexto paranaense;*
- **Consolidar** *um modelo replicável de governança municipal, com equipe mínima definida e fluxos claros de coordenação entre o município, a Secretaria de Estado da Mulher, Igualdade Racial e Pessoa Idosa (SEMIPI) e a Secretaria de Estado do Esporte (SEES).*

2.3 PÚBLICO-ALVO

O **Manual da Estratégia Cuida Mais** é voltado às pessoas idosas do estado do Paraná, com abrangência potencial nos 399 municípios. Seu público-alvo é definido em dois níveis complementares: nível municipal e nível individual.

O **Programa Cuida Mais Paraná** adota como diretriz a democratização da participação, vedando qualquer restrição de acesso por padrão de desempenho, grau de capacidade funcional, renda, classe social, gênero, raça, deficiência ou qualquer outro critério discriminatório.

Os grupos de atividades têm caráter contínuo e permanecem abertos à inscrição, a qualquer momento, de pessoas idosas interessadas em participar, mediante preenchimento de ficha de inscrição junto à equipe local. Cabe ao profissional de Educação Física avaliar a necessidade de indicação de avaliação de saúde prévia, conforme a atividade ofertada.



Robson Mafra

Ainda que não haja recorte de renda ou classe social para participação, o Programa orienta que o município dê especial atenção à mobilização de pessoas idosas em situação de maior vulnerabilidade e risco social, em atenção ao princípio da equidade. No âmbito deste Manual, essa priorização é operacionalizada por meio do diagnóstico municipal e do mapeamento da população idosa, que devem orientar a equipe local na identificação de grupos, territórios e perfis prioritários, como pessoas idosas em maior grau de isolamento social, residentes em áreas rurais ou distritos afastados da sede municipal, ou com indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional e social mais elevados, identificados no protocolo de avaliação descrito em seção posterior, sem que isso configure barreira de acesso às demais pessoas idosas interessadas.

3. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO



Esta seção descreve, em nível operacional, uma sugestão dos passos que os municípios devem seguir para implementar a Estratégia Cuida Mais, a partir da estrutura mínima de referência para a implementação municipal (definição do coordenador municipal, contratação do profissional de Educação Física, mobilização do público-alvo e realização das atividades por, no mínimo, 12 meses).

3.1 Mapeamento Situacional do Município

Antes do início das atividades, a equipe local deve consultar o diagnóstico municipal do PAPI, que subsidiará as demais etapas da metodologia:

- *Perfil demográfico atualizado da população idosa local (número, distribuição etária e territorial);*
- *Levantamento da oferta já existente de serviços, programas e grupos voltados à pessoa idosa nas áreas da saúde, assistência social, esporte e cultura, para fins de potencialização de grupos já existentes;*
- *Identificação de parcerias técnicas potenciais no território;*

3.2 Equipe e formação

A execução do Manual observa a estrutura de equipe de referência da Estratégia Cuida Mais (para o detalhamento normativo da composição da equipe, ver o Guia Orientativo de Execução do Programa Cuida Mais Paraná), composta por:

- *Um* **(1)** *coordenador municipal, servidor público municipal, preferencialmente com vínculo permanente, responsável pela interlocução com a SEMIPI, pela supervisão das atividades e pela produção dos relatórios técnicos;*
- *Um* **(1)** *ou mais profissionais de nível superior da área de Educação Física, Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, com registro ativo no respectivo conselho profissional (Sistema CONFEF/CREF ou Sistema COFFITO/CREFITO), no caso da Educação Física, com formação em Bacharelado, com carga horária semanal mínima de 20 horas dedicadas ao Programa (aproximadamente 16 horas de atividades com os grupos e 4 horas de planejamento, estudo e mobilização), responsáveis pelo planejamento, condução e segurança das atividades.*

O Manual recomenda a incorporação, sempre que a capacidade orçamentária e institucional do município permitir, de uma equipe complementar composta por profissionais de nível superior e médio, tais como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, musicoterapeutas e oficineiros, entre outros.

No desenho deste Manual, essa equipe complementar cumpre função técnica específica: apoiar o profissional de Educação Física na aplicação do protocolo de avaliação descrito (em especial o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta, quanto aos domínios de mobilidade e funcionalidade, e o psicólogo, quanto aos domínios cognitivo e de humor). Cabe destacar, porém, que a condução das atividades pelo profissional de Educação Física não implica exclusividade técnica sobre todos os domínios trabalhados pela Estratégia.

No caso do treino cognitivo em particular, a literatura reconhece o terapeuta ocupacional como profissional de referência, com competência documentada para a implementação de programas estruturados em rotinas clínicas e comunitárias (Cruz et al., 2022; Collins et al., 2023; Campbell et al., 2024). Sempre que o município dispuser desse profissional na equipe complementar, recomenda-se que ele assuma, em conjunto com o profissional de Educação Física, papel central no planejamento e na condução das sessões de treino cognitivo, e não apenas de apoio técnico pontual. Todos os profissionais envolvidos, mínimos e complementares, devem participar das capacitações promovidas pela SEMIPI, pela SEES e pelo CEDIPI/PR.

3.3 Mapeamento dos espaços

A equipe local deve mapear os espaços disponíveis para a realização das atividades, priorizando espaços públicos e abertos como ruas, praças, parques, quadras esportivas, de modo a atender também ao objetivo de fomento ao direito à cidade e à ocupação dos espaços públicos pela comunidade. Onde existirem, devem ser priorizados os Espaços Amigos da Pessoa Idosa, centros comunitários promovidos pelo Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa, complementados por pátios, salas multiuso, ginásios e piscinas disponibilizados pelo município ou por parceiros, observados os critérios de infraestrutura adequada e acessibilidade. Em municípios de maior extensão territorial ou com distritos, recomenda-se a descentralização rotativa das atividades entre diferentes territórios.

Esse modelo de infraestrutura vem sendo ampliado no estado por meio dos Complexos Sociais Cidade da Pessoa Idosa, iniciativa do Governo do Paraná oficializada no final de julho de 2026, que prevê a construção de 11 novas unidades em diferentes regiões, com atendimento gratuito à população idosa por meio de exercícios físicos, serviços de saúde, oficinas e ações de convivência (Moreira, 2026).

3.4 Mapeamento da população idosa a ser atendida

A equipe local deve mapear a população idosa potencialmente elegível, cruzando os dados do Censo de 2022 com registros locais e identificando territórios, grupos e perfis prioritários segundo o princípio da equidade, sem que essa priorização configure restrição de acesso às demais pessoas idosas interessadas.

3.5 Fluxo operacional do Manual da Estratégia Cuida Mais

A implementação da Estratégia Cuida Mais nos municípios organiza-se em um fluxo contínuo de cinco etapas, sintetizado na Figura 2: planejamento das atividades, mobilização e divulgação, triagem breve da pessoa idosa, execução das atividades e monitoramento e acompanhamento. Mais do que uma sucessão linear de passos isolados, esse fluxo compõe um ciclo retroalimentado, no qual os resultados do monitoramento orientam os ajustes no planejamento das atividades seguintes, assegurando que a Estratégia permaneça responsiva ao perfil e às necessidades da população idosa identificadas ao longo da execução. As subseções a seguir detalham cada uma dessas etapas, com ênfase nos procedimentos, instrumentos e fluxos de encaminhamento que orientam a atuação da equipe local.

FIGURA 2. FLUXO OPERACIONAL DO MANUAL DA ESTRATÉGIA CUIDA MAIS



Fonte: A autora, 2026.
Nota: Imagem ilustrativa criada por Inteligência Artificial Chat GPT-5.5, 2026, sistematizando as cinco etapas de implementação descritas nesta Seção.

3.5.1 Planejamento das atividades

Com base nos passos anteriores a serem realizados pela equipe local, o profissional de Educação Física, em conjunto com o coordenador municipal e a equipe complementar, elaborará o planejamento específico das atividades a serem executadas, observando os seguintes elementos:

- ***Progressão:*** *os exercícios físicos e de treino cognitivo devem ser planejados em níveis crescentes de exigência, respeitando o ritmo de adaptação de cada grupo e permitindo a inclusão contínua de novos participantes, dado o caráter aberto dos grupos;*
- ***Adaptação:*** *o planejamento deve contemplar a pluralidade dos perfis e processos de envelhecimento, incluindo pessoas idosas com deficiência ou mobilidade reduzida, em atendimento à diretriz de democratização da participação;*
- ***Segurança:*** *cabe ao profissional de Educação Física, com apoio da equipe complementar quando disponível, zelar pela segurança e integridade das pessoas idosas durante as atividades, com atenção redobrada aos casos identificados como de maior vulnerabilidade na triagem.*
- ***Materiais:*** *o planejamento deve indicar os itens necessários à execução (kits esportivos, materiais de treino cognitivo, itens de proteção e segurança), a serem adquiridos com os recursos do cofinanciamento fundo a fundo;*
- ***Cronograma:*** *cada grupo deve realizar atividades com frequência mínima de 2 (duas) vezes por semana, recomendando-se 3 (três) sempre que houver condições locais, com duração mínima de 1 (uma) hora por sessão.*

3.5.2 Mobilização e divulgação

A mobilização do público-alvo é permanente e antecede, acompanha e sucede a execução das atividades, cabendo à equipe local **diversificar os canais utilizados** conforme a realidade de cada território. Sugere-se a utilização de recursos como, por exemplo, rádio, televisão, jornais e revistas locais, redes sociais e grupos de aplicativos de mensagens, carros de som, materiais impressos, cartazes, banners e faixas, visitas domiciliares, anúncios em reuniões comunitárias e parcerias com entidades da sociedade civil, associativas, sindicais, desportivas, educacionais, culturais e religiosas.

No âmbito deste Manual, recomenda-se que essa mobilização seja orientada pelo mapeamento da população idosa, priorizando canais e linguagens adequados aos territórios e perfis identificados como de maior vulnerabilidade, sem prejuízo da abertura da inscrição a qualquer pessoa idosa interessada.

3.5.3 Triagem breve da pessoa idosa

O Manual adota um protocolo de triagem em três etapas (Figura 3): a aplicação do IVCF-20, instrumento central e de uso obrigatório para todas as pessoas idosas atendidas pela Estratégia; os complementos de mobilidade e cognição, sugeridos pela equipe local quando identificados déficits nos domínios correspondentes do IVCF-20; e uma avaliação mais detalhada, também de caráter sugerido, quando necessária. As duas últimas etapas seguem o modelo de avaliação básica e aprofundada do ICOPE (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026), aplicado de forma complementar e não obrigatório, a critério da equipe local.

FIGURA 3. PROTOCOLO DE TRIAGEM



Fonte: A autora, 2026.

Nota: Imagem ilustrativa criada por Inteligência Artificial Chat GPT-5.5, 2026, sistematizando as etapas de triagem da população idosa.

Em qualquer uma das três etapas, quando identificados déficits que ultrapassem o escopo de atuação da equipe local ou sinalizem necessidade de cuidado especializado, a pessoa idosa deve ser encaminhada e referenciada à **Rede de Atenção à Saúde do município**, de modo a assegurar a continuidade do cuidado entre a Estratégia Cuida Mais e os demais pontos de atenção disponíveis no território.

3.5.3.1 Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20)

O IVCF-20 é adotado neste Manual como instrumento central de triagem. Desenvolvido e validado no Brasil (Moraes et al., 2016), o IVCF-20 é um questionário de aplicação rápida (5 a 10 minutos), que pode ser aplicado por profissionais não especialistas em geriatria e gerontologia, organizado em oito dimensões: idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e presença de comorbidades múltiplas (Figura 4). O instrumento examina as principais dimensões associadas ao risco de declínio funcional e óbito na população idosa, entre elas a idade, a percepção que a própria pessoa tem de sua saúde, o desempenho nas atividades cotidianas, os aspectos cognitivos e de humor, a capacidade de locomoção, a comunicação e a coexistência de múltiplas doenças (Moraes, 2024).

FIGURA 4. INFOGRÁFICO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL (IVCF-20)



Fonte: Elaboração própria, adaptada do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) (Moraes et al., 2016). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderneta Brasileira da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2026, p. 66–69.

Nota: A classificação de risco segue os estratos adotados neste Manual: 0 a 6 pontos (robusto), 7 a 14 pontos (pré-frágil) e 15 pontos ou mais (frágil). Imagem ilustrativa criada por Inteligência Artificial Chat GPT-5.5, 2026.

A partir da soma das pontuações das oito dimensões, obtém-se um escore de 0 a 40 pontos, que classifica a pessoa idosa em três estratos de risco clínico-funcional: **robusta** (0 a 6 pontos), **pré-frágil** (7 a 14 pontos) e **frágil** (15 pontos ou mais). Quanto mais alto o escore, maior o risco de declínio funcional e óbito (Moraes et al., 2016). Todas as ações propostas neste Manual, sejam elas de estímulo à mobilidade e à cognição, de encaminhamento para avaliação complementar ou de referenciamento à rede de atenção à saúde, têm como ponto de partida o resultado dessa classificação, cabendo ao ICOPE (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026) fornecer o modelo de continuidade do cuidado a partir de cada estrato identificado (Quadro 1).

QUADRO 1. ESTRATOS DE RISCO DO IVCF-20 E O QUE CADA UM ORIENTA NA ESTRATÉGIA CUIDA MAIS

Estrato	Pontuação IVCF-20	O que orienta na Estratégia Cuida Mais
Robusto	0 a 6 pontos	Participação nas atividades regulares de exercício físico, treino cognitivo e participação social, sem necessidade de avaliação complementar.
Pré-frágil	7 a 14 pontos	Aplicação dos complementos de mobilidade e/ou cognição, quando indicados, e acompanhamento com atenção redobrada da equipe local.
Frágil	15 pontos ou mais	Encaminhamento para avaliação mais aprofundada e para a rede de atenção à saúde, conforme o modelo de avaliação do ICOPE.

Fonte: Elaboração própria, com base em Moraes et al. (2016) e na Organização Pan-Americana da Saúde (2026).

O instrumento já integra a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde, o que assegura sua familiaridade para profissionais de saúde da rede e sua interoperabilidade com os fluxos de atenção primária (Brasil, 2025). Pode ser aplicado diretamente à pessoa idosa por qualquer profissional da área da saúde, com a confirmação das informações por um familiar ou acompanhante (Brasil, 2025).

Para os fins deste Manual, o IVCF-20 cobre os domínios de mobilidade e de cognição, os dois eixos estruturantes da Estratégia, ainda que de forma majoritariamente autorreferida, lacuna que os dois complementos dirigidos a seguir buscam qualificar.



3.5.3.2 Avaliação complementar

Quando identificado risco de declínio funcional pelo IVCF-20, sugere-se, sempre que possível, a realização de uma avaliação complementar ou encaminhamento para outros profissionais da rede.

3.5.3.2.1 Complemento de avaliação da mobilidade

Como a dimensão mobilidade do IVCF-20 é predominantemente autorreferida, recomenda-se complementá-la, sempre que a triagem sinalizar dificuldade de locomoção ou histórico de quedas, com o teste objetivo de levantar-se da cadeira, adotado pelo protocolo de avaliação básica do ICOPE (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026): a pessoa idosa deve levantar-se da cadeira cinco vezes seguidas, sem utilizar os braços de apoio; não conseguir completar a tarefa, ou levar mais de 14 segundos para fazê-lo, sugere perda de força e equilíbrio funcionalmente relevante (Figura 5). Por não depender de equipamento além de uma cadeira comum, o teste é compatível com a aplicação pelo profissional de Educação Física nos próprios espaços de realização das atividades, e seu resultado deve orientar diretamente os parâmetros de segurança e progressão do planejamento no próximo tópico.

FIGURA 5. TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA



Fonte: Adaptado do Manual de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa ICOPE (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026)
Nota: Imagem ilustrativa criada por Inteligência Artificial Chat GPT-5.5, 2026.

- ***Complemento de avaliação cognitiva***

Nos casos em que a triagem pelo IVCF-20 sinalizar possível alteração cognitiva, recomenda-se a aplicação do protocolo de avaliação básica de declínio cognitivo do ICOPE (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026), que combina a **evocação de três palavras** (por exemplo, flor, porta, arroz) com duas perguntas de orientação no tempo e no espaço (data completa do dia e local em que a pessoa se encontra); **erro** em qualquer uma das perguntas de orientação, ou **incapacidade de recordar** as três palavras, sugere a necessidade de avaliação mais detalhada (Figura 6). A opção por esse protocolo, e não por instrumentos externos, mantém a coerência com o referencial conceitual do ICOPE já adotado como base deste Manual, dispensando a introdução de instrumentos adicionais não incorporados à prática do Sistema Único de Saúde. Esse complemento não substitui a avaliação diagnóstica especializada, servindo apenas para qualificar o encaminhamento à rede de atenção à saúde quando indicado.

FIGURA 6. AVALIAÇÃO COGNITIVA COMPLEMENTAR



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa: orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. 2ª edição. Washington, DC: OPAS; 2026. p. 20.

Nota: O gatilho para aplicação deste protocolo (triagem pelo IVCF-20 sinalizando possível alteração cognitiva) é uma adaptação do fluxo definido pela Estratégia Cuida Mais Paraná, e não consta no protocolo original do ICOPE. Imagem ilustrativa criada por Inteligência Artificial Chat GPT-5.5, 2026.

3.5.3.3 Sinais de alerta em outros domínios da capacidade intrínseca

Embora os domínios de **vitalidade** (desnutrição), **função sensorial** (visão e audição) e **capacidade psicológica** (sintomas depressivos), integrem o protocolo de avaliação básica do ICOPE, não constituem objeto de avaliação estruturada por este Manual, por já se tratar de domínios complementares no desenho da Estratégia Cuida Mais. Ainda assim, sinais sugestivos de perda nesses domínios, como perda de peso ou de apetite, dificuldade visual ou auditiva relatada, ou queixas de tristeza, desesperança ou perda de interesse identificadas pela equipe local durante a triagem ou a convivência nas atividades, devem ensejar encaminhamento à rede de saúde e assistência social, sem que isso implique a criação de instrumentos ou rotinas adicionais de avaliação por parte da equipe da Estratégia Cuida Mais.

Ainda que não integrem o IVCF-20 ou o ICOPE, sugere-se, neste Manual, a incorporação da **participação social** e do **letramento digital** como itens adicionais, dado o papel da participação social como fator de proteção cognitiva e o papel do letramento digital como mecanismo contemporâneo de reserva cognitiva. Recomenda-se a inclusão, na ficha de inscrição ou em instrumento complementar breve, de itens simples sobre frequência de convívio social e familiaridade com o uso de dispositivos digitais, cujos resultados devem orientar o planejamento das atividades propostas.

O letramento digital e o letramento digital em saúde atravessam transversalmente todo o protocolo de triagem e as atividades de treino cognitivo, e não apenas o item específico descrito acima: tanto o preenchimento assistido de instrumentos digitais de acompanhamento quanto atividades lúdicas de familiarização com aplicativos e serviços digitais de saúde devem ser incorporados sempre que compatíveis com a proposta participativa do Programa Cuida Mais, reforçando o eixo transversal de educação continuada já apresentado na Introdução deste Manual.

3.5.4 Avaliação Aprofundada

O ICOPE prevê uma etapa de avaliação aprofundada, conduzida por profissionais da Atenção Primária à Saúde, com instrumentos específicos para cada domínio da capacidade intrínseca: na cognição, a Avaliação Cognitiva de Montreal (MoCA) ou instrumentos equivalentes; na locomoção, a velocidade de marcha e a *Short Physical Performance Battery* (SPPB); na vitalidade/nutrição, a Mini Avaliação Nutricional (MNA); na capacidade psicológica, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS); e, nos domínios sensoriais, testes de acuidade visual e auditiva (Organização Pan-Americana da Saúde, 2026). Todos os testes de rastreio mencionados foram validados para utilização na população brasileira.

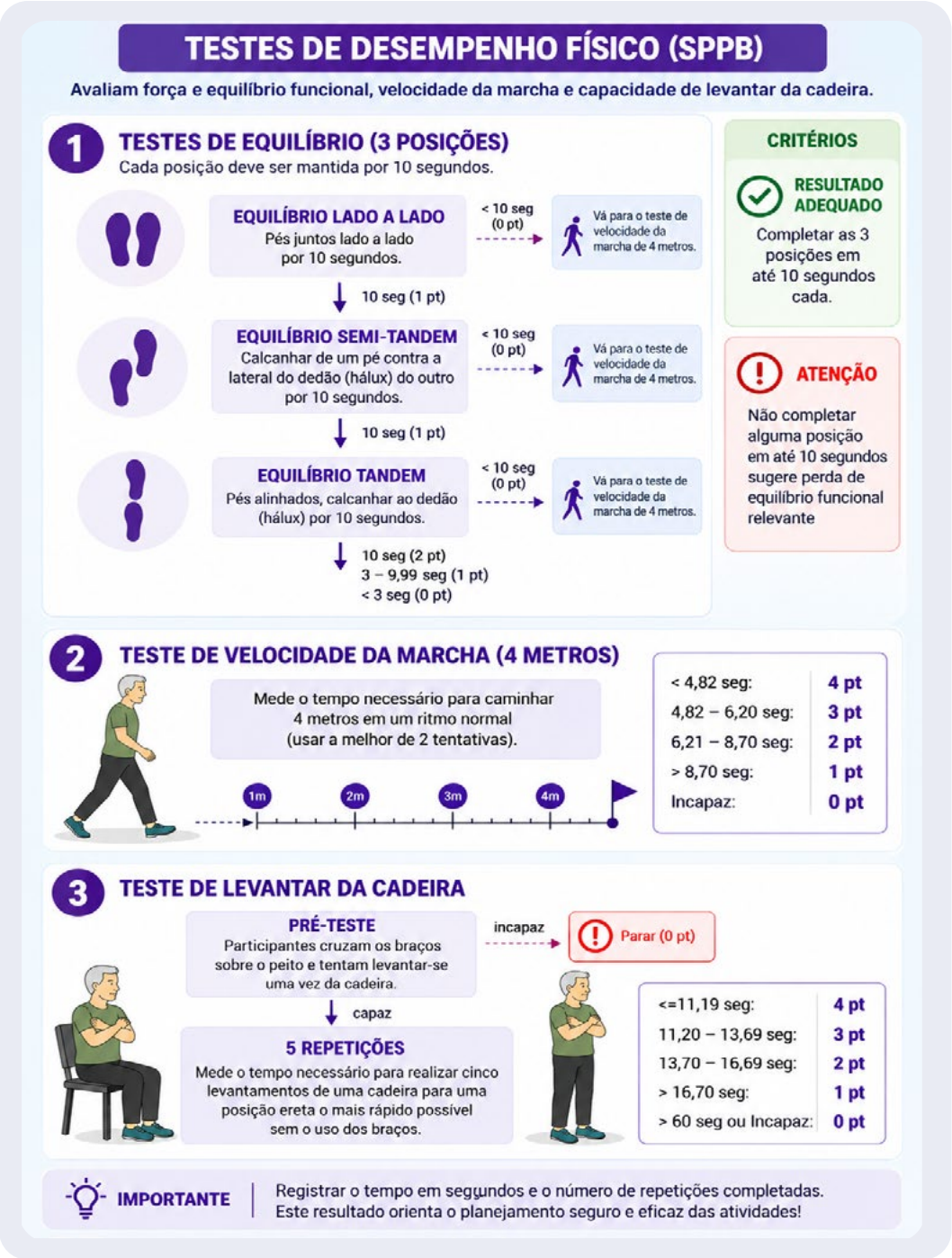
A aplicação desses instrumentos extrapola o escopo operacional deste Manual e não constitui atribuição da equipe da Estratégia Cuida Mais; sua menção aqui tem função exclusivamente orientadora, para que a equipe local reconheça, no momento do encaminhamento, qual tipo de avaliação a pessoa idosa poderá receber na rede de Atenção Primária à Saúde. Entre esses instrumentos, apenas a MoCA e a SPPB serão descritas de maneira detalhada neste Manual, por se relacionarem diretamente aos domínios de locomoção e cognição, eixos estruturantes da Estratégia Cuida Mais.

3.5.4.1 Avaliação aprofundada da locomoção

A *Short Physical Performance Battery* (Bateria Curta de Desempenho Físico) (SPPB) apresenta grande utilidade clínica por avaliar três domínios diretamente relacionados ao desempenho físico e à capacidade funcional da pessoa idosa: equilíbrio, força muscular de membros inferiores e velocidade da marcha (Silva et al., 2021; Guralnik et al., 1994).

Para avaliar o equilíbrio, o indivíduo deve permanecer em pé, sem apoio, em três posições distintas, mantendo cada uma delas por 10 segundos: com os pés juntos; com um pé posicionado parcialmente à frente do outro; e com um pé totalmente à frente do outro. Já a força muscular e a marcha são avaliadas em duas etapas: primeiro, verifica-se se o indivíduo consegue realizar as tarefas propostas, levantar-se e sentar-se na cadeira por cinco vezes seguidas e percorrer uma distância de 3 a 4 metros caminhando; em seguida, mede-se o tempo gasto para a execução de cada uma dessas tarefas (Figura 7) (Silva et al., 2021; Guralnik et al., 1994).

FIGURA 7. APLICAÇÃO DA *SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY* (SPPB)



Fonte: Adaptado de Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. J Gerontol. 1994;49(2):M85-94.

Nota: Imagem ilustrativa criada por Inteligência Artificial Chat GPT-5.5, 2026.

Cada componente recebe uma pontuação de 0 a 4 pontos, sendo **0** atribuído quando a pessoa não consegue realizar a tarefa e **4** atribuído ao melhor desempenho. A pontuação total varia de 0 a 12 pontos, sendo que valores mais elevados indicam melhor desempenho físico (Nakano, 2007; Cabral et al., 2024). A classificação pode ser realizada em três categorias ou quatro categorias:

Três categorias:

- *0 a 6 pontos: baixo desempenho;*
- *7 a 9 pontos: desempenho moderado;*
- *10 a 12 pontos: bom desempenho.*

Quatro categorias:

- *0 a 3 pontos: incapacidade/desempenho muito baixo;*
- *4 a 6 pontos: desempenho baixo;*
- *7 a 9 pontos: desempenho moderado;*
- *10 a 12 pontos: desempenho normal.*

Os escores para a população brasileira foram validados por Nakano (2007) e apontuação do SPPB, que avalia o desempenho físico funcional, é dividida em quatro níveis: **10** a **12** pontos - desempenho normal; **7** a **9** pontos - desempenho moderado; **4** a **6** pontos - baixo desempenho e **0** a **3** pontos - incapacidade.

3.5.4.2 Avaliação aprofundada da Cognição

O *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) é um instrumento de **avaliação neuropsicológica** que leva cerca de 15 minutos para ser aplicado e avalia domínios como atenção, funções executivas, memória, linguagem, habilidades visuoconstrutivas e orientação (César et al., 2019; Abreu, 2026). Criado originalmente como ferramenta de rastreio para identificar o comprometimento cognitivo leve (CCL), o teste adota uma pontuação de corte de 26 em um total de 30 pontos (Nasreddine et al., 2005), e tem se mostrado **mais sensível** que o MiniExame do Estado Mental (MEEM) para diferenciar pessoas com CCL daquelas com doença de Alzheimer (Freitas et al., 2013).

No entanto, esse ponto de corte único nem sempre reflete a realidade de populações com grande variação de escolaridade, como é o caso do Brasil. Pessoas com poucos anos de estudo tendem a pontuar mais baixo no teste mesmo sem apresentar nenhum prejuízo cognitivo real, o que pode levar a **diagnósticos equivocados** de comprometimento cognitivo quando na verdade a baixa pontuação reflete apenas a menor familiaridade com tarefas escolares e testes formais. Foi justamente para corrigir essa limitação que Apolinario et al. (2018) desenvolveram dados normativos para o MoCA e para sua versão reduzida, o MoCA-MIS (índice de memória), levando em conta a **idade e a escolaridade** de cada pessoa. Em vez de usar uma única nota de corte para todo mundo, os autores propuseram faixas de referência ajustadas a essas características, tornando a avaliação mais justa e mais precisa para a população brasileira, especialmente para os grupos com menor escolaridade, historicamente mal representados nos estudos originais do teste.

Ao considerar o uso de dados normativos, a pontuação obtida por cada participante é comparada não a um valor único, mas ao **desempenho esperado** para pessoas da mesma faixa etária e nível de escolaridade, o que resulta em um escore padronizado (escore z). Esse escore indica o quanto o resultado do indivíduo se afasta da média esperada para seu grupo, considerando que idade e escolaridade influenciam diretamente o desempenho no teste (Apolinario et al., 2018).

A interpretação realizada no estudo de validação seguiu a classificação: escores acima de −1,0 foram considerados dentro da normalidade; valores entre −1,0 e −1,4 foram interpretados como indicativos de possível comprometimento cognitivo; entre −1,5 e −1,9, como provável comprometimento cognitivo; e escores iguais ou inferiores a −2,0, como indicativos de comprometimento cognitivo evidente, padrão tipicamente observado em quadros demenciais (Apolinario et al., 2018).

Para fins de triagem, foi adotado o ponto de corte correspondente a um escore z ≤ −1,0 ou −1,5, dependendo do objetivo da aplicação, priorizando maior sensibilidade, de modo a identificar o maior número possível de casos com possível comprometimento (Apolinario et al., 2018). Essa abordagem permite uma avaliação mais adequada ao contexto brasileiro, marcado por grande heterogeneidade educacional, evitando que indivíduos com baixa escolaridade sejam classificados incorretamente como cognitivamente comprometidos apenas por não estarem familiarizados com tarefas de natureza escolar (Apolinario et al., 2018).

Os valores de referência (pontos de corte) ajustados por idade e escolaridade para o MoCA e o MoCA-MIS encontram-se detalhados em Apolinario et al. (2018), Tabelas 2 e 3, disponíveis no artigo original.

3.6 Execução das atividades

A execução das atividades organiza-se em quatro pilares complementares, articulados no mesmo espaço e na mesma rotina, sustentados pelas evidências científicas discutidas na Seção 2.3, em especial pela lógica multidomínio confirmada pelos estudos FINGER e LatAm-FINGERS (Ngandu et al., 2015; Crivelli et al., 2026):

- **Exercício físico multicomponente***: treino de equilíbrio e prevenção de quedas, conduzido pelo profissional de Educação Física nas modalidades de recreação, orientação de exercícios físicos e práticas esportivas adaptadas, voltada à manutenção do domínio de locomoção;*
- **Treino cognitivo em grupo***: por meio de tarefas lúdicas que estimulem funções executivas e outras funções cognitivas como memória, atenção, linguagem, raciocínio, velocidade de processamento de informações, incorporando o letramento digital como eixo transversal;*
- **Participação social***: fomentada pela própria dinâmica dos grupos abertos e contínuos e pelas atividades complementares. Ressalta-se o reconhecimento da participação social como fator de proteção cognitiva e como conector entre os demais pilares;*
- **Educação em saúde***: por meio de ações informativas de estímulo à nutrição adequada, ao enfrentamento de hábitos nocivos e a noções de autocuidado, acopladas à realização das atividades, preferencialmente com apoio da equipe complementar descrita na Seção 3.2.*

3.6.1 Grupo de Exercícios Físicos para Pessoas Idosas

Antes de dar início à escrita desse tópico, faz-se necessário destacar a diferença conceitual entre "atividade física" e "exercício físico". Enquanto a primeira envolve qualquer movimento que resulte em gasto calórico, o segundo envolve uma estruturação e planejamento de atividades com foco no aprimoramento das capacidades físicas (Deslandes; Oliveira; Silva, 2026).



A importância e os benefícios da prática de exercício físico para pessoas mais velhas e para todas as pessoas já é amplamente difundida e indicada. Entre os benefícios destacam-se: prevenção e controle de fatores de risco relacionados a doenças do coração e da circulação; redução de sintomas de depressão e ansiedade, melhora na função cognitiva; favorecimento e preservação da capacidade de se locomover; redução no risco de quedas; e fortalecimento da saúde dos ossos (Organização Mundial da Saúde, 2023).

As orientações sobre exercícios físicos devem levar em consideração a capacidade intrínseca e o ambiente físico e social da pessoa e as percepções culturais e a aceitabilidade da atividade física em seu contexto (OMS, 2023).

É recomendada a prática de exercícios físicos **multicomponentes**, que combinam atividades voltadas ao desenvolvimento da capacidade cardiorrespiratória, da força, do equilíbrio, da coordenação e da flexibilidade, por contribuírem para a melhora da maior parte dos domínios da capacidade intrínseca (Tiecker et al., 2024; Deslandes; Oliveira; Silva, 2026). Destaca-se, também, evidência atual sobre o efeito do treinamento com maior **demanda cognitiva**, conhecidos como exercícios de dupla tarefa, que demandam mais atenção. São exemplos, dança, lutas, *exergames*[4] e outras atividades em grupo (Deslandes; Oliveira; Silva, 2026).

Quanto a duração e frequência dos exercícios físicos as Diretrizes da OMS (2020) recomendam que pessoas idosas realizem, ao longo da semana:

- ***150 a 300 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos de intensidade vigorosa (ou combinação equivalente);***
- ***Atividades de fortalecimento muscular envolvendo os principais grupos musculares em 2 ou mais dias por semana;***
- ***Atividades multicomponentes que combinem equilíbrio funcional e treinamento de força, em 3 ou mais dias por semana, para reduzir o risco de quedas e melhorar a capacidade funcional;***
- ***Redução do tempo em comportamento sedentário, substituindo-o por atividade física de qualquer intensidade.***

O Consenso global sobre as recomendações ideais de exercícios físicos para promover a longevidade saudável em pessoas idosas, elaborado pela *International Conference on Frailty and Sarcopenia Research* (ICFSR) (Izquierdo et al., 2021), reforça que o treinamento de **força progressivo** deve ser um componente central dos programas de exercício para essa população. O documento destaca, ainda, a inclusão de exercícios de **potência muscular**, isto é, movimentos executados com maior velocidade na fase concêntrica (de contração), pela sua relevância na preservação da capacidade funcional. Os exercícios de potência são fundamentais para prevenção do risco de queda, uma vez que melhoram a capacidade de reação. Assim, esse conjunto de exercícios são importantes para pessoas idosas frágeis ou com sarcopenia, sendo seguro mesmo em idade muito avançada, quando adequadamente prescrito e supervisionado. O treino de **equilíbrio e a marcha** completam a base do modelo multicomponente (Izquierdo et al., 2021).

O programa VIVIFRAIL, citado pela OMS como referência dentro do próprio ICOPE (WHO, 2024), é um exemplo consolidado de programa multicomponente (força, potência, equilíbrio e marcha) estruturado por nível de capacidade funcional, com materiais gratuitos disponíveis para adaptação local.

O estudo *LatAm-FINGERS* (Crivelli et al., 2026), realizado em diversos países da América Latina, mostrou ainda que intervenções multidomínio que combinam exercício físico regular, orientação alimentar, treino cognitivo e manejo de fatores de risco cardiovascular trazem benefícios adicionais para a cognição de pessoas idosas em risco de declínio cognitivo, reforçando a importância de associar o grupo de exercícios a outras ações do cuidado integral à pessoa idosa.

3.6.1.1 Estrutura do Grupo de Exercícios Físicos

Grupos presenciais, organizados por unidade de saúde, Centro de Convivência, CRAS/CREAS, espaço comunitário parceiro ou complexo composto por uma média de 20 participantes por turma, permitindo supervisão adequada. Sugere-se a duração de 30 a 60 minutos e, quando

4. Exergames são jogos digitais que utilizam o movimento corporal como forma de interação entre o usuário e o jogo: os movimentos do jogador são captados por sensores e reproduzidos no ambiente virtual, estimulando, além de habilidades motoras, funções como atenção, memória e tomada de decisão (Santos; Seabra Junior; Araujo, 2024). Por combinarem exercício físico e demanda cognitiva, configuram uma forma de treino em dupla tarefa.

possível, que sejam realizadas 3 a 5 sessões presenciais supervisionadas, por semana, com orientação complementar para atividade física leve a moderada nos demais dias (Quadros 2 e 3).

Entre os componentes a serem trabalhados, destacam-se:

- *Força e potência muscular: por meio de exercícios multiarticulares, que integrem os componentes musculares essenciais para as atividades cotidianas;*
- *Equilíbrio e marcha: realizando apoio unipodal, marcha em linha, transposição de obstáculos baixos, mudança de direção, transferência de carga entre os membros;*
- *Atividade aeróbica: como caminhada, dança, circuitos funcionais de intensidade moderada;*
- *Flexibilidade e mobilidade: por meio de exercícios estruturados de alongamento e mobilidade*

— SUGESTÃO DE ESTRUTURA SEMANAL/MENSAL (INTERCALAR AS ATIVIDADES AO LONGO DOS ENCONTROS):

QUADRO 2. ESTRUTURA SEMANAL/MENSAL DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS

Componente principal por sessão	Observações
Multicomponente: força/potência + equilíbrio	Multicomponente: força/potência + equilíbrio
Aeróbico moderado (caminhada orientada, dança, circuito)	Pode ser em grupo ou orientação para prática autônoma
Multicomponente: força/potência + equilíbrio	Sessão principal em grupo, com supervisão
Alongamento / flexibilidade	Sessão em grupo com supervisão
Descanso ativo / mobilidade e alongamento leve	Orientar atividades incidentais (tarefas domésticas, caminhar para realizar compras)
Multicomponente: força/potência + equilíbrio + marcha	Sessão principal em grupo, com supervisão
Aeróbico moderado / atividade social (dança, caminhada em grupo)	Estimular convívio social e adesão
Descanso	Reforçar autocuidado, hidratação e sono

— EXEMPLO DE UMA SESSÃO PRESENCIAL

QUADRO 3. EXEMPLIFICAÇÃO DAS SESSÕES

Etapa	Duração	Conteúdo sugerido
1. Acolhimento e aferição	5–10 min	Roda de conversa, aferição de pressão arterial e frequência cardíaca quando indicado
2. Aquecimento	5–10 min	Marcha estacionária, mobilização articular ativa, exercícios respiratórios
3. Parte principal – Força/potência	15–20 min	Exercícios com peso do próprio corpo, faixas elásticas ou halteres leves, priorizando movimentos com velocidade controlada para atingir o objetivo de potência
4. Parte principal – Equilíbrio e marcha	10–15 min	Apoio unipodal assistido, marcha em linha, circuito de caminhada, obstáculos baixos, treino de dupla tarefa (cognitivo-motor)
5. Parte principal – Aeróbico (quando indicado)	10–15 min	Caminhada, dança, circuito funcional de intensidade moderada
6. Alongamento	5–10 min	Alongamentos, respiração, relaxamento
7. Encerramento	5 min	Registro de presença, orientações para casa, hidratação

Como apontado no item 4.6 deste manual, indica-se que a execução do programa seja **progressiva e adaptada** às necessidades específicas de cada pessoa idosa participante (atentar-se à classificação de pessoas idosas participantes do grupo – robustas, pré-frágeis e frágeis – e adaptar a realização dos exercícios). Inicia-se com baixa intensidade, com foco na execução correta do movimento, poucos exercícios, sem carga adicional com vistas à criação de vínculo, confiança e adesão dos participantes. Com o passar dos encontros são incorporadas as repetições, séries e uso de cargas externas como mini bands, halteres, caneleiras. Ao longo dos demais encontros, sugere-se a manutenção da frequência semanal com ajustes periódicos de carga a cada 4 ou 6 semanas, com reavaliação funcional a cada três meses.

Cuidados gerais antes de iniciar cada sessão:

- *Verificar uso de calçado adequado (fechado e antiderrapante) e vestimenta adequada;*
- *Incentivar e garantir hidratação antes, durante e após a atividade;*
- *Sempre realizar aquecimento e volta à calma;*
- *Certificar-se de que o ambiente é seguro, sem tapetes soltos, piso escorregadio ou obstáculos, com iluminação e ventilação adequadas;*
- *Ter à disposição um plano de ação para emergências e contato com o serviço de saúde de referência.*

Materiais e estrutura

- *Espaço amplo, com boa iluminação, arejado e com piso seguro (salão comunitário, quadra coberta, unidade de saúde, centro de convivência);*
- *Cadeiras firmes sem rodinhas (para exercícios de sentar-levantar e apoio);*
- *Faixas elásticas de diferentes resistências e/ou pequenos pesos (halteres leves, caneleiras, bastões);*
- *Cones, degraus baixos ou fitas para marcação de percurso (treino de marcha e obstáculos);*
- *Aparelho de som (para dança e atividades aeróbicas);*
- *Material básico de primeiros socorros e aferidor de pressão arterial, oxímetro e medidor de glicemia.*

Indicadores de monitoramento individual

- *Reaplicação do teste de levantar-se da cadeira (complemento de mobilidade) a cada 3 meses, para acompanhamento evolutivo;*
- *Registro do número de quedas quando relatadas;*
- *Frequência e adesão às sessões (indicador de processo);*
- *Registro de medidas antropométricas;*
- *Autopercepção de qualidade de vida, humor e disposição, por meio de perguntas simples aos participantes.*

3.6.2 Grupo de Treino Cognitivo

A proposta do grupo de intervenção cognitiva do Manual da Estratégia Cuida Mais fundamenta-se teoricamente no conceito de **treino cognitivo**, entendido como o uso de **tarefas padronizadas** e direcionadas ao trabalho de funções cognitivas específicas, como memória, atenção e funções executivas, ou de múltiplos domínios simultaneamente, com o propósito de que os ganhos obtidos se generalizem para as atividades da vida cotidiana dos participantes.

De acordo com a literatura científica, para pessoas idosas saudáveis, o treino cognitivo melhora o desempenho cognitivo no domínio treinado, com evidência classificada como de força moderada (Butler et al., 2018). De forma complementar, uma revisão Cochrane dedicada especificamente ao **treino cognitivo computadorizado** em pessoas cognitivamente saudáveis verificou que essa modalidade de treino pode levar a uma função cognitiva geral ligeiramente melhor ao final de 12 semanas, e que, comparado a não realizar nenhuma atividade, o treino pode melhorar levemente a memória ao final de seis meses (Gates et al., 2020). Esses achados são reforçados por uma metanálise que apontou efeitos positivos de intervenções cognitivas em idosos saudáveis e com comprometimento cognitivo leve (Forte et al., 2025).

Além da evidência internacional, o treino cognitivo também encontra respaldo em estudo conduzido no contexto brasileiro. Cruz et al. (2022), em ensaio clínico não randomizado com idosos saudáveis, aplicaram um protocolo de treino cognitivo individual, on-line, com 24 sessões, e observaram tamanho de efeito grande sobre a memória, o desempenho em testes de rastreio cognitivo, além de melhora significativa nos sintomas depressivos e em domínios de qualidade de vida, quando comparados a um grupo controle.

Diante desse conjunto de evidências, justifica-se a adoção do treino cognitivo como eixo teórico-metodológico da proposta, por se tratar de uma estratégia com base científica sólida, já testada em contexto brasileiro com idosos saudáveis, adequada ao público-alvo de programas de prevenção e manutenção funcional como a Estratégia Cuida Mais, e capaz de promover benefícios mensuráveis nas funções cognitivas trabalhadas, com potencial de repercussão positiva na autonomia, no humor e no desempenho cotidiano dos participantes.

3.6.2.1 Estrutura do Grupo de Treino Cognitivo

O Grupo de Treino Cognitivo é organizado por domínio cognitivo e combina duas frentes de atividade:

- *(a) tarefas de lápis e papel;*
- *(b) jogos comerciais de tabuleiro/cartas, escolhidos por mecânica e não por tema, de modo que cada jogo mobilize preferencialmente o domínio cognitivo trabalhado na sessão.*

Os grupos serão realizados de **maneira presencial** em unidades de saúde, Centro de Convivência, Complexos para pessoas idosas ou espaço comunitário parceiro. Recomenda-se que o grupo seja composto por 12 participantes por turma, número que permite rodadas de jogos e mediação do profissional quando necessário, com duração de 60 minutos a serem realizados 2 vezes na semana, totalizando 24 encontros.

Cada encontro combina explicação didática e ilustrativa do domínio cognitivo, tarefa de lápis e papel e um bloco de jogo comercial relacionado ao mesmo domínio, fechando com uma etapa de reflexão sobre o uso do domínio no cotidiano. As tarefas de lápis e papel permitem controle fino da graduação e do tempo de resposta. Por sua vez, os jogos comerciais introduzem competição/cooperação leve, humor e imprevisibilidade, elementos que sustentam a motivação ao longo de 24 encontros e favorecem a generalização do domínio treinado para um contexto social mais próximo do cotidiano. A alternância entre os dois formatos dentro da mesma sessão evita a fadiga e a monotonia relatadas como barreira em treinos exclusivamente estruturados. Os domínios cognitivos a serem treinados e suas definições incluem:

- **Orientação Espacial:** *é uma função cognitiva complexa que envolve a integração de informações sensoriais, atenção e memória, permitindo que o indivíduo se localize no ambiente em que está inserido (Tragantzopoulou; Giannouli, 2024).*
- **Orientação Temporal:** *refere-se à habilidade do indivíduo de situar-se no tempo, conforme estabelecido pelos calendários (Xavier et al., 2010).*
- **Atenção:** *é a capacidade de manter o foco diante de um estímulo específico (Meleiro et al., 2025). Para fins didáticos, costuma ser dividida em: atenção concentrada e sustentada, relacionada à manutenção do foco em uma atividade por períodos prolongados; atenção dividida, acionada quando há estimulação simultânea de diferentes processos sensoriais e automatizados, correspondendo à habilidade de executar duas tarefas ao mesmo tempo sem prejuízo do desempenho; atenção seletiva, que envolve direcionar o foco a um estímulo específico em meio a diversos estímulos concorrentes; e atenção alternada, que possibilita a troca do foco atencional entre diferentes tarefas (Miotto; Giuliani, 2023). A atenção está entre as funções mais sensíveis ao envelhecimento e à sobrecarga por múltiplas demandas simultâneas (Chariglione et al., 2018), afetando diretamente a segurança e a eficiência na realização de tarefas do dia a dia.*
- **Memória:** *processo cognitivo que permite registrar, armazenar e recuperar informações. É um termo amplo, que abrange diferentes tipos e mecanismos, associados a diversas regiões cerebrais (Cecchini et al., 2022). Quanto à duração, pode ser sensorial (menos de um segundo), de curto prazo (segundos a minutos) ou de longo prazo, sem limite de tempo (Shevlin, 2020). Quanto ao tipo de conteúdo, divide-se principalmente em memória explícita e implícita (Squire; Dede, 2015). A explícita envolve informações adquiridas conscientemente, que podem ser recordadas e verbalizadas, como experiências pessoais e conhecimentos acumulados. Ela se subdivide em memória semântica, episódica, prospectiva e autobiográfica (Strauss et al., 2006; Riedel; Blokland, 2015). A memória está entre os domínios com maior impacto percebido pelas próprias pessoas idosas no desempenho de tarefas cotidianas (Cruz, Pereira, Raymundo, 2022).*
- **Práxis:** *engloba a capacidade de planejar e executar gestos e o uso de objetos de forma proposital e sustenta atividades instrumentais como se vestir, cozinhar e usar utensílios (Cruz; Pereira; Raymundo, 2022).*

- **Planejamento:** *é a capacidade de organizar uma série de passos voltados à solução de um problema, partindo de uma meta estabelecida;*
- **Tomada de Decisão:** *processo por meio do qual a pessoa busca obter os melhores resultados possíveis, escolhendo respostas que gerem consequências favoráveis em cada situação (Cecchini et al., 2022);*
- **Raciocínio:** *consiste na organização de informações já conhecidas ou presumidas, de modo a gerar inferências ou conclusões. As soluções obtidas podem ser verificadas, indicando ao indivíduo se o objetivo pretendido foi atingido. Com base nessa evidência, a pessoa então decide manter ou modificar o raciocínio inicialmente construído (Radomski, 2013).*
- **Linguagem:** *A linguagem é a capacidade cognitiva que torna possível a comunicação entre os seres humanos, permitindo que o indivíduo manifeste suas ideias, desejos e sentimentos (Cecchini et al., 2022);*
- **Categorização:** *É uma função executiva que possibilita a organização conceitual (agrupar itens por características comuns), base para tarefas como organizar compras, remédios ou pertences (Cruz; Pereira; Raymundo, 2022);*
- **Flexibilidade Cognitiva:** *é a habilidade de mudar o foco do pensamento, raciocínio ou comportamento diante de novas demandas do ambiente (Cecchini et al., 2022);*
- **Controle Inibitório:** *é a capacidade de conter respostas inadequadas ou que não se alinham aos objetivos, bem como interromper ações já iniciadas (Cecchini et al., 2022);*
- **Habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas***: ambas estão ligadas a tarefas do dia a dia, como se orientar e localizar-se no espaço, ler e usar mapas (inclusive elaborar mapas mentais), deslocar-se por um ambiente, reproduzir ou desenhar figuras, além de imaginar e processar mentalmente imagens em duas e três dimensões (Cecchini et al., 2022);*
- **Criatividade:** *é a capacidade de produzir ideias originais e úteis, sendo compreendida como uma habilidade ou potencial de natureza cognitiva (Benedek et al., 2014). Pode também ser definida como o conjunto de capacidades que possibilitam ao indivíduo agir de formas novas e adaptativas em diferentes situações (Mouchiroud; Lubart, 2002).*

É importante destacar que os jogos comerciais de tabuleiro e/ou cartas são **recursos lúdicos** cuja mecânica favorece o domínio cognitivo em destaque na sessão. A escolha final, a graduação de regras e o nível de mediação devem ser definidos pelo profissional que conduz o grupo, conforme o desempenho e o perfil dos participantes.

Recomenda-se que a proposta a ser apresentada a seguir seja **revisada por um terapeuta ocupacional** responsável antes da implementação, com testagem prévia de cada jogo com o público-alvo específico e ajuste fino das regras conforme o perfil e a evolução de cada turma.

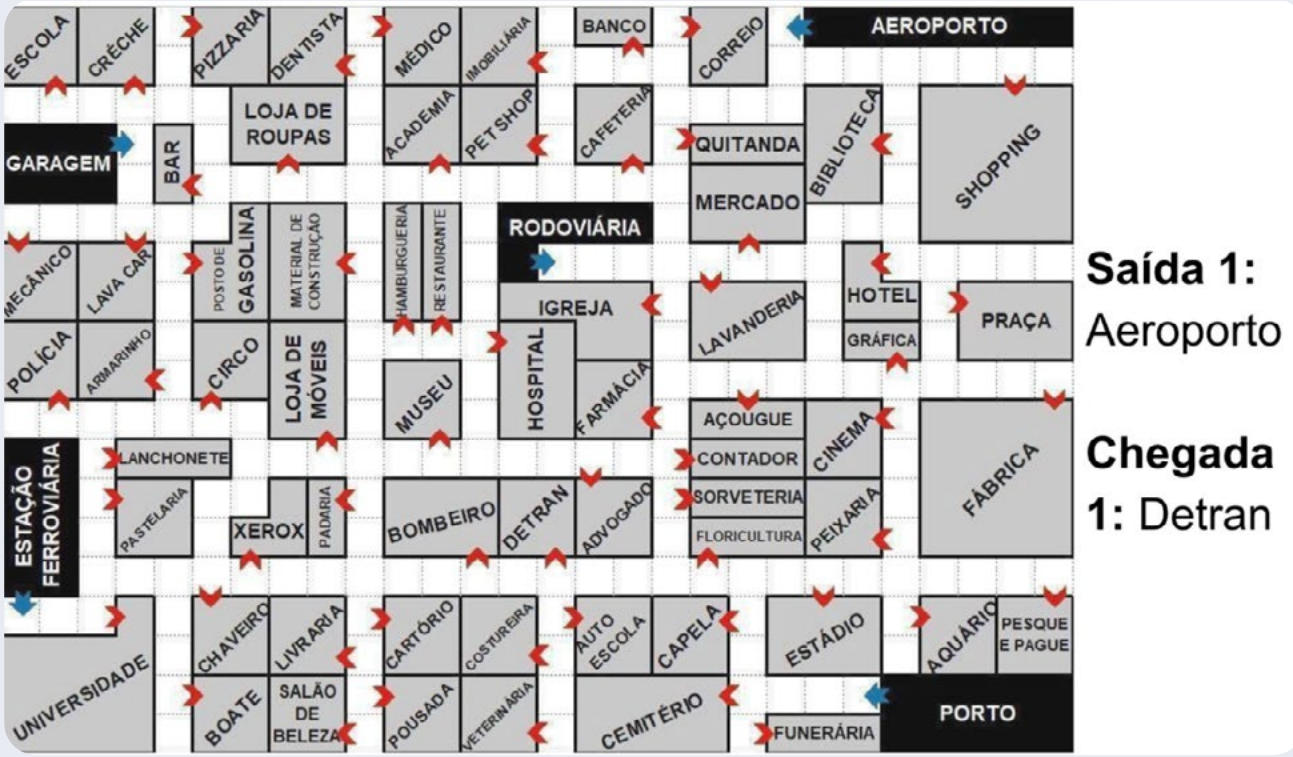
3.6.2.2 Operacionalização do Grupo de Treino Cognitivo

Cada domínio cognitivo a ser trabalhado é acompanhado de sua justificativa, das atividades de lápis e dos jogos sugeridos, com a devida justificativa de escolha, com base no estudo de Cruz, Pereira e Raymundo (2022). Esses elementos estão apresentados a seguir.

— ORIENTAÇÃO ESPACIAL

Sugestão de atividades lápis-papel: Verdadeiro ou falso sobre posições relativas (acima, abaixo, à direita, à esquerda) a partir de figuras; “Para onde eu vou” - orientar verbalmente um trajeto a partir de um mapa simples até um ponto determinado; Batalha naval em tabela 10x10 (coordenadas numéricas e alfabéticas); Labirintos a partir de comandos espaciais ditados pelo mediador.

Exemplo de atividade – Para onde eu vou?



Fonte: Cruz, Pereira e Raymundo (2022) (Solicitar permissão para uso).

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Imagine - Galápagos (Funções cognitivas estimuladas: habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas, criatividade, atenção, planejamento, memória e criatividade). **Fonte:** Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)



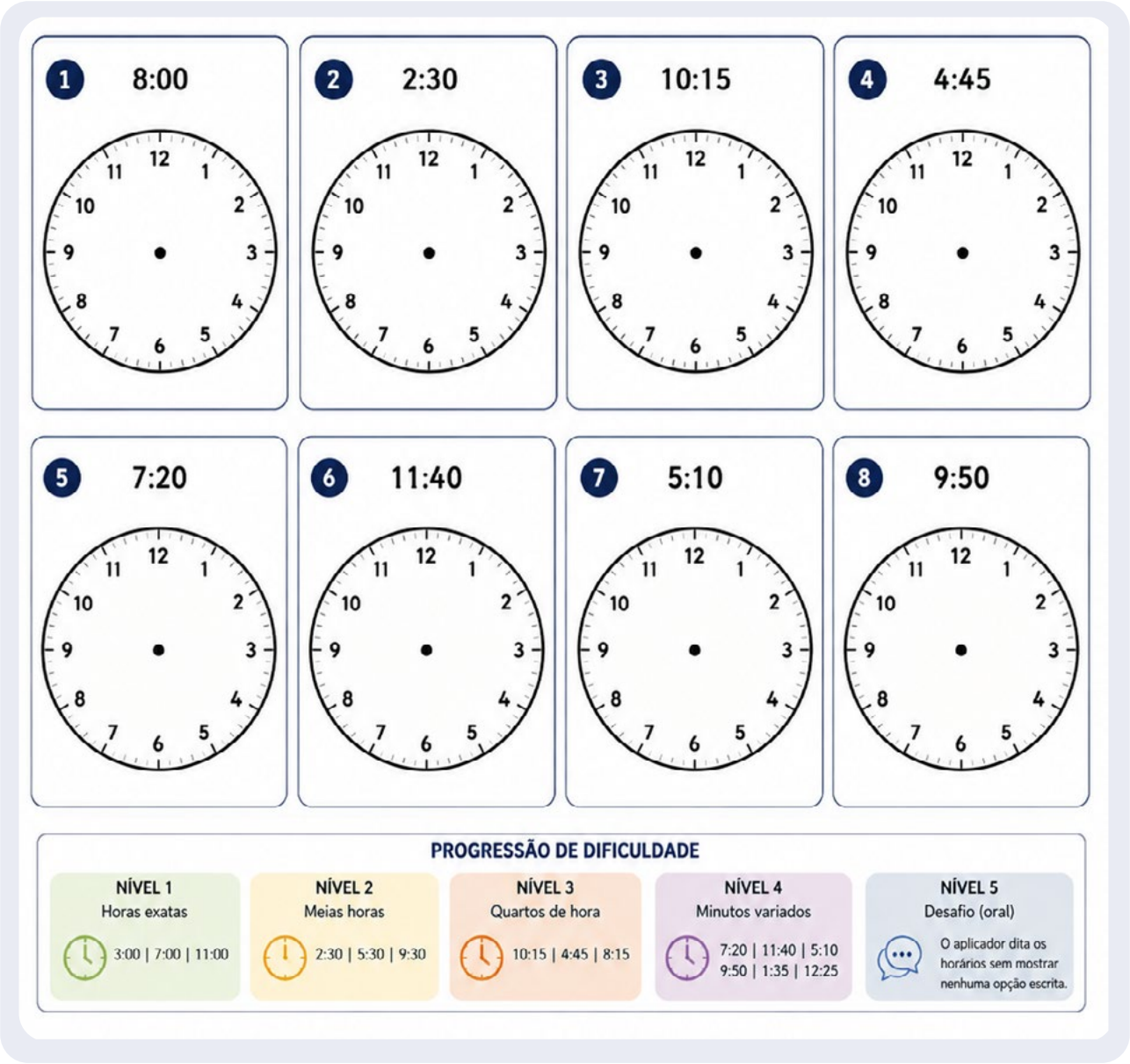
Fonte: Site Galápagos

— ORIENTAÇÃO TEMPORAL

Sugestão de atividades lápis-papel: "O que aconteceu?" (ordenar cronologicamente uma sequência de figuras que narram uma história); Desenho de relógios analógicos a partir de horários ditados; Ordenação cronológica de itens (do mais antigo ao mais recente); "Validade de produtos" (identificar itens vencidos em uma lista, mobilizando noção de data).

Exemplo de atividade – Desenho do relógio

Que horas são? Desenhe o ponteiro de acordo com os horários da imagem abaixo



Fonte: A autora, 2026

Nota: Imagem criada por Inteligência Artificial (Chat GPT-5.5), 2026.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Story Cubes – Bravo Jogos (Construção de história com base nas imagens sorteadas).

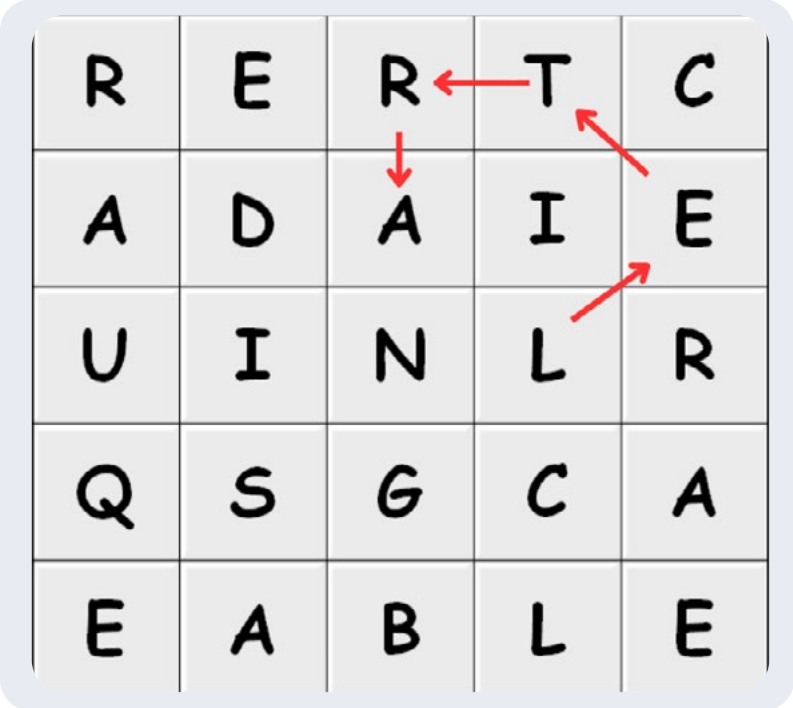


Fonte: Site Bravo Jogos (https://bravojogos.com.br)

— ATENÇÃO

Sugestão de atividades lápis-papel: "Enigma visual" (identificar o que mudou em um cenário após alteração de dois itens); Jogo das diferenças entre duas figuras semelhantes; "Palavra colorida" (tipo Stroop) (nomear a cor da tinta, ignorando a palavra escrita); Boggle adaptado em papel (formar o maior número de palavras a partir de um quadro de letras).

Exemplo de atividade – Boggle adaptado em papel



Fonte: Cruz, Pereira e Raymundo (2022) (Solicitar permissão para uso).

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: *Dobble* - Galápagos (exige atenção seletiva e sustentada, discriminação visual rápida e resposta imediata diante de múltiplos estímulos concorrentes).





Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

— MEMÓRIA

Sugestão de atividades lápis-papel: "Recordando" (lembrar e cantar músicas associadas às palavras pré-estabelecidas); "Genius" adaptado (observar e reproduzir uma sequência de cores); "Fui à feira" (repetir e acrescentar itens a uma lista cumulativa); "Fazendo compras" (memorizar uma lista e associá-la a corredores/categorias do mercado).

Exemplo de atividade – Recordação de músicas
Cante uma música com a palavra: amor; rosa; saudade; tempo; noite; coração; mundo.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: *Cortex* - Galápagos (composto por minidesafios cronometrados, como memorização de sequência de cartas, posição de objetos, trajetos).



Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

— PRÁXIS

Sugestão de atividades lápis-papel: realizar os movimentos de uma ação cotidiana sem utilizar objetos, como se fosse uma mímica.

Exemplo de atividade – Mímica
Segure uma garrafa de água e coloque a água no copo.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Telestrations - Galápagos (advinhar desenhos feitos à mão).



Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

— PLANEJAMENTO E TOMADA DE DECISÃO

Sugestão de atividades lápis-papel: "A viagem" (planejar, por escrito, todas as etapas para realizar uma viagem – data de início, data do término, transporte, estadia, alimentação, malas, medicamentos, reserva de passeios, entre outros); "Travessia" (estabelecer, por escrito, os passos para atravessar personagens por uma ponte com restrições); "Em que sequência moveria?" (ordenar passos necessários para retirar um carro de uma garagem lotada).

Exemplo de atividade – Planeje uma viagem para Foz do Iguaçu com a família
Por escrito, elenque todas as etapas para realizar uma viagem como, por exemplo, data de início, data do término, transporte, estadia, alimentação, malas, medicamentos, reserva de passeios, entre outros.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Jogo Bandido – Papergames (os jogadores devem unir forças e cartas para impedir o bandido de escapar da cadeia por túneis).



Fonte: Site Papergames (https://papergames.com.br/)

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: AZUL – Galápagos (jogo de azulejos coloridos em que cada peça escolhida precisa ser encaixada considerando as rodadas seguintes, sob risco de desperdiçar peças e perder pontos. O jogo mobiliza antecipação de consequências e planejamento sob restrição de recursos.)

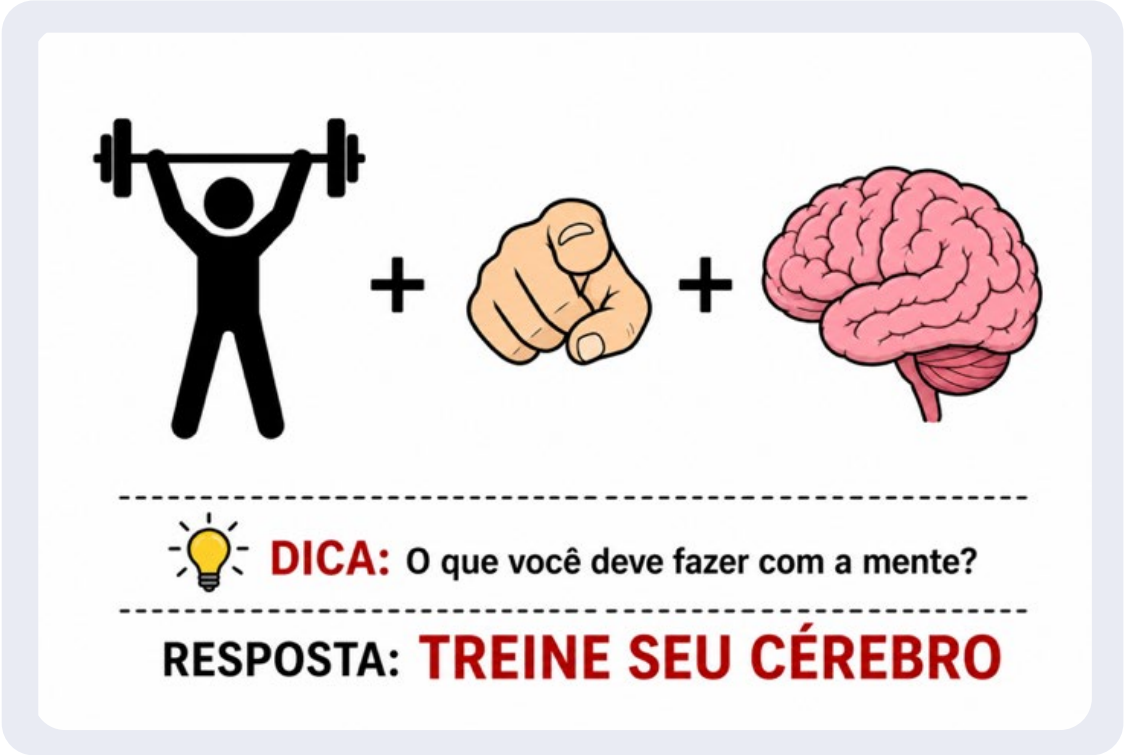


Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

— RACIOCÍNIO

Sugestão de atividades lápis-papel: "Escada de palavras" (associar palavras ligando a primeira à última da sequência); "Sequência de letras" (descobrir a letra faltante e verbalizar o raciocínio utilizado); Problemas lógicos e desafios mentais a partir de pistas escritas; Rébus (decifrar enigmas visuais).

Exemplo de atividade – Rébus
Descubra a frase por trás do enigma a seguir:



Fonte: A autora, 2026.

Nota: Imagem criada por Inteligência Artificial (Chat GPT-5.5), 2026.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas:
Córtex – Galápagos (completar padrões, identificar o item que não pertence ao grupo).

— LINGUAGEM

Sugestão de atividades lápis-papel: "Complete as palavras" (completar lacunas a partir de dicas verbais); "Expressões idiomáticas" (identificar provérbios representados por figuras); "Figuras de linguagem" (evocar expressões relacionadas a um tema (ex.: animais)); Stop com sílabas (escrever palavras iniciadas pela sílaba proposta).

Exemplo de atividade – STOP
Escrever palavras que comecem com as letras/ sílabas selecionadas, conforme a categoria.

Letra M:

NOME	ANIMAL	CIDADE	COR	PARTE DO CORPO

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Decrypto – Galápagos (decifrar enigmas por meio de mensagens codificadas).



Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

— CATEGORIZAÇÃO

Sugestão de atividades lápis-papel: Observar um grupo de figuras e identificar o tema comum entre elas; "Fazendo compras categorizando" (separar uma lista de compras em categorias); "SET adaptado em papel" (formar grupos de itens em que cada característica seja toda igual ou toda diferente).

Exemplo de atividade – Categorização
Observe as imagens e coloque cada uma na categoria correta.



Fonte: A autora, 2026.

Nota: Imagem criada por Inteligência Artificial (Chat GPT-5.5), 2026.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: SET – Galápagos (reunir três cartas em que tudo é igual ou tudo é diferente em cada uma das quatro categorias – cor, forma, quantidade e preenchimento).



Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

— FLEXIBILIDADE COGNTIVA

Sugestão de atividades lápis-papel: "Antes e depois" (alternar entre falar o número anterior e o número seguinte de um algarismo em destaque); "Troca dados" (alternar a regra de resposta conforme a soma das faces de dois dados); "Stroop" de tonalidades e animais (alternar entre nomear a cor e nomear a figura, conforme o comando).

Exemplo de atividade – Antes e depois
Na grade quando o número estiver em **preto** deve-se falar o número anterior. Quando estiver em **lilás** deve-se falar o próximo número.

13	25	7	3	35	63	42	9	11	6	35	18
59	88	4	6	71	19	15	43	61	13	67	91
10	70	31	14	78	57	5	66	1	23	65	37
68	97	37	67	31	24	42	29	71	42	62	82
95	67	5	21	9	38	69	41	96	90	4	25

Fonte: Cruz, Pereira e Raymundo (2022) (Solicitar permissão para uso).

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Córtex – Galápagos (Alternar deliberadamente a ordem das categorias de minijogos a cada rodada, forçando a troca de estratégia de resposta).

— CONTROLE INIBITÓRIO

Sugestão de atividades lápis-papel: "Nem sim, nem não" (responder a perguntas sem usar essas duas palavras); "Controle-se" (reagir a uma carta específica com uma expressão combinada, inibindo a resposta automática às demais);

Exemplo de atividade – Nem sim nem não
Para responder às perguntas abaixo, é proibido responder com **"sim"** ou **"não"** (responder em até 10 segundos).

Estamos no ano 2025?

Sua comida preferida é dobradinha?

Você mora no Canadá?

Você toca 10 instrumentos musicais?

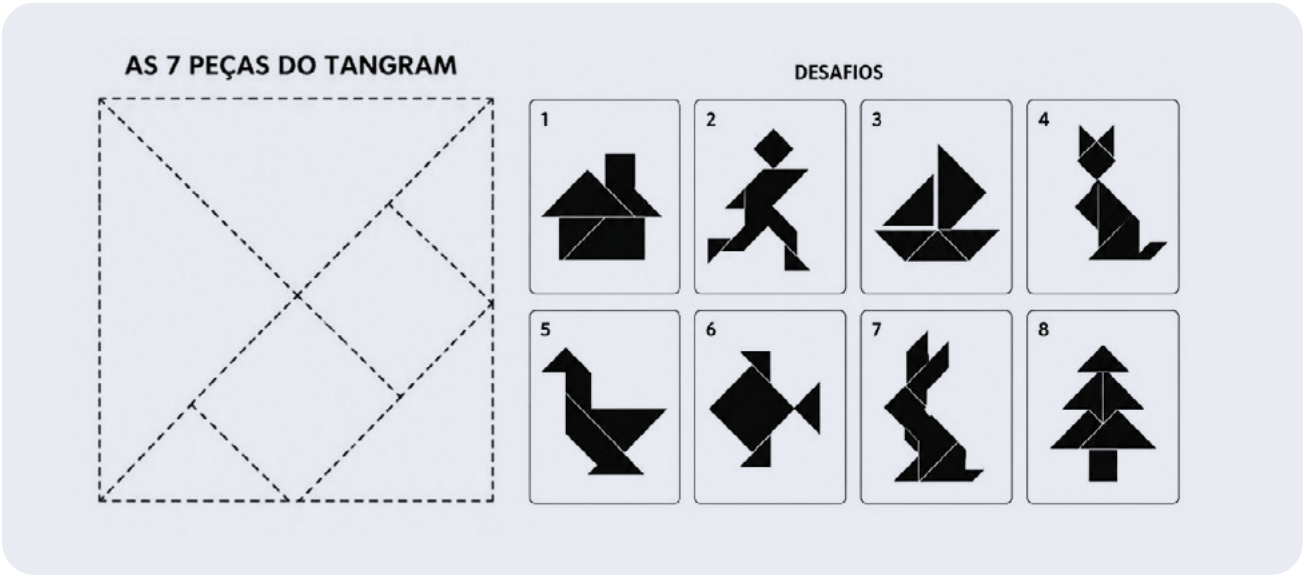
Você tem um biarticulado para levar a família para passear?

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Dobble – Galápagos (em rodadas com regra invertida, por exemplo, apontar o símbolo que não se repete, em vez do que se repete, o jogo passa a exigir inibição da resposta automática mais óbvia).

— HABILIDADES VISUOESPACIAIS E VISUOCONSTRUTIVAS

Sugestão de atividades lápis-papel: Tangram (montar a figura apresentada com sete peças, sem sobreposição); "ReDesenhando" (copiar uma imagem buscando a maior fidelidade possível ao modelo); Construção com palitos, talher e cotonete a partir de um modelo apresentado; dobraduras seguindo um modelo passo a passo.

Exemplo de atividade – Tangram
Utilizando as sete peças do Tangram (recorte-as), crie figuras sugeridas pelos desafios.



Fonte: A autora, 2026.

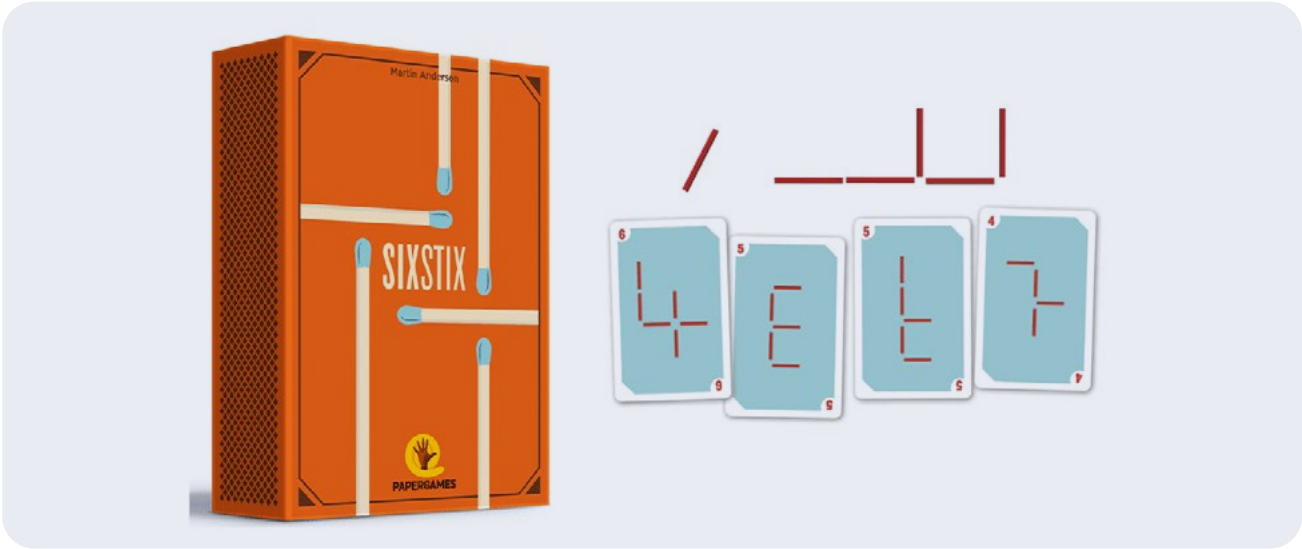
Nota: Imagem criada por Inteligência Artificial (Chat GPT-5.5), 2026.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: JENGA – Hasbro (precisão manual, julgamento de equilíbrio/distribuição de peso e coordenação entre percepção visual e ação motora).



Fonte: Site Hasbro (https://consumercare.hasbro.com/pt-br/where-to-buy)

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: SixStix – Papergame (quebra-cabeça visual que exige observação atenta do modelo e ajuste motor fino de cada palito).

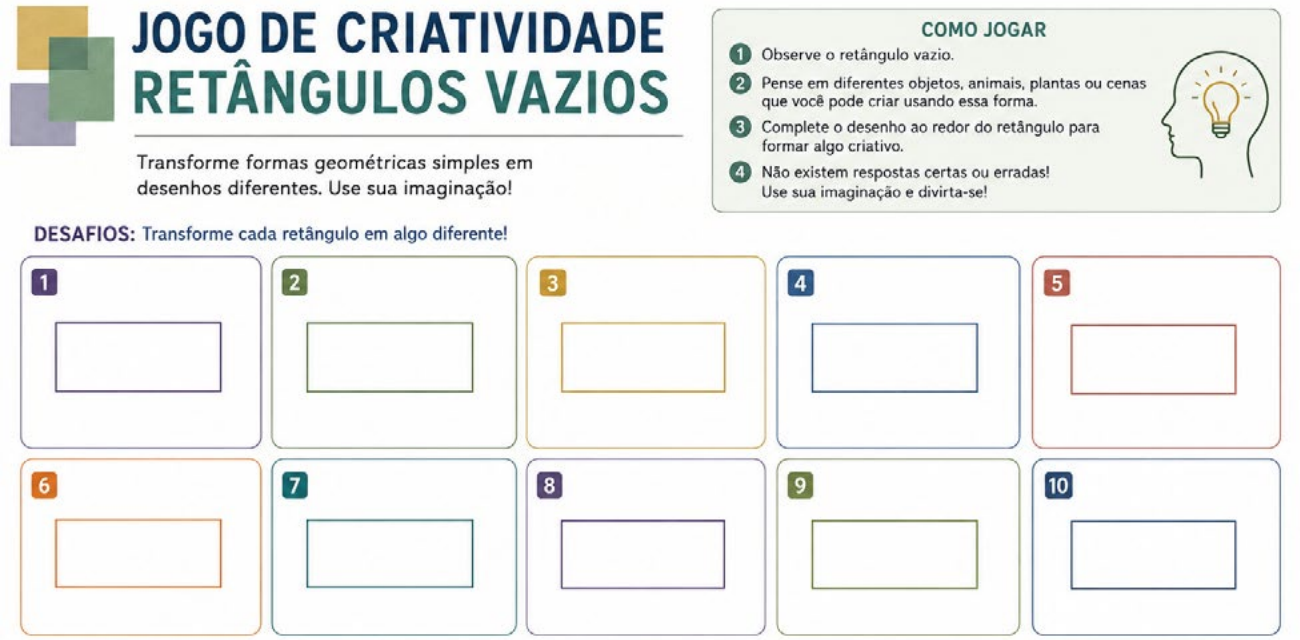


Fonte: Site Papergames (https://papergames.com.br/)

— CRIATIVIDADE

Sugestão de atividades lápis-papel: “Jogo dos sonhos” (contar uma história conexa a partir de imagens diversas); “Retângulos vazios” (transformar formas geométricas simples em desenhos diferentes); “Desenhe com formas” (criar um desenho a partir de uma forma geométrica predeterminada).

Exemplo de atividade – Retângulos vazios



Fonte: A autora, 2026.

Nota: Imagem criada por Inteligência Artificial (Chat GPT-5.5), 2026.

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Concept — Galápagos (desafia os jogadores a criarem sua própria forma de comunicação, oferecendo palavras que devem ser adivinhadas através da associação de ícones).



Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

Sugestão de jogos de tabuleiro/cartas: Imagine - Galápagos (Funções cognitivas estimuladas: habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas, criatividade, atenção, planejamento, memória e criatividade).



Fonte: Site Galápagos (https://loja.galapagosjogos.com.br/todos-os-produtos/categoria/B2C-Catalogo-Completo)

3.6.2.3 Proposta de Cronograma do Grupo de Treino Cognitivo

Para cumprir os domínios cognitivos listados em profundidade, os domínios com maior número de atividades descritas na seção 4.6.2.2 (Orientação Espacial, Orientação Temporal, Atenção, Memória, Práxis, Planejamento e Tomada de Decisão e Habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas) foram distribuídos em dois encontros cada, totalizando 24 encontros: três sessões teóricas (acolhimento e orientações, conceitos e encerramento) e 21 sessões práticas, cada uma com duração de 60 minutos (Quadro 4).

A sequência e o conteúdo dos encontros seguem a ordem apresentada no Quadro 5, mas o cronograma não deve ser entendido como um protocolo rígido de aplicação em 12 semanas consecutivas. O ritmo de realização dos encontros (semanal, quinzenal ou em outra periodicidade) pode ser adaptado pelo município conforme sua capacidade operacional e a disponibilidade do grupo.

Considerando que a execução da Estratégia Cuida Mais se estende por, no mínimo, 12 meses, a conclusão dos 24 encontros não encerra as atividades do grupo de treino cognitivo. Finalizado esse primeiro ciclo, recomenda-se que a equipe local planeje ciclos subsequentes, mantendo a organização por domínios cognitivos, mas com progressão do nível de dificuldade e diversificação das ferramentas utilizadas, como: atividades da seção 3.6.2.2 ainda não aplicadas ao grupo; novos jogos comerciais, de tabuleiro ou de cartas; atividades de letramento digital, com uso de aplicativos e jogos digitais de estímulo cognitivo; oficinas temáticas que articulem cognição e cotidiano (finanças domésticas, uso de medicamentos, deslocamentos na cidade); e atividades intergeracionais e culturais. A definição dos próximos ciclos deve considerar os resultados do monitoramento descritos na seção 3.7, as preferências manifestadas pelos participantes e a entrada contínua de novas pessoas idosas no grupo, que pode exigir a retomada dos encontros introdutórios.

QUADRO 4. PROPOSTA DE EXECUÇÃO

Nº	Semana	Domínio / Etapa	Conteúdo do encontro
1	**Sem. 1**	**Acolhimento**	Cronograma, acordos do grupo, apresentação dos participantes

Nº	Semana	Domínio / Etapa	Conteúdo do encontro
2	Sem. 1	Sobre o cérebro	Aula expositiva: cérebro, plasticidade e funções cognitivas no cotidiano
3	Sem. 2	Orientação Espacial (1/2)	Aula explicativa + verdadeiro/falso de posições relativas + “Para onde eu vou”
4	Sem. 2	Orientação Espacial (2/2)	Batalha naval + labirintos por comando verbal + reflexão sobre uso no cotidiano
5	Sem. 3	Orientação Temporal (1/2)	Aula explicativa + “O que aconteceu?” + desenho de relógios analógicos
6	Sem. 3	Orientação Temporal (2/2)	Ordenação cronológica + “Validade de produtos” + reflexão
7	Sem. 4	Atenção (1/2)	Aula explicativa + “Enigma visual” + jogo das diferenças
8	Sem. 4	Atenção (2/2)	“Palavra colorida” (Stroop) + Boggle adaptado em papel
9	Sem. 5	Memória (1/2)	Aula explicativa + “Recordando” (músicas) + “Genius” adaptado
10	Sem. 5	Memória (2/2)	“Fui à feira” + “Fazendo compras” por categoria + reflexão
11	Sem. 6	Práxis (1/2)	Aula explicativa + mímica de ações cotidianas sem objeto
12	Sem. 6	Práxis (2/2)	Mímica em duplas + reflexão sobre práxis nas AVDs
13	Sem. 7	Planejamento e Tomada de Decisão (1/2)	Aula explicativa + “A viagem” + “Travessia”
14	Sem. 7	Planejamento e Tomada de Decisão (2/2)	“Em que sequência moveria?” + rodada de Azul + reflexão sobre decisões tomadas
15	Sem. 8	Raciocínio	Aula explicativa + Escada de palavras + Rébus
16	Sem. 9	Linguagem	Aula explicativa + Stop com sílabas + Expressões idiomáticas

Nº	Semana	Domínio / Etapa	Conteúdo do encontro
17	**Sem. 10**	**Categorização**	Aula explicativa + categorização de figuras + SET adaptado em papel
18	**Sem. 11**	**Flexibilidade Cognitiva**	Aula explicativa + “Antes e depois” + Stroop de tonalidades/animais
19	**Sem. 12**	**Controle Inibitório**	Aula explicativa + “Nem sim, nem não” + “Controle-se”
20	**Sem. 13**	**Habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas (1/2)**	Aula explicativa + Tangram + “ReDesenhando”
21	**Sem. 13**	**Habilidades visuoespaciais e visuoconstrutivas (2/2)**	Construção com palitos/talher/cotonete + dobraduras + rodada de Jenga em grupo
22	**Sem. 14**	**Criatividade**	Aula explicativa + “Jogo dos sonhos” + “Retângulos vazios”
23	**Sem. 15**	**Sessão integradora**	Revisão livre combinando jogos preferidos do grupo em rodadas mistas
24	**Sem. 15**	**Encerramento**	Encerramento do grupo

Observação: parâmetros de referência para o dimensionamento de metas por município e para o número mínimo e máximo de participantes por grupo devem ser definidos pela coordenação estadual do Programa, considerando a capacidade operacional de cada território, e não são fixados neste Manual.

3.7 Monitoramento e acompanhamento

O Manual distingue duas dimensões complementares: o **monitoramento da execução da Estratégia** no município, voltado à verificação do cumprimento das metas e à prestação de contas; e o **acompanhamento das pessoas idosas participantes**, voltado à observação de sua evolução funcional e cognitiva ao longo da execução. Os instrumentos de registro e preenchimento de ambas as dimensões serão detalhados em material específico sobre os instrumentos de monitoramento, a ser disponibilizado aos municípios pela SEMIPI.

3.7.1 Monitoramento da execução

O monitoramento da execução apoia-se nos seguintes instrumentos e indicadores:

- **Indicadores de adesão:** *relacionados à inscrição da pessoa idosa no grupo e à sua participação em, no mínimo, 50% das atividades ofertadas (os parâmetros normativos desses indicadores constam do Guia Orientativo de Execução do Programa Cuida Mais Paraná);*
- **Listas de presença:** *registro da frequência e da regularidade da participação de cada pessoa idosa nos exercícios físicos, no treino cognitivo e nas atividades complementares. As listas devem ser apresentadas à SEMIPI, conforme a sugestão metodológica prevista em deliberação do CEDIPI/PR, e são a base para a análise da adesão e da participação;*
- **Relatório de execução:** *elaborado pelo município a partir de modelo disponibilizado pela SEMIPI, com o registro do desenvolvimento do Programa e das atividades complementares obrigatórias: no mínimo 1 (um) evento e 2 (duas) atividades intergeracionais ao longo da execução;*

- **Pesquisa de satisfação:** *aplicada ao público-alvo ao final de cada ciclo, conforme instrumentos já previstos pela SEMIPI e pelo CEDIPI/PR.*

Esse monitoramento é complementado por reuniões periódicas entre a equipe local, a SEMIPI, a SEES e, quando pertinente, o CEDIPI/PR. Elas permitem ajustes tempestivos no planejamento das atividades e na estratégia de mobilização sempre que os indicadores sinalizarem necessidade de mudança de rumo. As informações consolidadas compõem o Relatório de Gestão Físico-Financeira da prestação de contas do cofinanciamento fundo a fundo, aprovado pelo CMDPI e encaminhado à SEMIPI.

3.7.2 Acompanhamento das pessoas idosas participantes

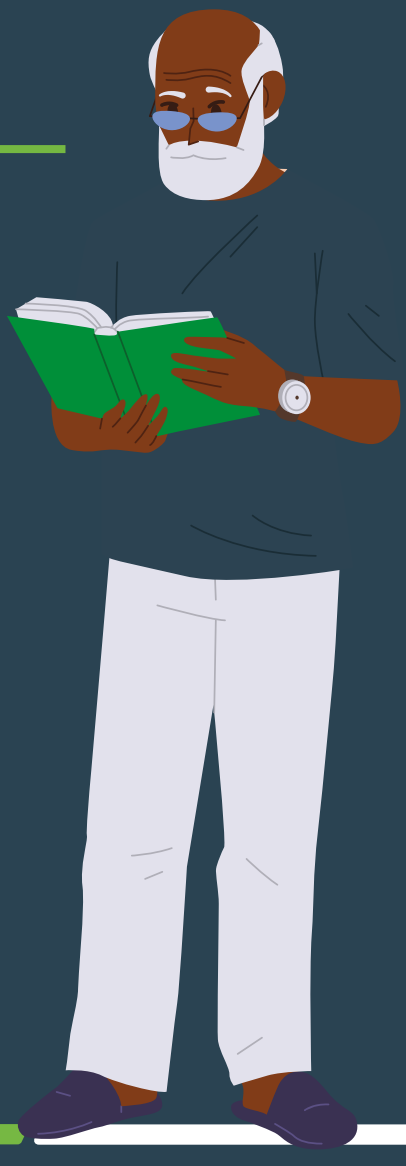
O acompanhamento individual tem por objetivo observar a **evolução e o desenvolvimento** de cada pessoa idosa ao longo da execução. Ele é feito pela reaplicação do IVCF-20 a cada seis meses, o que permite acompanhar a pontuação total, os domínios avaliados e eventuais mudanças de estrato de vulnerabilidade (robusto, pré-frágil ou frágil). Quando a **reaplicação** sinalizar possível alteração nos domínios de cognição ou de mobilidade, a equipe local aplica os **respectivos complementos** (a avaliação básica de declínio cognitivo do ICOPE e o teste de levantar-se da cadeira) a cada três meses, até a normalização do resultado. Nos demais casos, os complementos seguem a periodicidade semestral do IVCF-20. Diante de resultado alterado em qualquer um dos complementos, a pessoa idosa deve ser encaminhada para avaliação mais detalhada na rede de atenção à saúde.

Esses resultados individuais são consolidados, junto aos indicadores de adesão e participação descritos na **Seção 3.7.1**, no Relatório de Gestão Físico-Financeira que compõe a prestação de contas do cofinanciamento fundo a fundo, aprovado pelo CMDPI e encaminhado à SEMIPI. O sistema de indicadores cumpre, ainda, uma função que extrapola a prestação de contas imediata: ao permitir a comparação longitudinal entre os resultados funcionais e cognitivos das pessoas idosas participantes e o custo de execução da Estratégia, ele constitui o instrumento que, ao longo do tempo, pode gerar a primeira evidência local de custo-efetividade da Estratégia Cuida Mais Paraná. Essa é precisamente a lacuna que a literatura internacional deixa em aberto para o contexto brasileiro: a OCDE (2025) documenta o benefício econômico da promoção do envelhecimento saudável e do cuidado comunitário a partir de experiências internacionais, mas sem evidência equivalente produzida no Brasil.



Robson Mafra

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERÊNCIAS

ABREU, V. Testes de triagem cognitiva na prática clínica da Terapia Ocupacional. In: Oliveira, A. M. O.; Homem de Mello, P. C.; Buchain, P. **Terapia Ocupacional em Neuropsiquiatria e Saúde Mental**. São Paulo: Manole, 2026.

APOLINARIO, D. et al. Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Memory Index Score (MoCA-MIS) in Brazil: adjusting the nonlinear effects of education with fractional polynomials. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], p. 1-7, 2018. DOI: https://doi.org/10.1002/gps.4866.

BENEDEK, M. et al. Intelligence, creativity, and cognitive control: the common and differential involvement of executive functions in intelligence and creativity. **Intelligence**, v. 46, p. 73-83, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.intell.2014.05.007. Acesso em: 18 ago. 2026.

BONIFÁCIO, G.; GUIMARÃES, R. **Projeções populacionais por idade e sexo para o Brasil até 2100**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2021. (Texto para Discussão, n. 2698). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/. Acesso em: 22 jul. 2026.

BRASIL. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. **Censo 2022**:

número de idosos na população do país cresceu 57,4% em 12 anos. Brasília, DF, 27 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/acompanhe-a-secom/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 28 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. **Caderneta da pessoa idosa**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. **Nota Informativa nº 2/2025-COPID/DGCI/SAPS/MS**: orientação aos profissionais de saúde e gestores do SUS sobre a qualificação do registro de atendimento à pessoa idosa na Atenção Primária, com a inclusão do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC e-SUS APS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRASIL. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 2022.

BRASIL. Lei n.º 15.476, de 23 de julho de 2026. Cria o título Cidade Amiga do Idoso, a ser conferido aos municípios que se destacarem na adoção de políticas e iniciativas voltadas a assegurar tratamento digno e promover o envelhecimento ativo das pessoas idosas. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 jul. 2026. Disponível em: Base Legislação da Presidência da República – Lei nº 15.476/2026. Acesso em: 5 ago. 2026.

BUTLER, M. et al. Does cognitive training prevent cognitive decline? a systematic review. **Annals of Internal Medicine**, v. 168, n. 1, p. 63-68, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.7326/M17-1531. Acesso em: 22 jul. 2026.

CABRAL, V. S. et al. Capacidade intrínseca e mortalidade entre pessoas idosas residentes em uma microrregião de saúde de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, e230272, 2024. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562023026.230272.pt

CAMARANO, A. A. **Cuidados para a população idosa**: demandas e perspectivas. 2017.

Mimeografado.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Envelhecimento da População Brasileira: Contribuição Demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

CAMARANO, A. A. Well beyond the 60s? The impact of a pandemic on the growth of the older population. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 16, e0220036, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.53886/gga.e0220036.

CAMPBELL, J. et al. Evaluation of an occupational therapy led cognitive stimulation therapy programme in an integrated care programme for older persons. **Age and Ageing**, v. 53, n. S4, afae178.119, set. 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ageing/afae178.119. Acesso em: 18 ago. 2026.

CARRASCO-DAJER, C. M. et al. Impact of a culturally adapted digital literacy intervention on older people and its relationship with health literacy, quality of life, and well-being. **Frontiers in Psychology, Lausanne**, v. 15, art. 1305569, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1305569. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1305569. Acesso em: 5 ago. 2026.

CECCHINI, M. A. et al. Envelhecimento e Cognição: Memória, Funções Executivas, Linguagem e Habilidades Visuoespaciais. In: Fretas, E. V.; Py, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 5. ed. Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2022.

CESAR, K. G. et al. MoCA test: normative and diagnostic accuracy data for seniors with heterogeneous educational levels in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 77, n. 11, p. 775-781, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0004-282X20190130. Acesso em: 22 jul. 2026.

CHARIGLIONE, I. P. F. S.; JANCZURA, G. A.; BELLEVILLE, S. Cognitive interventions to improve memory in healthy older adults: the use of Canadian (MEMO) and Brazilian (Stimullus) approaches. **Estudos de Psicologia**, v. 23, n. 1, p. 2-13, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180002. Acesso em: 18 ago. 2026.

COLLINS, K. et al. Occupational therapist led cognitive stimulation therapy: feasibility of implementation. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 90, n. 1, p. 68-78, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1177/00084174221115284. Acesso em: 18 ago. 2026.

CRIVELLI, L. et al. Multidomain lifestyle intervention for the prevention of cognitive decline in at-risk older adults in Latin America (LatAm-FINGERS): a single-blind, multicentre, randomised controlled trial. **The Lancet**, London, v. 408, n. 10493, p. 417–429, 1 ago. 2026. DOI: 10.1016/S0140-6736(26)01278-X. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)01278-X. Acesso em: 5 ago. 2026.

CRUZ, G. P.; PEREIRA, L. S.; RAYMUNDO, T. M. Treino cognitivo para idosos sem déficit cognitivo: uma intervenção da terapia ocupacional durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, e3030, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22963030. Acesso em: 18 ago. 2026.

CURITIBA (PR). Prefeitura Municipal. **Curitiba já tem mais idosos que crianças e adolescentes, diz IBGE**. Notícias, Curitiba, 17 abr. 2026. Disponível em: https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-ja-tem-mais-idosos-que-criancas-e-adolescentes-diz-ibge/82694. Acesso em: 22 jul. 2026.

DESLANDES, A. C.; OLIVEIRA, D. V.; SILVA, T. C. Tratamento multidisciplinar: profissional de educação física. In: FONSECA, A.; RAYMUNDO, T. M.; ARANTES, A. M. B. Demênicas: cuidado multidisciplinar. Rubio: Rio de Janeiro, 2026.

DUMITH, S. de C. et al. Evolução do índice de envelhecimento populacional no Brasil (1991–2022): análise temporal e determinantes sociodemográficos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 29, e250185, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562026029.250185.pt. Acesso em: 28 jun. 2026.

FARIA, R.; SPODE, P. O envelhecimento populacional brasileiro sob uma perspectiva regional e urbana. **GEOUSP** – Espaço e Tempo, São Paulo, v. 28, n. 3, e221106, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.11606/issn.2179-0892.geousp.2024.221106pt. Acesso em: 22 jul. 2026.

FOSTER, L.; WALKER, A. Active ageing across the life course: towards a comprehensive approach to prevention. **BioMed Research International**, v. 2021, Article 6650414, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1155/2021/6650414. Acesso em: 5 ago. 2026.

FORTE, G. et al. Evaluating the effectiveness of cognitive interventions for healthy and mild cognitive impairment adults: a comprehensive umbrella meta-analysis. **Journal of Aging Research**, v. 2025, e4397025, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1155/jare/4397025. Acesso em: 18 ago. 2026.

FREITAS, S. et al. Montreal cognitive assessment: validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease. **Alzheimer Disease & Associated Disorders**, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 37-43, jan./mar. 2013. DOI: https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3182420bfe.

GATES, N. J. et al. Computerised cognitive training for 12 or more weeks for maintaining cognitive function in cognitively healthy people in late life. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, eCD012277, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD012277.pub3. Acesso em: 18 ago. 2026.

GURALNIK, J.M.; WINOGRAD, C.H. Physical performance measures in the

assessment of older persons. Aging Clin. Exp. Res. v.6, p.303-305, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Tabela 1209 — População, por grupos de idade. Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA). Disponível em: https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1209. Acesso em: 22 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2025. Rio de Janeiro: IBGE, 2026. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/. Acesso em: 22 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Expectativa de vida chega a 76,6 anos em 2024**. Agência IBGE Notícias, Rio de Janeiro, 28 nov. 2025. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/45275-expectativa-de-vida-chega-a-76-6-anos-em-2024. Acesso em: 22 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022:** população por idade e sexo: pessoas de 60 anos ou mais de idade: resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/. Acesso em: 22 jul. 2026.

IZQUIERDO, M. et al. International exercise recommendations in older adults (ICFSR): expert consensus guidelines. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 25, n. 7, p. 824-853, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s12603-021-1665-8. Acesso em: 18 ago. 2026.

LEE, H.; LIM, J. A.; NAM, H. K. Effect of a digital literacy program on older adults' digital social behavior: a quasi-experimental study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 19, n. 19, art. 12404, 2022. DOI: 10.3390/ijerph191912404. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph191912404. Acesso em: 5 ago. 2026.

LEONE, E. **Envelhecimento populacional e força de trabalho no Brasil**: diferenças segundo o nível socioeconômico. Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 2025. (Texto para Discussão, n. 489). Disponível em: https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/TD/TD489.pdf. Acesso em: 22 jul. 2026.

LIVINGSTON, G.; HUNTLEY, J.; LIU, K. Y.; COSTAFREDA, S. G.; SELBÆK, G.; ALLADI, S. et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission. **The Lancet**, London, v. 404, n. 10452, p. 572–628, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)01296-0. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0. Acesso em: 5 ago. 2026.

LUO, M. et al. Social engagement pattern, health behaviors and subjective well-being of older adults: an international perspective using WHO-SAGE survey data. **BMC Public Health**, Londres, v. 20, art. 99, 2020. DOI: 10.1186/s12889-019-7841-7. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-019-7841-7. Acesso em: 5 ago. 2026.

MELEIRO, A. M. A. S. et al. Mudanças cognitivas e comportamentais no envelhecimento saudável. In: SUDO, F.; BERTOLA, L.; ALVES, G. S. **Diagnóstico e tratamento das demências e outros transtornos cognitivos**: um guia para a realidade brasileira. Belo Horizonte: Ampla, 2025.

MIOTTO, E. C.; GIULIANI, R. P. R. Envelhecimento cognitivo e comportamento saudável. In: BERTOLA, L.; KOCHHANN, R. **Neuropsicologia do envelhecimento**. Belo Horizonte: Ampla, 2023.

MORAES, E. N. **IVCF-20** – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional. Belo Horizonte: Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG, 2024. Disponível em: https://www.ivcf20.org/. Acesso em: 15 ago. 2026.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 81, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006963.

MOREIRA, J. 11 cidades do Paraná vão ganhar complexos com piscinas, oficinas e médicos para idosos. **Tribuna do Paraná**, Curitiba, 12 ago. 2026. Disponível em: https://www.tribunapr.com.br/noticias/parana/cidades-parana-complexos-idosos/. Acesso em: 15 ago. 2026.

MOUCHIROUD, C.; LUBART, T. Social creativity: a cross-sectional study of 6- to 11-year-old children. **International Journal of Behavioral Development**, v. 26, n. 1, p. 60-69, 2002. Disponível em: https://doi.org/10.1080/01650250042000591. Acesso em: 18 ago. 2026.

NAKANO, M. M. **Versão brasileira da Short Physical Performance Battery** – SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

NASREDDINE, Z. S. et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 53, n. 4, p. 695-699, abr. 2005. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

NAYLOR, R. et al. Reabilitação neuropsicológica e estimulação cognitiva nas demências. In: SUDO, F.; BERTOLA, L.; ALVES, G. S. **Diagnóstico e tratamento das demências e outros transtornos cognitivos**: um guia para a realidade brasileira. Belo Horizonte: Ampla, 2025.

NGANDU, T. et al. A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. **The Lancet**, London, v. 385, n. 9984, p. 2255–2263, 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60461-5. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **The economic benefit of promoting healthy ageing and community care**. Paris: OECD Publishing, 2025. (OECD Health Policy Studies). DOI: https://doi.org/10.1787/0f7bc62b-en

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf. Acesso em: 22 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Década do Envelhecimento Saudável**: relatório de linha de base. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2020. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/338677/9789240017900-eng.pdf. Acesso em: 22 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Promoción de la actividad física para las personas mayores**: juego de herramientas para la acción. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023. Disponível em: https://iris.who.int/handle/10665/374873. Acesso em: 16 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Década do Envelhecimento Saudável**: relatório de linha de base. Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.37774/9789275726587. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cidades e comunidades amigas das pessoas idosas**. Washington, D.C.: OPAS, [s.d.]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/cidades-e-comunidades-amigas-das-pessoas-idosas. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Com apoio da OPAS, Brasil passa a integrar Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas da OMS**. Brasília: OPAS, 23 mar. 2026. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/23-3-2026-com-apoio-da-opas-brasil-

passa-integrar-rede-global-cidades-e-comunidades-amigas. Acesso em: 5 ago. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa**: orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. 2. ed. Washington, D.C.: OPAS, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.37774/9789275730317. Acesso em: 5 ago. 2026.

PARANÁ. Lei n.º 22.189, de 13 de novembro de 2024. Institui o Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, Curitiba, PR, 13 nov. 2024.

PARANÁ. Decreto nº 12.862, de 2 de março de 2026. Regulamenta a Lei nº 22.189, de 13 de novembro de 2024, que institui o Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, Curitiba, n. 12.096, 2 mar. 2026.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Mulher, Igualdade Racial e Pessoa Idosa. **Programa Paraná Amigo da Pessoa Idosa**: guia orientativo para aderir ao programa. 2. ed. Curitiba: SEMIPI, 2026. Disponível em: https://www.paranaamigodapessoaidosa.pr.gov.br/sites/amigo-pessoa-idosa/arquivos_restritos/files/documento/2026-04/guia_municipios_25mar.pdf. Acesso em: 3 nov. 2026.

PINHEIRO, M. M. S. **Políticas públicas baseadas em evidências (PPBEs):** delimitando o problema conceitual. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2020. (Texto para Discussão, n. 2554). Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/3834115b-8628-499c-b808-7cefa46febce. Acesso em: 22 jul. 2026.

PRINCE, J. B. et al. Cognitive and neuroscientific perspectives of healthy ageing. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, Oxford, v. 161, art. 105649, 2024. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2024.105649. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105649. Acesso em: 5 ago. 2026.

QUEIROZ, João Victor Rocha de; JESUS, Jordana Cristina de; OJIMA, Ricardo. A transição demográfica no Brasil e o Fundo de Participação dos Municípios. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, v. 28, n. 65, e6571171, jan./abr. 2026. DOI: https://doi.org/10.1590/2236-9996.2026-6571171-pt. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cm/a/nTpQx8gSwJzsZGNw97zGfyG/. Acesso em: 22 jul. 2026.

RADOMSKI, M. V.; DAVIS, E. S. Otimização das capacidades cognitivas. In: RADOMSKI, M. V.; LATHAM, C. A. T. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2013. p. 749-773.

RIEDEL, W. J.; BLOKLAND, A. Declarative memory. In: KANTAK, K.; WETTSTEIN, J. **Handbook of Experimental Pharmacology**. Cham: Springer International Publishing, 2015.

SANTOS, E. O.; SEABRA JUNIOR, M. O.; ARAUJO, M. Y. C. Exergames como recursos de tecnologia assistiva a estudantes com paralisia cerebral: análise do desempenho e das adaptações de estratégias de ensino. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v. 105, e5834, 2024. DOI: https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.105.5834.

SHEVLIN, H. Current controversies in the cognitive science of short-term memory. **Current Opinion in Behavioral Sciences**, v. 32, p. 148-154, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2020.02.003. Acesso em: 18 ago. 2026.

SILVA, C. F. R. et al. Short Physical Performance Battery as a Measure of Physical Performance and Mortality Predictor in Older Adults: a comprehensive literature review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 18, n. 20, p. 10612, 2021. DOI: 10.3390/ijerph182010612.

SQUIRE, L. R.; DEDE, A. J. Conscious and unconscious memory systems. **Cold Spring Harbor Perspectives in Biology**, v. 7, n. 3, e021667, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1101/cshperspect.a021667. Acesso em: 18 ago. 2026.

STRAUSS, E.; SHERMAN, E. M. S.; SPREEN, O. **A compendium of neuropsychological tests**: administration, norms, and commentary. 3. ed. New York: Oxford University Press, 2006.

SUEMOTO, C. K. et al. The potential for dementia prevention in Brazil: a population attributable

fraction calculation for 14 modifiable risk factors. **The Lancet Regional Health** – Americas, v. 49, e101209, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101209. Acesso em: 18 ago. 2026.

TIECKER, A. P. et al. Acceptability of a home-based multicomponent exercise program (Vivifrail®) for the oldest-old via videoconferencing during the Covid-19 pandemic. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 27, e230089, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230089.en. Acesso em: 18 ago. 2026.

TRAGANTZOPOULOU, P.; GIANNouli, V. Spatial orientation assessment in the elderly: a comprehensive review of current tests. **Brain Sciences**, v. 14, n. 9, e898, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3390/brainsci14090898. Acesso em: 18 ago. 2026.

UNITED NATIONS. **Political declaration and Madrid international plan of action on ageing**. New York: United Nations, 2002. Disponível em: http://www.un.org/en/events/pastevents/pdfs/Madrid_plan.pdf. Acesso em: 10 jul. 2026.

VEGA, E.; MORSCH, P. A Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) na região das Américas. **Mais 60**: Estudos sobre Envelhecimento, São Paulo, v. 32, n. 80, p. 24-35, ago. 2021.

WOODS, B. et al. Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, n. 1, eCD005562, 31 jan. 2023. DOI: 10.1002/14651858.CD005562.pub3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing**: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002. 60 p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf. Acesso em: 10 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2015. 260 p. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042. Acesso em 10 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy ageing and functional ability**. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: WHO – Healthy ageing and functional ability. Acesso em: 5 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION**. Integrated care for older people** (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated care for older people** (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: https://iris.who.int/. Acesso em: 5 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Risk reduction of cognitive decline and dementia**: WHO guidelines, second edition. Geneva: World Health Organization, 2026. Disponível em: https://iris.who.int/. Acesso em: 18 ago. 2026.

XAVIER, A. J. et al. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 148-158, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100016. Acesso em: 18 ago. 2026.

ZHOU, J. et al. Patterns of social participation among older adults and their association with self-rated health: the mediating role of activities of daily living. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 37, art. 221, 2025. DOI: 10.1007/s40520-025-03131-3. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s40520-025-03131-3. Acesso em: 5 ago. 2026



CURITIBA - PR
Novembro 2026





PROGRAMA

PARANÁ AMIGO

DA PESSOA IDOSA

PARANÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA MULHER,
IGUALDADE RACIAL
E PESSOA IDOSA