

Saúde visual e auditiva das pessoas idosas na Região das Américas



OPAS



**Década
do envelhecimento
saudável**
nas Américas

Década do Envelhecimento Saudável nas Américas
situação e desafios

Saúde visual e auditiva das pessoas idosas na Região das Américas

Washington, D.C., 2023



Saúde visual e auditiva das pessoas idosas na Região das Américas

ISBN: 978-92-75-72685-3 (PDF)

ISBN: 978-92-75-72686-0 (versão impressa)

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2023**

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



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

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

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

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde visual e auditiva das pessoas idosas na Região das Américas. Washington, DC: OPAS; 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275726853>.

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

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

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

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

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

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

FPL/HL/2023

Sumário

AGRADECIMENTOS	vi
ABREVIATURAS	vii
INTRODUÇÃO	1
SAÚDE VISUAL DAS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS	2
Morbidade	2
Erros de refração	2
Presbiopia	5
Catarata	8
Glaucoma	11
Degeneração macular relacionada à idade	14
Estimativa da carga de doença por deficiência e incapacidade visual	17
Presbiopia	18
Catarata	20
Glaucoma	22
Degeneração macular relacionada à idade	24
DESAFIOS EM SAÚDE VISUAL	30
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	31
SAÚDE AUDITIVA DAS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS	32
Morbidade	32
Presbiacusia	32
Otite média.....	35
Estimativa da carga de doença por deficiência e incapacidade auditiva.....	38
Presbiacusia	38
Otite média.....	40
Análise de aspectos relacionados aos serviços de saúde auditiva na Região	43
Desafios em saúde auditiva.....	47
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	48
REFERÊNCIAS	49

Figuras

Figura 1. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de erros de refração em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019	3
Figura 2. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de erros de refração em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019	4
Figura 3. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de erros de refração em pessoas acima de 50 anos, por país e faixa etária, 2019	5
Figura 4. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019	6
Figura 5. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019	7
Figura 6. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por país e faixa etária, 2019	8
Figura 7. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de catarata em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019	9
Figura 8. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de catarata em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019	10
Figura 9. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de catarata, por país e faixa etária, 2019	11
Figura 10. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de glaucoma em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019	12
Figura 11. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de glaucoma em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019	13
Figura 12. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de glaucoma, por país e faixa etária, 2019	14
Figura 13. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de degeneração macular relacionada à idade em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019	15
Figura 14. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de degeneração macular relacionada à idade em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019	16
Figura 15. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de degeneração macular relacionada à idade por país e faixa etária, 2019	17
Figura 16. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019	18
Figura 17. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à catarata, por sexo, 2015-2019	20
Figura 18. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido ao glaucoma, por sexo, 2015-2019	23
Figura 19. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à degeneração macular relacionada à idade, por sexo, 2015-2019	25

Figura 20. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiacusia em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019.....	33
Figura 21. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiacusia em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019.....	34
Figura 22. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiacusia, por país e faixa etária, 2019.....	35
Figura 23. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de otite média em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019.....	36
Figura 24. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de otite média em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019.....	37
Figura 25. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de otite média, por país e faixa etária, 2019.....	38
Figura 26. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiacusia, por sexo, 2015-2019.....	39
Figura 27. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à otite média, por sexo, 2015-2019.....	41
Figura 28. Região das Américas: densidade de otorrinolaringologistas por milhão de habitantes.....	44
Figura 29. Região das Américas: densidade de audiologistas por milhão de habitante.....	45
Figura 30. Região das Américas: densidade de fonoaudiólogos ou especialistas em fonoaudiologia.....	46

Tabelas

Tabela 1. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiopia, por país, 2015-2019.....	19
Tabela 2. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à catarata, por país, 2015-2019.....	22
Tabela 3. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido ao glaucoma, por país, 2015-2019.....	24
Tabela 4. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à degeneração macular relacionada à idade, por país, 2015-2019.....	26
Tabela 5. Região das Américas: número de profissionais de saúde visual, por país.....	28
Tabela 6. Região das Américas: número de cirurgias de catarata, taxa de cirurgias por milhão de habitantes e cobertura efetiva de cirurgias de catarata, por país.....	29
Tabela 7. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiacusia, por país, 2015-2019.....	40
Tabela 8. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à otite média, por país, 2015-2019.....	42

AGRADECIMENTOS

O presente relatório foi elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O documento foi redigido por Jose Elías Delgado Barragán com a colaboração de Juan Carlos Silva e Carolina Hommes, do Departamento de Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida da OPAS.

Esta publicação faz parte da série *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas: Situação e Desafios* e é fruto de uma iniciativa interinstitucional. A série foi coordenada e editada por Patricia Morsch, Enrique Vega e Pablo Villalobos, sob a supervisão de Luis Andrés de Francisco Serpa e Marcos Espinal, da OPAS.

O objetivo da série é oferecer atualizações periódicas sobre as diferentes áreas de ação da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) na Região das Américas e assuntos relacionados. Nossos agradecimentos aos especialistas da OPAS, das Nações Unidas, do sistema interamericano e do meio acadêmico que participaram desta iniciativa, fazendo observações e recomendações essenciais para a concretização deste projeto.

ABREVIATURAS

AVAI: anos de vida ajustados por incapacidade

OMS: Organização Mundial da Saúde

INTRODUÇÃO

Os sentidos são primordiais para o desenvolvimento do ser humano desde o nascimento até a velhice, conferindo aptidões de grande valor no curso da vida. A audição e a visão contribuem significativamente para aprimorar a trajetória de saúde e bem-estar da pessoa (1). À medida que as condições econômicas, sociais e políticas dos países melhoram, espera-se que a população tenha uma vida mais longa e em condições melhores, de forma a poder viver melhor e preservar sua habilidade funcional, o que inclui a capacidade visual e auditiva. Esse é um desafio para os tomadores de decisões de políticas públicas, a quem cabe a responsabilidade de garantir que as pessoas idosas conservem boa visão e audição.

A visão é, sem dúvida, um dos sentidos mais dominantes e, portanto, o mais usado no dia a dia. Esse sentido é fundamental para as pessoas idosas, que, em grande parte, dependem dele para manter seu bem-estar físico e social, interagir com outras pessoas, participar de atividades físicas individuais ou em grupo, melhorar a saúde mental e manter a própria independência. A audição, por sua vez, permite à pessoa desenvolver e aumentar todas as capacidades funcionais, criar e manter ambientes saudáveis e reforçar a comunicação assertiva em seu meio cultural (2). Esses são alguns dos motivos pelos quais a visão e a audição são consideradas domínios centrais da capacidade intrínseca que, juntamente com o ambiente, determinam a habilidade funcional da pessoa, princípio fundamental para conseguir um envelhecimento saudável (3).

Tendo em vista a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) das Nações Unidas, esta publicação descreve a situação atual da saúde visual e auditiva das pessoas idosas na Região das Américas. Seu objetivo é apresentar dados científicos específicos sobre as necessidades da população idosa da Região, servindo de ponto de partida para outros estudos e contribuindo como ferramenta para implementar ações estratégicas regionais que contribuam para a melhoria contínua do estado geral de saúde das pessoas idosas.

SAÚDE VISUAL DAS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Morbidade

Com os novos avanços em modelagem epidemiológica e nos serviços de atenção à saúde, todos os governos da Região devem se empenhar em conhecer, atualizar e entender os dados de morbidade das doenças oculares mais prevalentes com o objetivo de descrever o estado geral de saúde visual das pessoas idosas.

Essas afecções requerem diagnóstico e tratamento oportuno para evitar complicações oculares que podem causar deficiências visuais graves ou mesmo a cegueira, com repercussões na qualidade de vida e independência das pessoas idosas. Embora a idade utilizada pelas Nações Unidas para definir pessoas idosas seja 60 anos ou mais, devido à disponibilidade de dados, este relatório se refere a pessoas maiores de 50 anos. Propõe-se, portanto, uma perspectiva de ação integrada ao longo do curso de vida com foco no processo de envelhecimento. Nesse sentido, as evidências indicam que as afecções oculares mais frequentes na população com mais de 50 anos são erros de refração, presbiopia, catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade (4). Essas afecções são descritas a seguir.

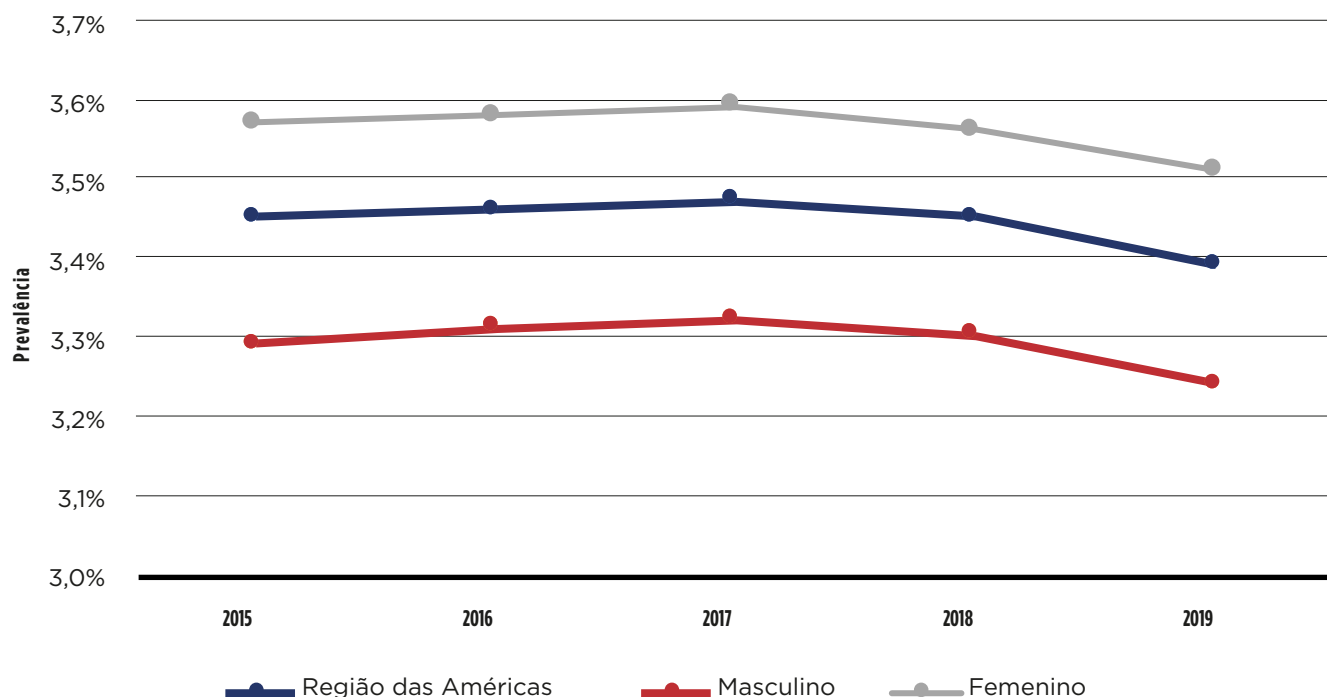
Erros de refração

Erros de refração (miopia, hipermetropia e astigmatismo) subcorrigidos ou não corrigidos estão entre as principais causas de perda da visão de longe, resultando em deficiência nas pessoas idosas e comprometendo sua habilidade funcional e independência. Estima-se que, em todo o mundo, 123,7 milhões de pessoas tenham deficiência visual por erros de refração não corrigidos (5). Os fatores desencadeantes do aumento da prevalência da miopia na população idosa incluem fatores ambientais, como a nutrição, o uso prolongado e excessivo da visão de perto e o estilo de vida. Em 2020, a miopia era um problema que afetava 2,6 bilhões de pessoas em todo o mundo (5). A falha em detectar e corrigir a miopia em tempo hábil pode levar a quadros que ocasionam comprometimento visual grave, como degeneração macular miópica, catarata, descolamento de retina e glaucoma, principalmente em pessoas idosas (6). No entanto, quando detectados a tempo, os erros de refração podem ser corrigidos com o uso de óculos, lentes de contato ou cirurgia (4).

De modo geral, o percentual de casos prevalentes de erros de refração em pessoas com mais de 50 anos na Região das Américas se manteve estável ao longo do tempo, passando de 3,5% em 2015 para 3,4% em 2019.

Os erros de refração são mais prevalentes nas mulheres que nos homens (Figura 1). Entretanto, não há evidências científicas que identifiquem o sexo como uma variável que influa na predisposição a esse problema ocular. Em 2019, a prevalência era de 3,5% nas mulheres e 3,2% nos homens. A principal causa dos erros de refração são fatores genéticos e certos estilos de vida ou comportamentos nas diferentes décadas da vida que alteram o sistema visual.

Figura 1. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de erros de refração em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019

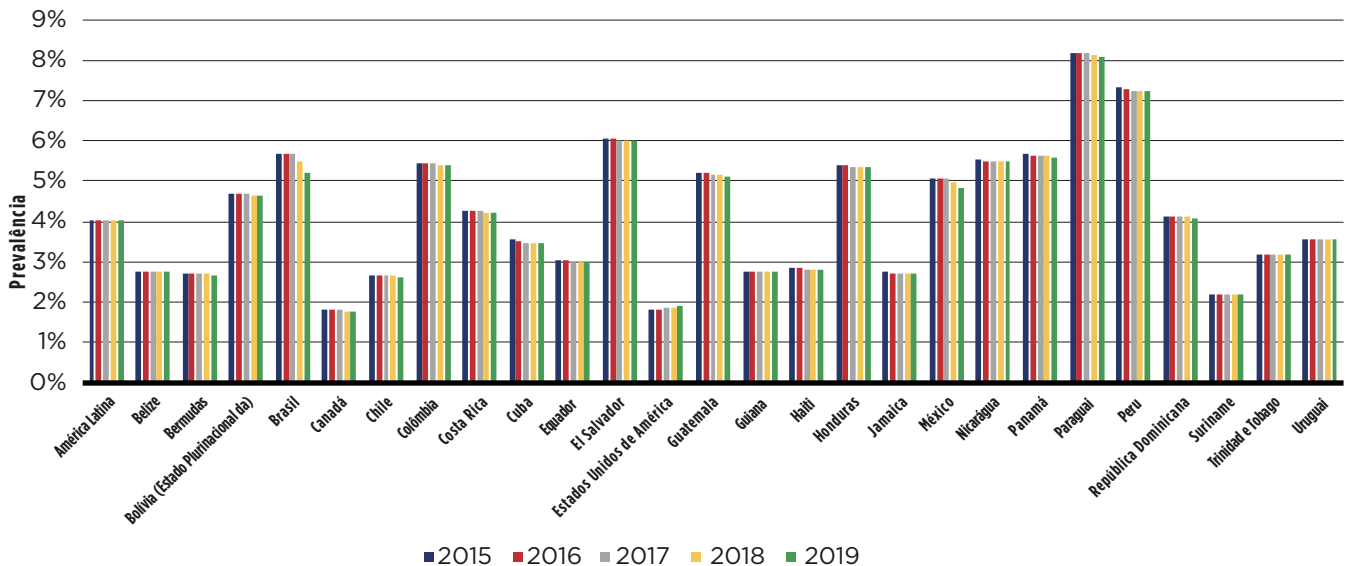


Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A diferença na prevalência dos erros de refração em pessoas acima de 50 anos entre os países da Região das Américas é evidente; observam-se prevalências mais altas (acima de 6% no período de 2015 a 2019) nos países de baixa e média renda, como Paraguai (8,15%), Peru (7,27%) e El Salvador (6,03%). Em contraste, Canadá, Estados Unidos e Suriname apresentam prevalências inferiores a 2,18% no mesmo período (Figura 2). Vale destacar que as doenças oculares são de etiologia multifatorial, e o grau

de suscetibilidade ou progressão dos erros de refração entre pessoas idosas depende em grande medida da atenção e do manejo da saúde visual nas décadas anteriores de vida, que ecoam na idade mais avançada.

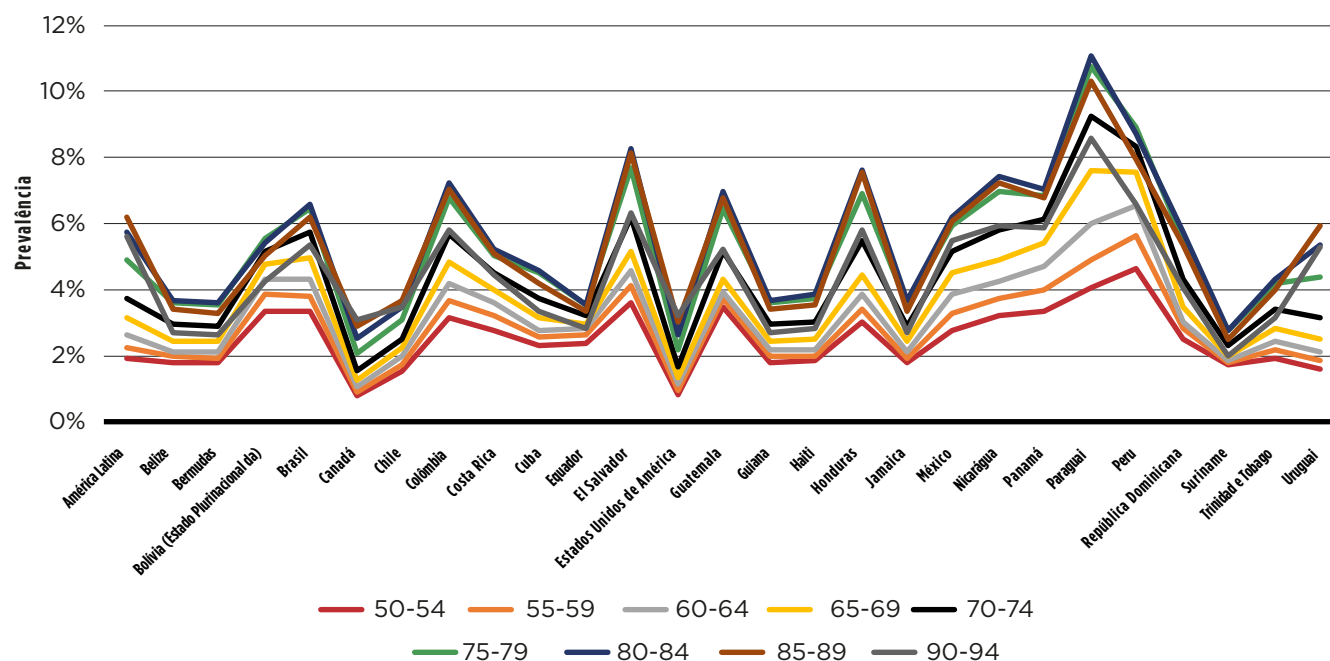
Figura 2. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de erros de refração em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Com relação à prevalência dos erros de refração em 2019 em faixas etárias específicas a partir dos 50 anos, observa-se que, de modo geral, o número de casos e a prevalência aumentam com a idade em todos os países da Região. As populações de países como Paraguai, Peru e El Salvador apresentam as prevalências mais altas de erros de refração em cada faixa quinquenal analisada, principalmente na faixa de 80 a 84 anos ($\geq 10\%$). Por outro lado, países como Canadá, Estados Unidos e Suriname têm as prevalências mais baixas nessas faixas etárias; a maior prevalência ocorre na faixa de 90 a 94 anos ($\geq 3,0\%$) (Figura 3).

Figura 3. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de erros de refração em pessoas acima de 50 anos, por país e faixa etária, 2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Presbiopia

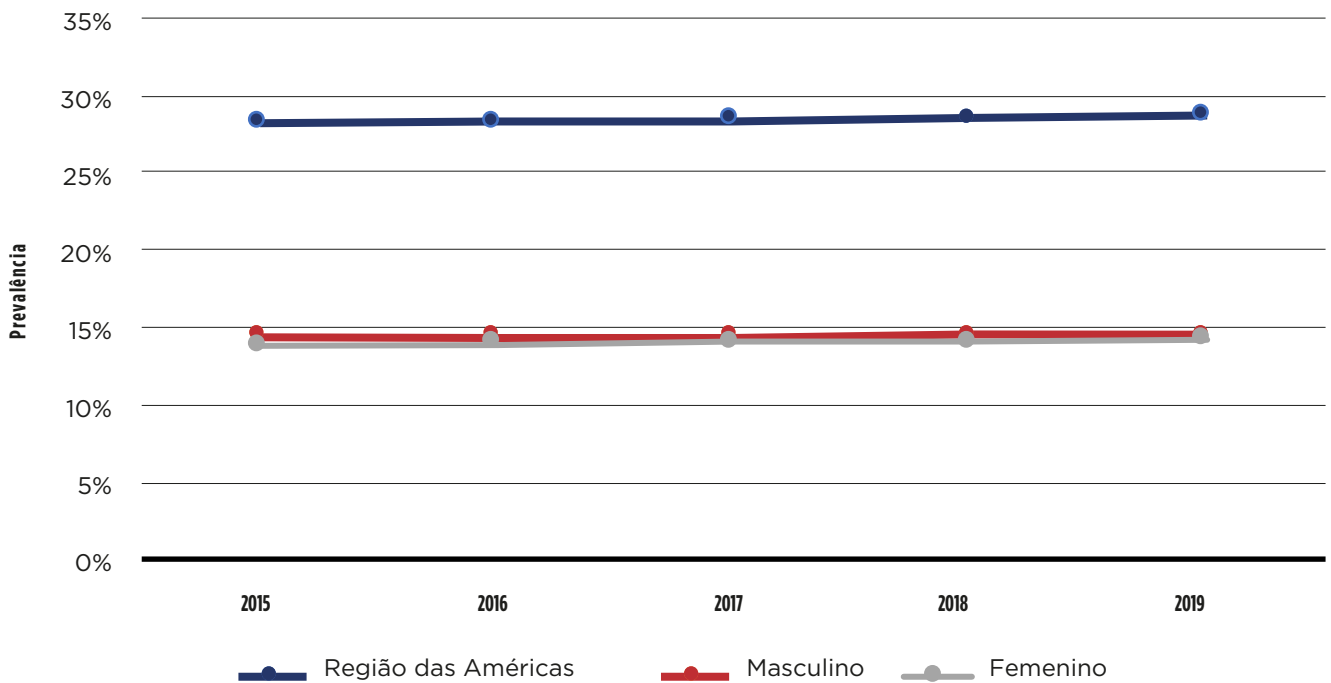
A presbiopia é a perda da elasticidade e flexibilidade do cristalino e da cápsula que o recobre relacionada ao envelhecimento (7). Essa perda é gradual e progressiva, o que significa que as pessoas idosas começam a sentir esforço visual na visão de perto (durante a leitura, por exemplo). Esse distúrbio é mais comum a partir dos 40 anos de idade. Porém, com o uso excessivo de telas de dispositivos eletrônicos e da visão de perto, o número de casos de miopia está aumentando. Com isso, as pessoas com presbiopia começam a precisar de correção visual a partir dos 50 anos.

Um aspecto importante e de grande interesse para as pessoas idosas é a deficiência visual decorrente da presbiopia não corrigida, que dificulta a realização das atividades da vida diária e compromete a autonomia, sobretudo em países com menos recursos e em populações que moram na zona rural, devido à falta de acesso oportuno e de qualidade a serviços de saúde visual.

A estimativa é que, em 2015, havia 1,8 bilhão de pessoas com presbiopia em todo o mundo (prevalência de 25% com intervalo de confiança de 95 de 1,7 a 2 bilhões [23% a 27%]), das quais 826 milhões (intervalo de

confiança de 95% de 686 a 960 milhões) tinham visão não corrigida ou subcorrigida (8). Na Região das Américas, a estimativa é que havia cerca de 108 milhões de pessoas com presbiopia em 2019, ou seja, 28,7% da população tinha esse distúrbio (9). A comparação com os dados de 2015 (28,2%) evidencia o aumento do número de casos prevalentes de presbiopia na Região devido ao crescimento da população idosa em todos os países. Não se observam diferenças significativas entre sexos no percentual de casos prevalentes (Figura 4).

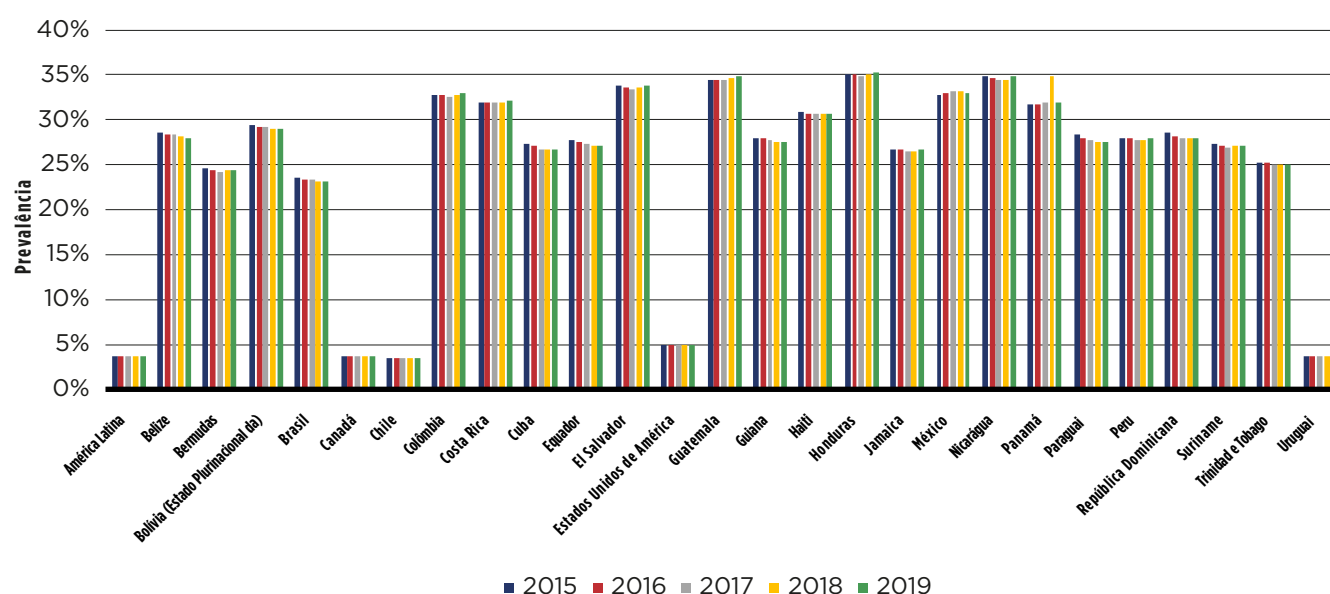
Figura 4. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência de presbiopia por país em pessoas acima de 50 anos na Região das Américas no período de 2015 a 2019 é ilustrada na Figura 5. Observa-se que países como Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua e Panamá têm o maior número de casos prevalentes de presbiopia, com um percentual acima de 30% no período de 5 anos analisado. Por outro lado, países como Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos e Uruguai têm as prevalências mais baixas, em torno de 5% no período analisado.

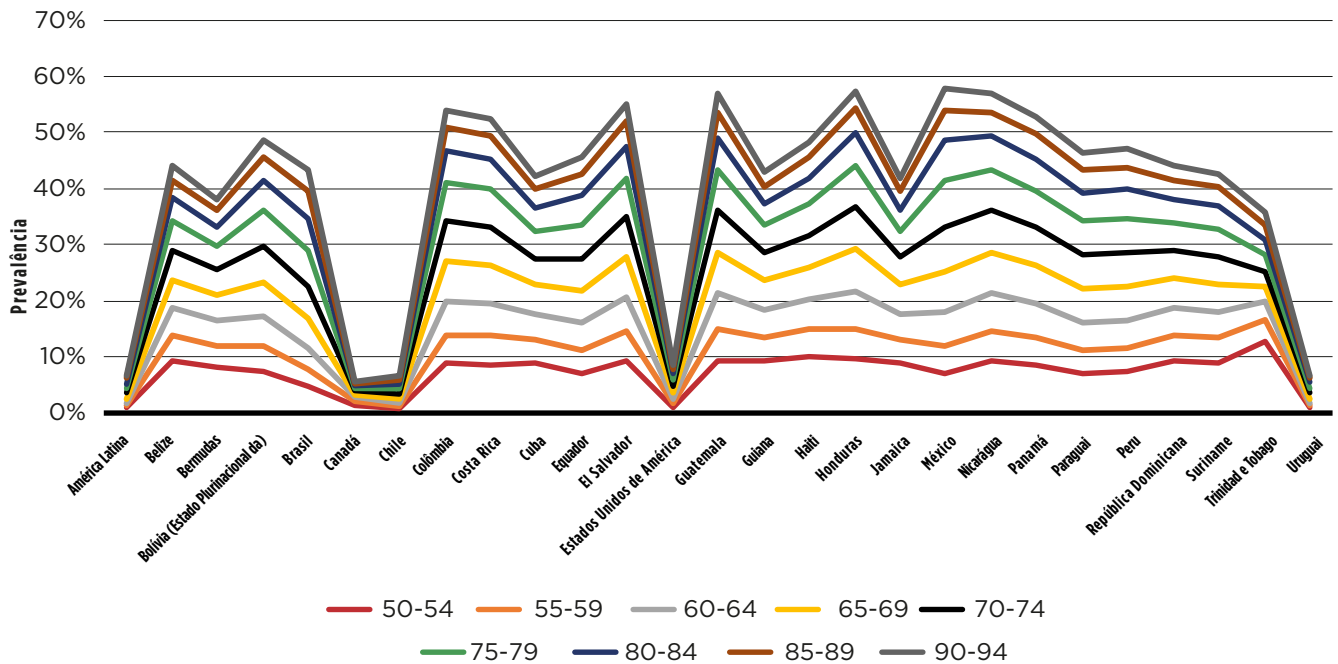
Figura 5. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência específica de presbiopia em faixas etárias quinquenais a partir dos 50 anos em 2019 é ilustrada na Figura 6. Observa-se, em geral, uma tendência de aumento do número de casos prevalentes de presbiopia com a idade avançada. As diferenças entre os diferentes países e faixas etárias decorrem de vários fatores, como o crescimento da população idosa em cada país, fatores culturais e comportamentais próprios de cada nação e o estilo de vida de cada pessoa. A prevalência ponderada é de 7,20% na faixa de 50 a 54 anos, com um aumento significativo para 11% na faixa de 55 a 59 anos e assim sucessivamente em cada faixa etária, com diferenças em torno de 5% entre as faixas.

Figura 6. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por país e faixa etária, 2019



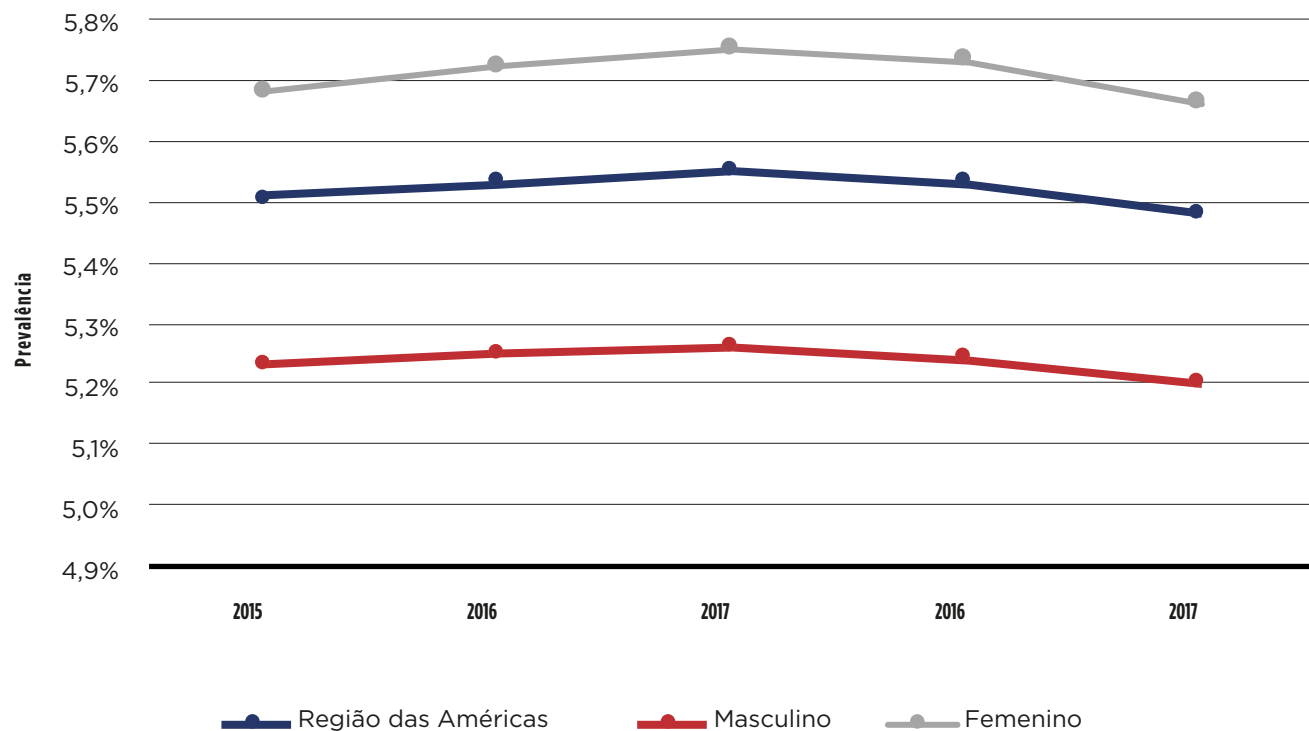
Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Catarata

A catarata é uma das doenças oculares mais importantes, porque é a principal causa de cegueira e incapacidade evitável em todo o mundo. O risco de catarata aumenta com a idade (4). Ela se apresenta como uma opacidade no cristalino que torna a visão progressivamente embaçada e requer tratamento cirúrgico. Estima-se que o número de pessoas com cegueira por catarata em todo o mundo esteja crescendo, passando de 12,3 milhões em 1990 para 20 milhões em 2010 (10). Alguns estudos apontam que a catarata pode interferir na qualidade de vida, independência e autonomia das pessoas idosas e que está correlacionada a um aumento nos problemas de saúde mental e, em alguns casos graves, a um aumento das taxas de mortalidade entre pessoas idosas (11, 12).

O percentual de casos prevalentes de catarata na Região das Américas se manteve estável, 5,5% em 2015 e 5,48% em 2019. Quando os dados são desagregados por sexo, observa-se que, nos últimos 5 anos, essa doença foi mais frequente, em média, entre mulheres (5,71%) que entre homens (5,24%) e em países de baixa e média renda (Figura 7). Isso se explica pelo fato de que as mulheres têm uma expectativa de vida maior e vivem mais. Além disso, em alguns países, elas têm menos acesso aos serviços de saúde visual e acabam vivendo mais anos com a doença.

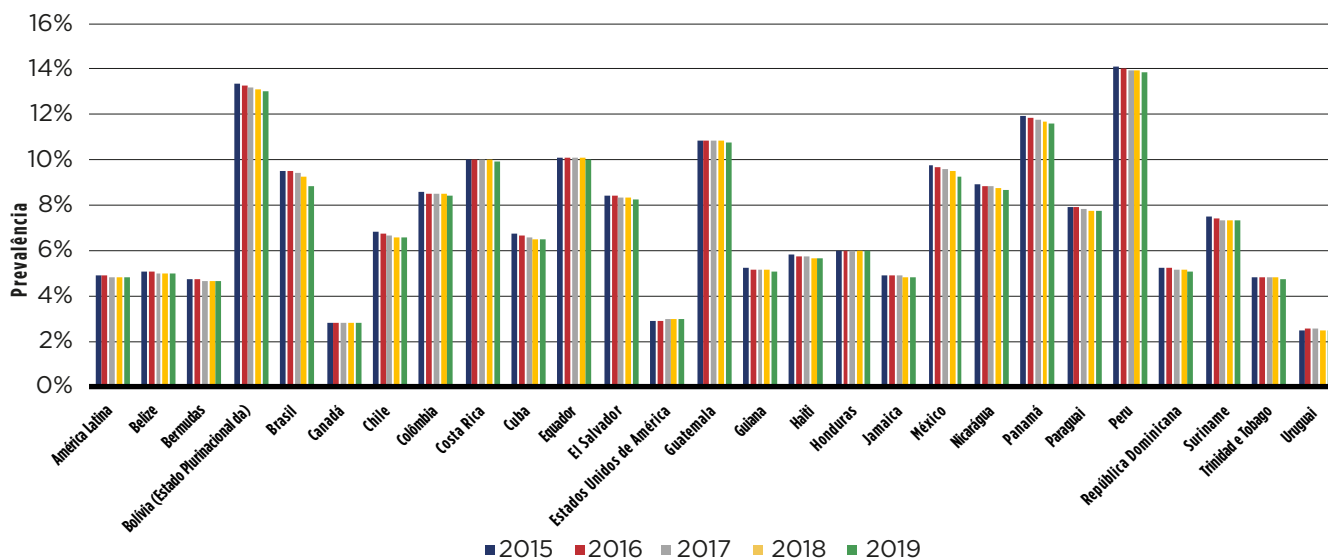
Figura 7. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de catarata em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Com relação ao percentual do total de casos prevalentes de catarata em pessoas acima de 50 anos por país, no período de 2015 a 2019 observa-se o maior número de casos (>10%) no Estado Plurinacional da Bolívia, na Guatemala, no Panamá e no Peru. Em contraste, o Canadá (2,78%), os Estados Unidos (2,96%) e o Uruguai (2,48%) têm o menor número de casos prevalentes (Figura 8). Cabe recordar que vários fatores de risco estão associados ao aparecimento da catarata em pessoas idosas. Desses, o mais importante é o envelhecimento, embora também haja outros fatores, como o tabagismo. Sabe-se que os fumantes têm maior predisposição a ter catarata na velhice (13). Outros fatores de risco modificáveis são o consumo de álcool, a exposição ao sol sem proteção adequada e o uso prolongado de medicamentos (por exemplo, esteroides) que contribuem para o aumento da prevalência dessa doença, principalmente em pessoas idosas (14).

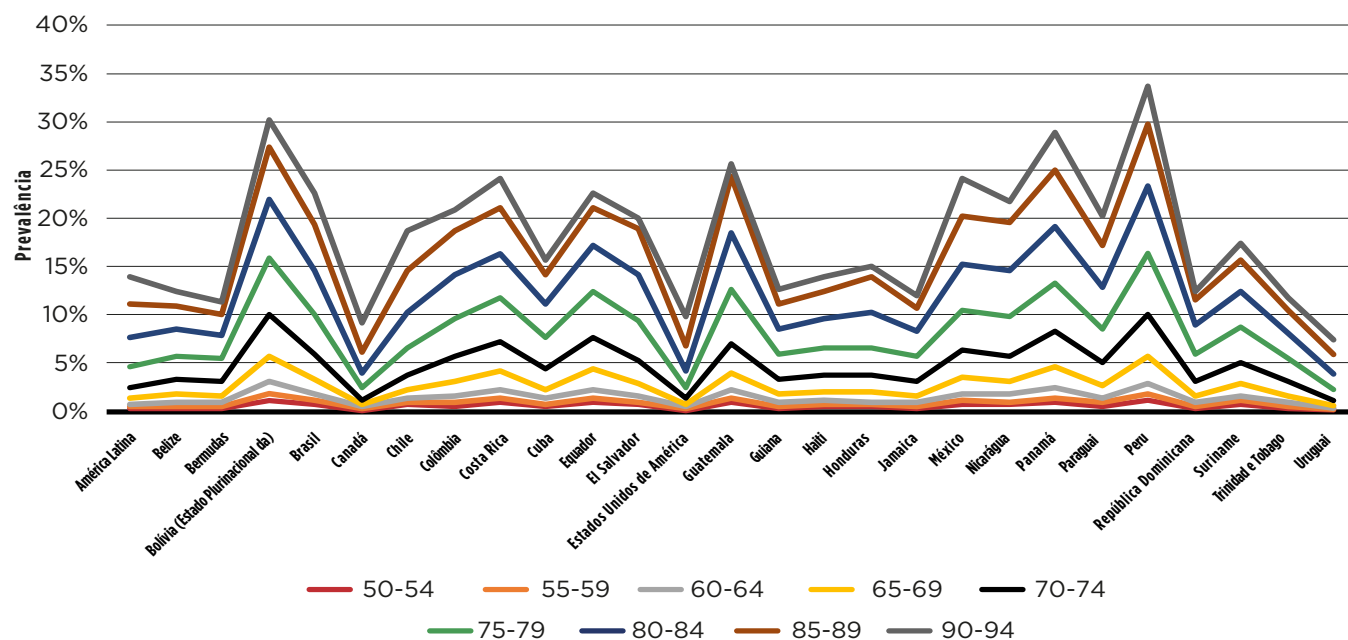
Figura 8. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de catarata em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência específica da catarata em faixas etárias entre 50 e 94 anos em 2019 é ilustrada na Figura 9. De modo geral, observa-se o crescimento progressivo do número de casos a cada década de vida devido ao longo tempo de latência da doença, que, em média, ocorre com mais frequência na faixa dos 80 anos. Países como o Estado Plurinacional da Bolívia e o Peru registram o maior número de casos prevalentes nas diversas faixas etárias, com uma média ponderada de 13,05% e 13,87%, respectivamente. Por outro lado, países como Argentina, Canadá e Uruguai têm prevalências ponderadas inferiores a 3% nessas mesmas faixas etárias (50 a 94 anos). Embora alguns dos fatores de risco da catarata não sejam modificáveis, a maioria é, o que possibilita retardar o surgimento da catarata. Para isso, é preciso que a população se consulte regularmente nos serviços de saúde visual, porque o tratamento é cirúrgico. Se o tratamento não for realizado a tempo, a catarata pode causar deficiência visual progressiva nas pessoas idosas e resultar em cegueira e limitação significativa da habilidade funcional.

Figura 9. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de catarata, por país e faixa etária, 2019



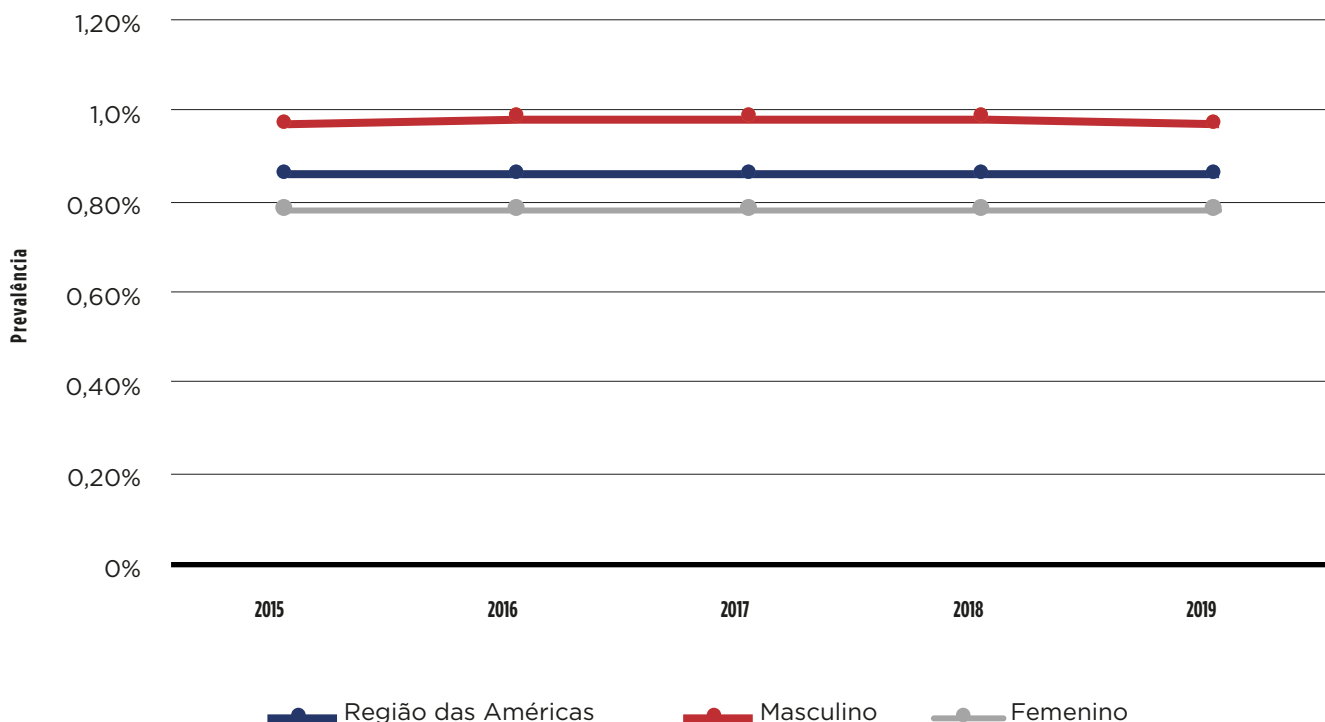
Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Glaucoma

O glaucoma é a principal causa de cegueira irreversível no mundo e acarreta dano progressivo ao nervo óptico. A perda da visão é inicialmente periférica, mas pode progredir para uma deficiência visual grave conhecida como glaucoma de ângulo aberto, o tipo mais comum de glaucoma (5, 15). Estima-se que, em 2010, havia 60,5 milhões de pessoas em todo o mundo com glaucoma primário de ângulo aberto e de ângulo fechado. Projeções feitas a partir de estudos populacionais indicam a existência de 76 milhões de pessoas com glaucoma em 2020 e 111,8 milhões em 2040; a forma mais comum e prevalente é o glaucoma primário de ângulo aberto (13).

A prevalência de glaucoma na Região das Américas em pessoas acima de 50 anos no período de 2015 a 2019, desagregada por ano, é apresentada na Figura 10. Observa-se que a prevalência é estável e se manteve em 0,86%. O glaucoma é mais comum em homens que em mulheres, com uma prevalência ponderada de 0,98% e 0,78%, respectivamente, no período analisado. À semelhança de outras doenças oculares que acometem as pessoas idosas, o principal fator de risco para glaucoma é o envelhecimento, seguido de causas genéticas (5). Vale salientar que esse tipo de doença não pode ser prevenido, mas pode ser detectado e tratado no início, reduzindo assim o risco de deficiência visual.

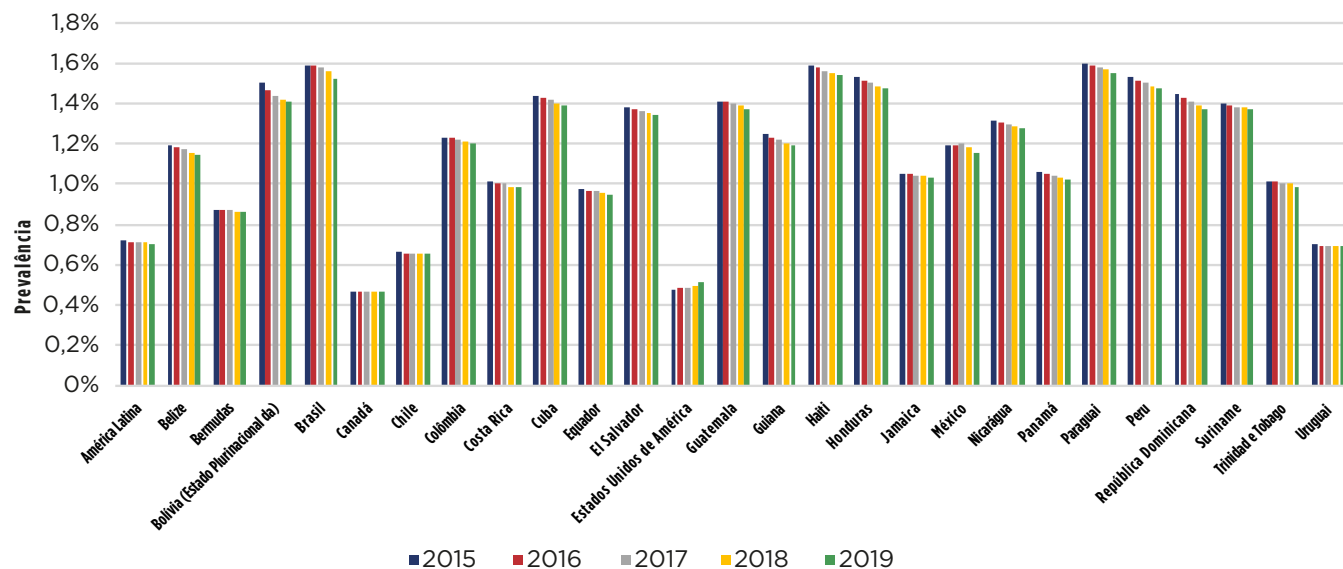
Figura 10. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de glaucoma em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A análise dos casos prevalentes de glaucoma nos diferentes países da Região das Américas revela que Brasil, Haiti, Honduras, Paraguai e Peru são os países com a prevalência mais alta – superior a 1,40% – no período de 2015 a 2019. Em contrapartida, Canadá, Chile, Estados Unidos e Uruguai apresentam prevalências inferiores a 0,69% (Figura 11). O risco e as formas de glaucoma variam entre etnias e países. O glaucoma primário de ângulo aberto é mais prevalente em pessoas de idade avançada, negras, de origem hispânica, com história familiar da doença, diabetes mellitus e do sexo masculino. Já no caso do glaucoma primário de ângulo fechado, os fatores de risco incluem idade avançada, origem asiática e sexo feminino (17).

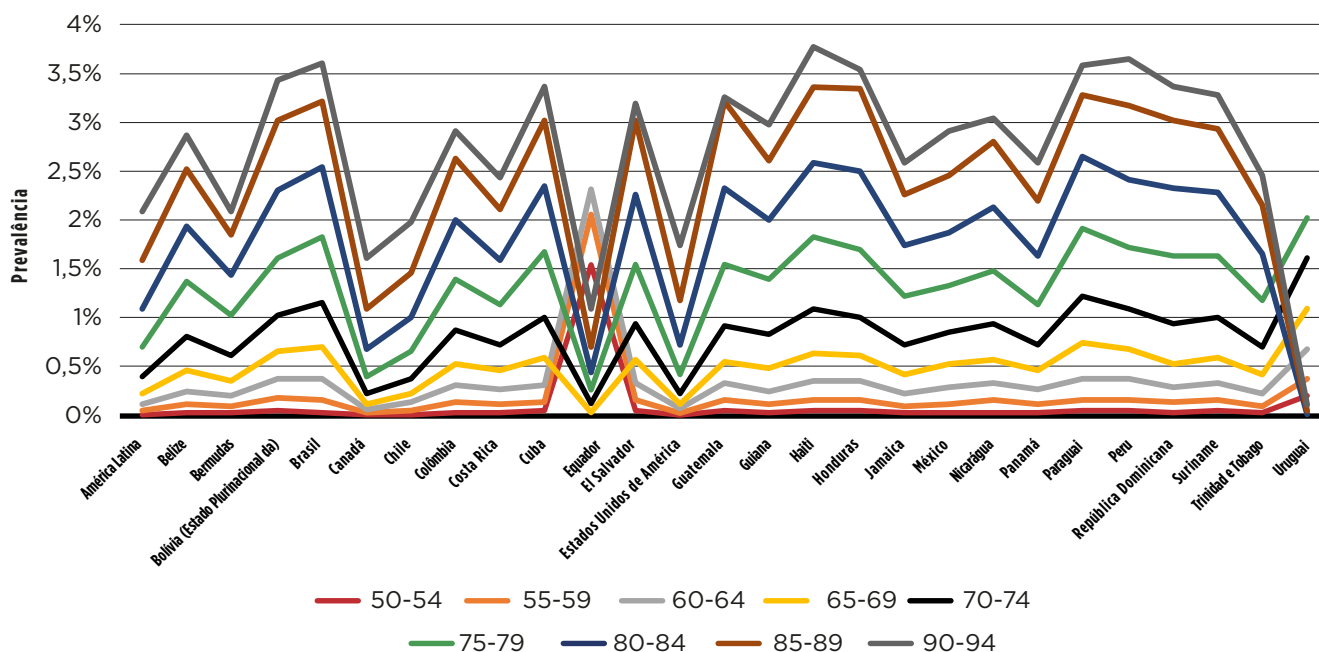
Figura 11. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de glaucoma em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência de glaucoma em 2019 em faixas etárias entre 50 e 94 anos é ilustrada na Figura 12. À semelhança dos outros problemas de saúde visual, o glaucoma é mais frequente a partir dos 80 anos de idade (2,38%), com pico de prevalência na faixa dos 90 a 94 anos (2,72%). A análise dos dados por país revela que, nas faixas etárias consideradas, Brasil, Haiti, Paraguai e Peru têm prevalências ponderadas superiores a 1,35%, ao passo que Canadá, Estados Unidos e Uruguai apresentam as menores prevalências ponderadas (<0,60%). Esses dados confirmam as conclusões do estudo de prevalência mundial de glaucoma e as projeções de carga de doença até 2040, dado que a prevalência do glaucoma aumenta com a idade e é maior em populações negras e hispânicas e menor entre caucasianos (16).

Figura 12. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de glaucoma, por país e faixa etária, 2019



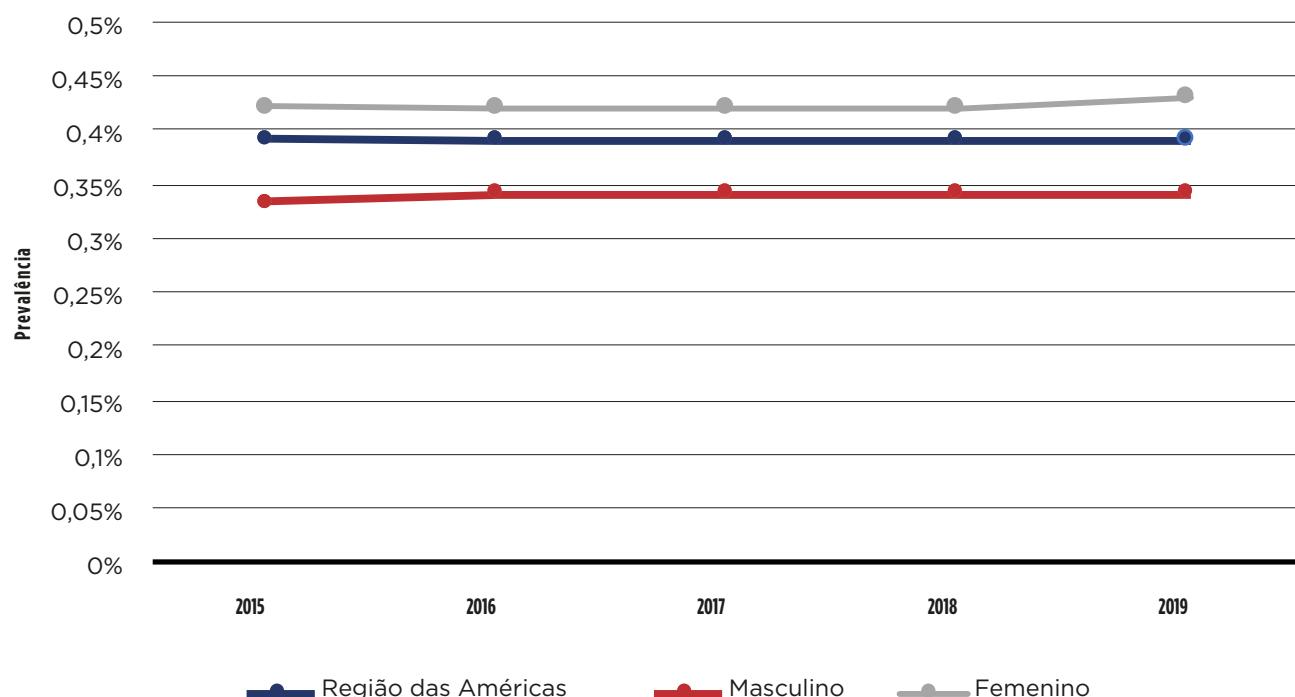
Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Degeneração macular relacionada à idade

A degeneração macular relacionada à idade corresponde a 8,7% dos casos de cegueira em todo o mundo e é a causa mais comum de cegueira nos países desenvolvidos, sobretudo em pessoas acima dos 60 anos de idade (18). É provável que sua prevalência aumente como resultado do envelhecimento populacional. Em nível mundial, a projeção é de 196 milhões de pessoas com a degeneração macular relacionada à idade em 2020 (com intervalo de confiança de 95% de 140 a 261 milhões), subindo para 288 milhões em 2040 (intervalo de confiança de 95% de 205 a 399 milhões) (19).

A prevalência estimada de degeneração macular relacionada à idade na Região das Américas, por sexo, no período de 2015 a 2019 é ilustrada na Figura 13. A prevalência se manteve estável na Região e constante no período analisado (0,39%). Com relação ao sexo, a doença é mais prevalente em mulheres (0,42%) que em homens (0,34%). Entre os fatores de risco estão o envelhecimento, o tabagismo e certos estilos de vida que podem levar ao surgimento precoce da doença. Além disso, ela é mais frequente em pessoas idosas de origem europeia que em pessoas de origem hispânica ou afro-americana (19).

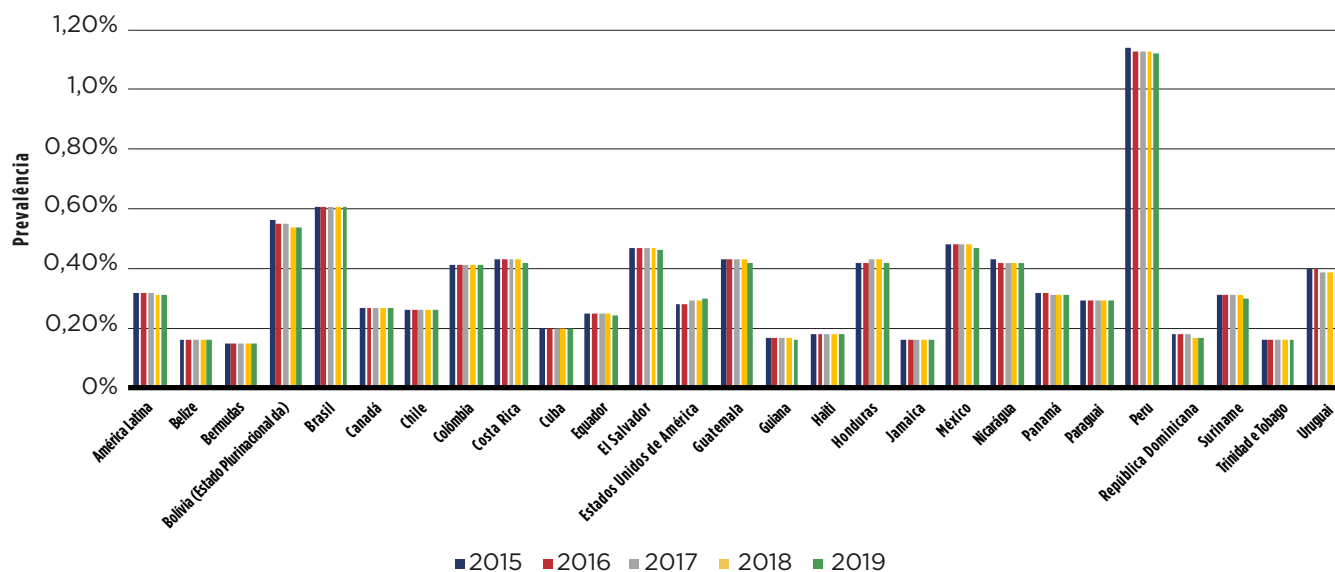
Figura 13. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de degeneração macular relacionada à idade em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Estudos recentes estimam que, até 2040, haverá 39 milhões (intervalo de confiança de 95% de 15 a 82 milhões) de casos de degeneração macular relacionada à idade na América Latina e no Caribe e 25 milhões (intervalo de confiança de 95% de 15 a 38 milhões) na América do Norte (19). Em relação aos casos prevalentes nos países da Região das Américas, chama a atenção a alta prevalência ponderada de degeneração macular relacionada à idade no Peru (1,13%) no período de 2015 a 2019, possivelmente associada a fatores como tabagismo, fatores hereditários e crescimento da população idosa), seguido do Estado Plurinacional da Bolívia (0,55%) e do Brasil (0,61%). Em contrapartida, países como Belize, Bermudas, Guiana, Jamaica e Trinidad e Tobago apresentam as prevalências mais baixas (<0,20%) no mesmo período (Figura 14).

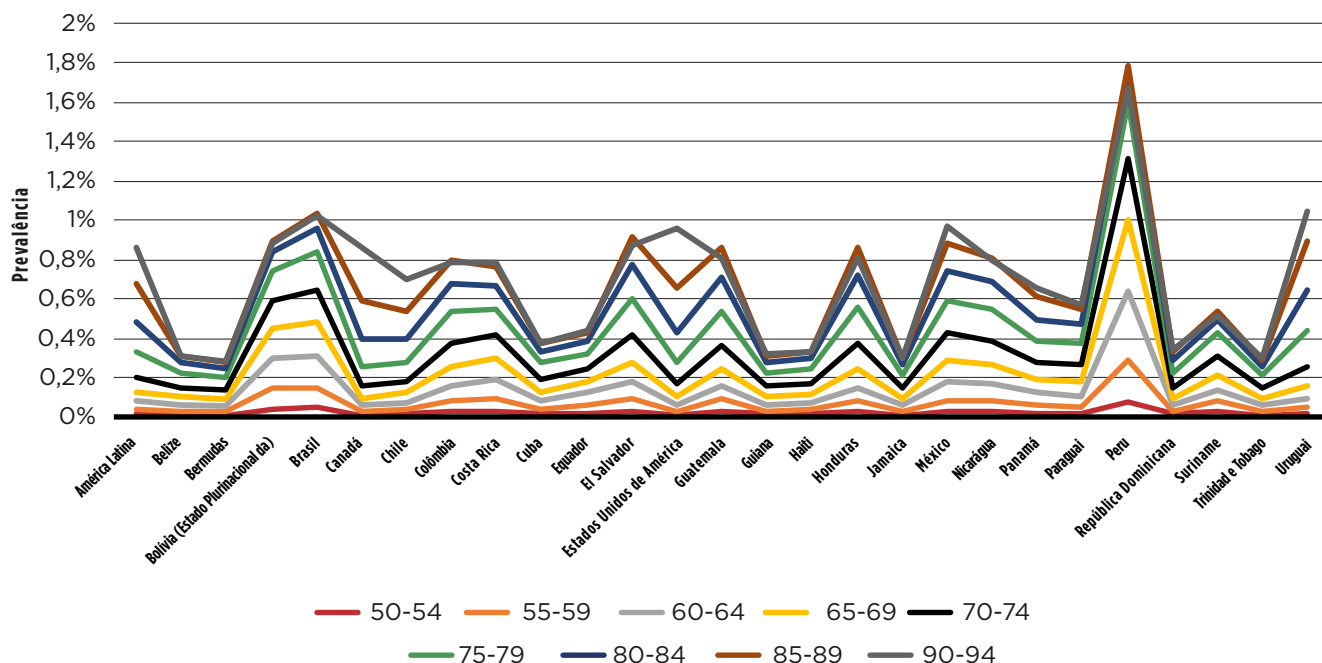
Figura 14. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de degeneração macular relacionada à idade em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência de degeneração macular relacionada à idade por país e faixa etária específica entre 50 e 94 anos é ilustrada na Figura 15. A alta prevalência ponderada por faixa etária se mantém no Peru (1,12%), seguido do Brasil (0,61%) e do Estado Plurinacional da Bolívia (0,54%). Por outro lado, países como Belize (0,16%), Bermudas (0,15%) e Canadá (0,27%) apresentam as prevalências mais baixas na Região. Estudos recentes demonstram que a prevalência da doença é maior acima dos 75 anos de idade (19). Por isso, é necessário monitoramento periódico a partir dos 50 anos para detectar a doença em tempo hábil e prevenir a perda progressiva da visão.

Figura 15. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de degeneração macular relacionada à idade por país e faixa etária, 2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Estimativa da carga de doença por deficiência e incapacidade visual

A deficiência visual ocorre quando uma doença ocular compromete o sistema visual em uma ou mais das suas funções. Uma pessoa que use óculos ou lentes de contato para compensar a deficiência visual continua tendo essa deficiência, mas consegue manejar e conter o problema com diferentes ações ou recursos de saúde visual. Manejar perdas de capacidade intrínseca para manter a habilidade funcional é fundamental para um envelhecimento saudável. A incapacidade se refere às deficiências, limitações e restrições que a pessoa com doença ocular enfrenta ao interagir com seu ambiente físico, social ou atitudinal (5).

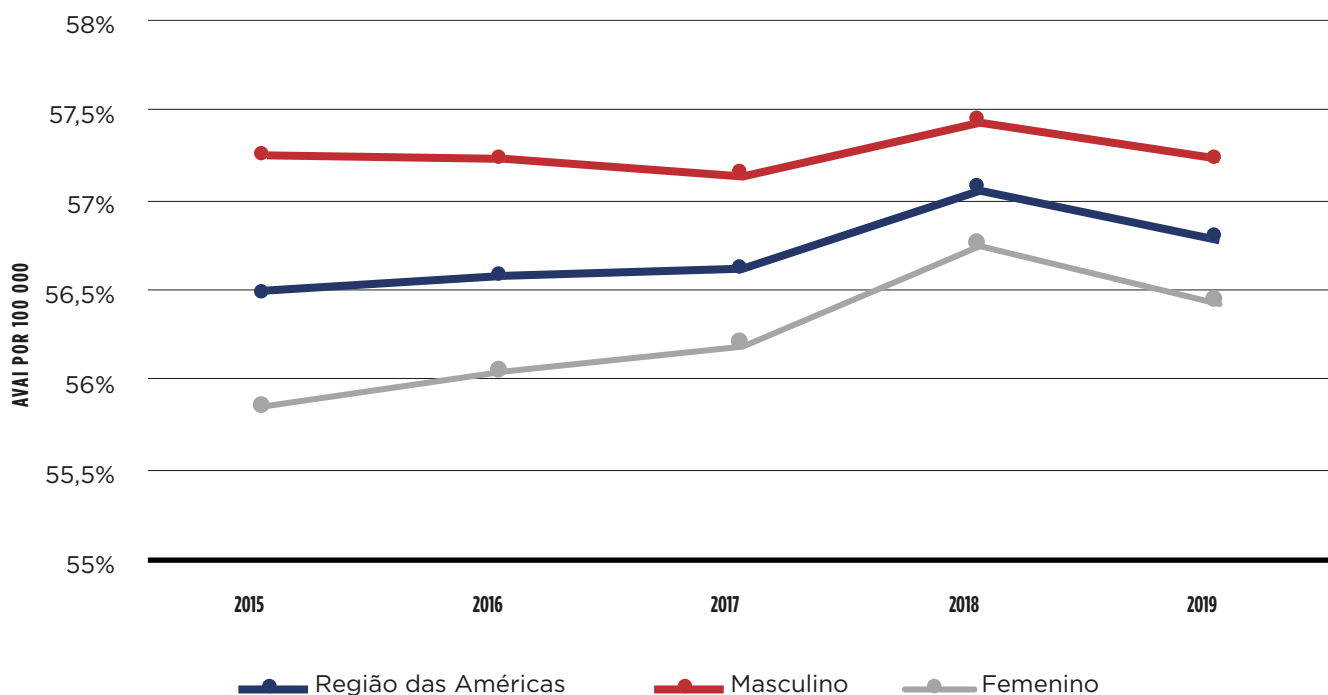
É importante levar em consideração a aprovação, pela Assembleia Mundial da Saúde, da Resolução WHA66.4, relativa ao Plano de Ação Global 2014-2019 para saúde ocular universal, renovando os princípios e as estratégias dos Estados Membros de forma a ampliar as iniciativas voltadas para a prevenção da deficiência visual e a promoção da reabilitação da baixa visão em suas populações (20). A seguir, apresenta-se uma relação dos anos de vida ajustados por incapacidade (AVAI) para diferentes doenças oculares que acometem pessoas acima de 50 anos na Região das Américas.

Presbiopia

Na Região das Américas, a taxa de AVAI por 100 mil habitantes devido à presbiopia em 2015 foi estimada em 56,5 anos, subindo para 56,8 anos em 2019. Quanto ao sexo, as estimativas indicam que os homens têm mais anos perdidos de vida saudável, com uma taxa de 57,2 anos por 100 mil habitantes em 2015 e em 2019. No caso das mulheres, essa taxa foi de 55,8 anos em 2015 e 56,4 anos em 2019 (Figura 16).

Essa carga de doença se converte em perda de anos de vida saudável para pessoas idosas e, conseqüentemente, tem considerável repercussão na qualidade de vida e independência. As principais conseqüências da presbiopia não corrigida são limitação da mobilidade, risco de quedas ou acidentes, dificuldade de acesso à informação usando meios digitais para leitura e risco de acidentes ao dirigir, entre outras (21).

Figura 16. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiopia em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019



Obs.: AVAI = anos de vida ajustados por incapacidade.

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

As taxas de AVAI por 100 mil habitantes em diferentes países da Região das Américas são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que Guatemala, Honduras e Nicarágua têm as taxas mais altas de anos perdidos de vida saudável devido à presbiopia, ao passo que Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos e Uruguai têm as taxas mais baixas (<18,4). Esses dados reafirmam a importância de fazer uma análise de AVAI por país,

tendo em vista que a lacuna entre eles é ampla e está associado a diversos fatores, como o acesso oportuno aos serviços de saúde visual, as campanhas informativas e preventivas em diferentes décadas da vida e o comportamento individual para reduzir os efeitos de eventuais fatores de risco ambientais e comportamentais (5). O número de anos de vida perdidos por presbiopia não corrigida é maior nos países de baixa renda ou com condições sociais, econômicas e políticas limitadas, onde a população idosa se encontra vulnerável em muitos aspectos da vida diária. Exemplos incluem interagir socialmente, fazer atividades físicas ou caminhadas ou ler um livro, entre outras atividades comuns.

Tabela 1. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiopia, por país, 2015-2019

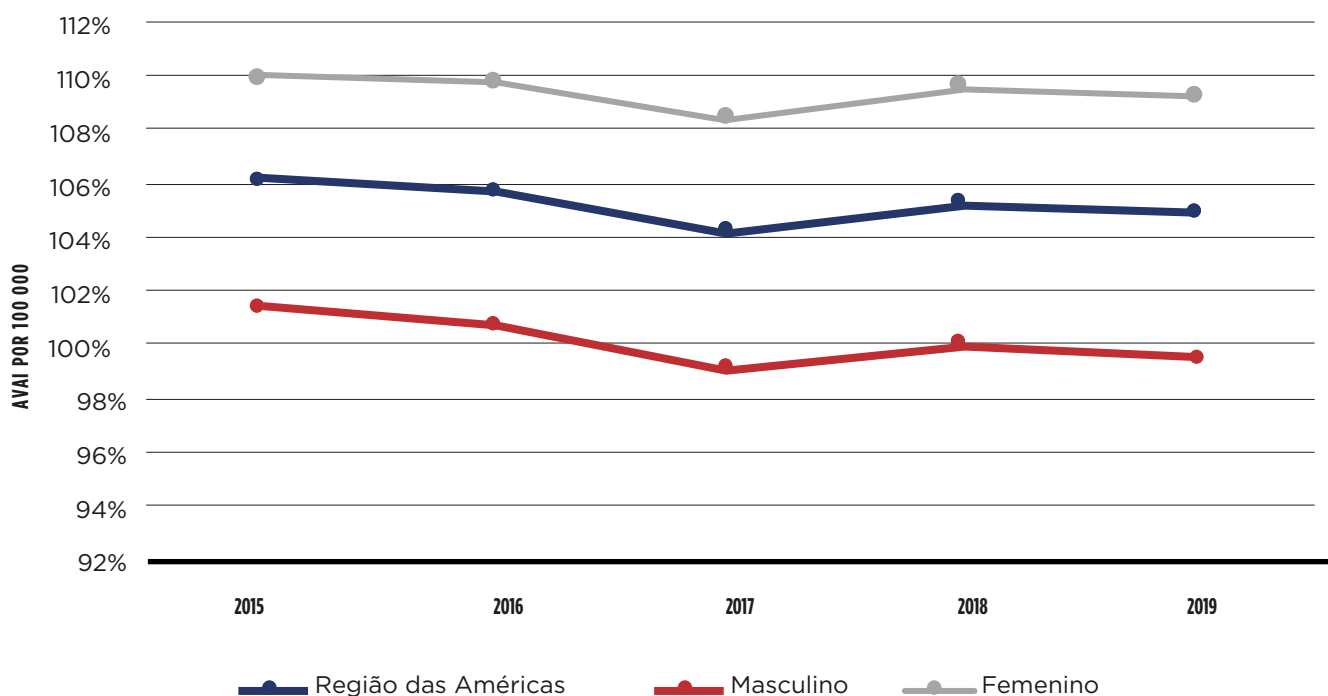
PAÍS	TAXA DE ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE POR 100 MIL HABITANTES				
	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	13,9	14,0	14,0	13,9	13,6
Belize	123,0	122,5	121,7	121,4	121,0
Bermudas	103,1	102,3	101,5	101,5	102,0
Bolívia (Estado Plurinacional da)	119,0	118,2	117,3	117,1	116,9
Brasil	87,8	87,1	86,4	86,3	86,4
Canadá	16,0	16,0	16,0	15,8	15,9
Chile	13,3	13,3	13,3	13,3	13,2
Colômbia	133,2	132,8	132,5	133,0	134,2
Costa Rica	129,8	129,8	129,8	130,2	130,9
Cuba	112,0	110,8	109,6	109,4	109,8
El Salvador	110,3	109,6	109,0	108,8	108,7
Equador	134,9	134,6	134,4	134,8	135,5
Estados Unidos	18,4	18,4	18,4	18,3	18,4
Guatemala	139,3	139,1	139,1	139,2	139,6
Guiana	121,8	121,0	120,4	119,5	120,0
Haiti	134,0	133,5	133,0	132,8	132,6
Honduras	143,7	143,6	143,5	143,9	144,9
Jamaica	111,8	111,0	110,4	110,8	111,8
México	125,9	126,5	127,2	127,2	126,9
Nicarágua	143,4	142,6	141,8	142,1	142,9
Panamá	128,1	128,3	128,5	128,7	129,0
Paraguai	114,3	113,2	112,1	111,7	111,4
Peru	111,8	111,6	111,4	112,3	111,7
República Dominicana	120,9	119,5	118,4	118,8	118,4
Suriname	115,6	114,9	114,3	114,5	115,2
Trinidad e Tobago	115,6	115,1	114,6	114,3	114,0
Uruguai	13,9	13,9	13,9	13,8	13,8

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Catarata

Em 2020, a catarata continuava sendo a primeira ou a segunda causa mais importante de cegueira em todas as regiões do mundo, apesar de poder ser operada por cirurgião habilitado em sistemas com capacidade para realizar cirurgias e manejar complicações pós-operatórias (4). Na Região das Américas, a taxa de AVAI causada por essa doença ocular foi de 106 por 100 mil habitantes em 2015 e 104,9 em 2019. Quanto ao sexo, as mulheres têm taxas de AVAI mais altas: 109,2 por 100 mil habitantes em 2019, em contraste com a taxa nos homens no mesmo ano, 99,5 por 100 mil habitantes (Figura 17). Vale ressaltar que a evolução da doença é bastante variável entre as pessoas, pois depende de fatores genéticos, riscos ambientais e tipo de acometimento visual (visão central ou periférica).

Figura 17. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à catarata, por sexo, 2015-2019



Obs.: AVAI = anos de vida ajustados por incapacidade.

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A análise das taxas de AVAI por país no período de 2015-2019 revela que o Peru, o Panamá e o Estado Plurinacional da Bolívia têm as taxas mais altas, girando em torno de 205 AVAI. Em contraste, países como Canadá, Estados Unidos e Uruguai têm taxas inferiores a 47 AVAI por 100 mil habitantes (Tabela 2). À semelhança de outras doenças oculares, os países de baixa e média renda têm um número maior de anos perdidos de vida saudável devido a essa doença. A catarata é uma das doenças que mais causam incapacidade visual. Se a intervenção não ocorrer a tempo, ela evolui e afeta significativamente a visão, o que tem sérias consequências para as pessoas idosas ao afetar sua autonomia e independência, bem como sua capacidade intrínseca e habilidade funcional. Em algumas situações, isso pode levar à depressão devido ao isolamento social (2, 11).

Tabela 2. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à catarata, por país, 2015-2019

PAÍS	TAXA DE ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE POR 100 MIL HABITANTES				
	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	82,2	81,4	80,6	80,1	79,4
Belize	94,5	95,5	93,3	92,2	90,7
Bermudas	81,1	81,0	80,8	80,6	80,2
Bolívia (Estado Plurinacional da)	263,3	257,9	251,9	246,8	249,0
Brasil	186,7	185,4	183,8	179,6	182,2
Canadá	45,8	46,0	46,3	46,0	45,3
Chile	105,2	103,3	101,6	101,4	101,4
Colômbia	164,8	164,2	163,0	161,9	163,7
Costa Rica	175,7	174,4	170,6	171,9	173,2
Cuba	144,5	146,2	142,5	140,5	138,3
El Salvador	170,1	169,6	168,6	165,9	167,2
Equador	168,3	167,0	165,8	164,2	162,3
Estados Unidos	45,8	46,1	46,4	46,1	46,4
Guatemala	187,7	187,3	187,2	186,2	186,9
Guiana	93,9	92,2	86,8	90,3	88,6
Haiti	120,9	119,3	116,4	114,8	117,8
Honduras	101,5	100,5	99,6	98,7	97,8
Jamaica	96,4	93,6	95,0	92,3	90,9
México	184,8	180,9	177,1	175,7	174,6
Nicarágua	162,0	164,0	160,2	158,5	156,7
Panamá	270,0	266,8	263,3	258,2	260,5
Paraguai	178,7	175,5	172,4	169,8	167,3
Peru	299,2	296,0	293,5	290,0	291,7
República Dominicana	95,1	93,4	91,7	89,8	90,6
Suriname	152,4	150,4	148,2	147,1	146,5
Trinidad e Tobago	79,2	79,9	78,6	77,4	78,0
Uruguai	35,8	35,9	36,0	35,3	35,8

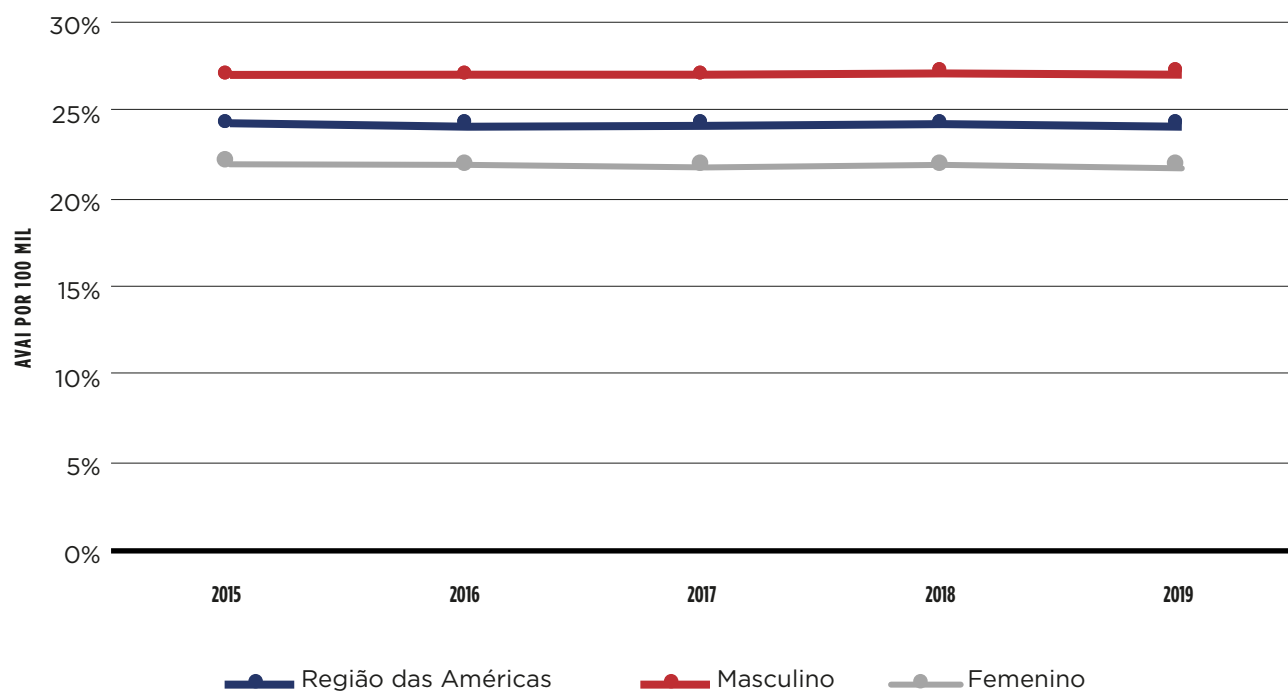
Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Glaucoma

As taxas de AVAI devido ao glaucoma por 100 mil habitantes na Região das Américas se mantiveram constantes em 24,2 AVAI durante todo o período analisado, como ilustrado na Figura 18. O glaucoma acomete mais homens que mulheres, como demonstrado pelas taxas para o ano de 2019, 27,1 AVAI para os homens e 21,8 AVAI para as mulheres. Dependendo da evolução do glaucoma, pessoas idosas com essa doença podem ter dificuldades para se locomover sem ajuda, preparar refeições ou fazer compras no supermercado. Para controlar

esta doença ocular, é essencial que o diagnóstico e o tratamento ocorram em tempo hábil, pois assim se evita a progressão rápida do glaucoma e a consequente perda significativa da visão.

Figura 18. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido ao glaucoma, por sexo, 2015-2019



Obs.: AVAI = anos de vida ajustados por incapacidade.

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Com relação às taxas de AVAI devido ao glaucoma nos países da Região, Cuba, Haiti e Peru apresentam as taxas mais altas (>48 AVAI), condizente com o número maior de casos prevalentes nesses países. Em contraste, os países da Região com renda mais alta, como Canadá, Estados Unidos e Uruguai, têm taxas mais baixas (<18 AVAI). Esses dados corroboram vários estudos que apontam a raça negra, o sexo masculino e a idade avançada como fatores de risco importantes para o desenvolvimento do glaucoma. Esses aspectos determinam a maior prevalência da doença em países como Cuba e Haiti, já que a maioria da população desses países preenche essas condições de risco (16, 17).

Tabela 3. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido ao glaucoma, por país, 2015-2019

País	Taxa de anos de vida ajustados por incapacidade por 100 mil habitantes				
	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	20,3	19,9	19,7	19,5	19,4
Belize	36,9	36,5	36,1	35,7	34,9
Bermudas	26,0	25,9	25,9	25,9	25,8
Bolívia (Estado Plurinacional da)	47,5	46,1	44,7	43,9	43,4
Brasil	41,5	41,3	40,9	41,0	40,9
Canadá	13,2	13,3	13,2	13,2	13,2
Chile	17,2	17,0	17,0	17,0	17,1
Colômbia	34,5	34,4	34,0	33,6	34,2
Costa Rica	28,3	28,0	27,4	27,3	27,6
Cuba	48,3	48,4	48,2	46,6	47,6
El Salvador	29,8	29,1	29,5	28,4	28,7
Equador	40,5	40,0	39,0	39,5	38,6
Estados Unidos	13,0	13,1	13,6	13,4	13,2
Guatemala	41,2	41,1	40,9	41,2	40,2
Guiana	36,5	35,8	35,1	33,6	34,4
Haiti	50,5	49,8	49,2	48,6	48,1
Honduras	39,0	38,5	38,0	37,5	37,0
Jamaica	34,9	34,5	33,6	34,1	33,1
México	31,3	31,1	30,9	30,6	30,2
Nicarágua	35,0	34,2	34,5	33,8	33,3
Panamá	34,1	33,3	33,7	32,8	32,4
Paraguai	43,1	42,6	42,0	41,5	40,9
Peru	49,9	49,3	48,8	47,9	48,3
República Dominicana	42,2	43,9	43,1	41,0	41,6
Suriname	44,9	44,4	43,9	43,5	43,1
Trinidad e Tobago	29,2	29,1	28,9	28,7	28,4
Uruguai	18,2	18,5	18,4	18,1	18,1

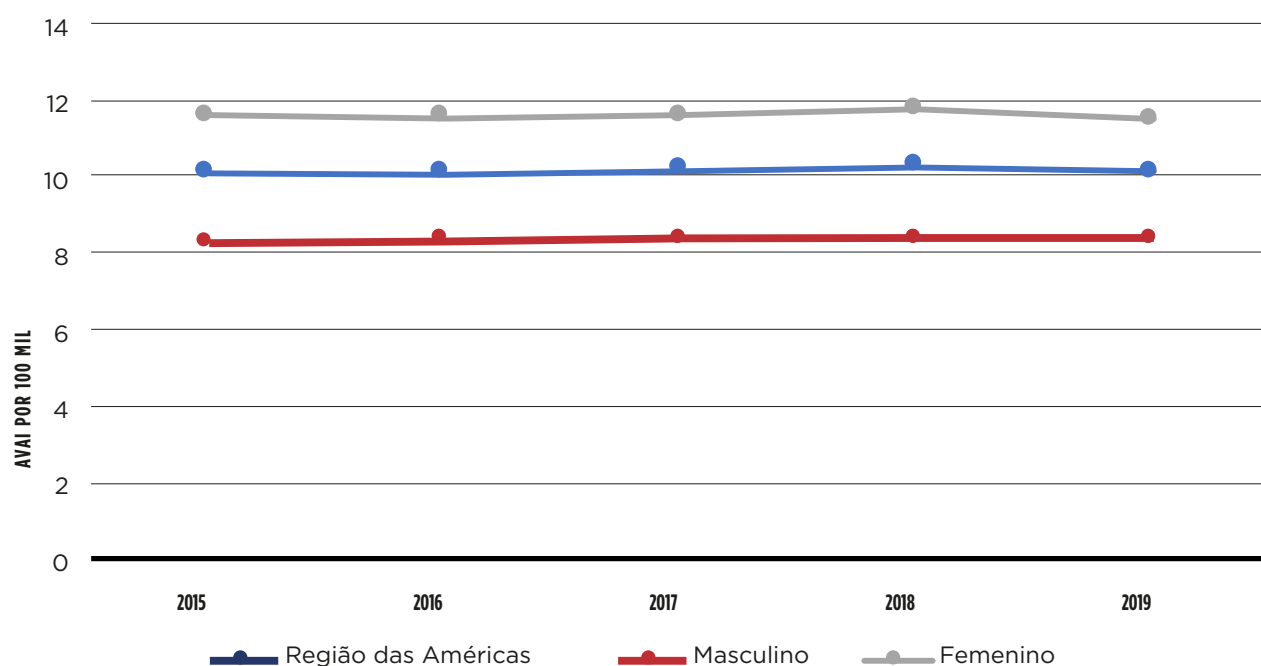
Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Degeneração macular relacionada à idade

Com o crescimento da população idosa na Região das Américas aumenta a prevalência de algumas doenças próprias da idade, como é o caso da degeneração macular relacionada à idade. No período de 2015 a 2019, a taxa de AVAI devido à degeneração macular relacionada à idade foi de 10,1 por 100 mil habitantes. Nesse mesmo período, os homens apresentam taxas mais baixas (8,4 AVAI por 100 mil habitantes) que as mulheres (quase 12

AVAI) (Figura 19). É difícil diagnosticar a degeneração macular precoce porque a detecção e tratamento oportunos requerem um sistema de saúde com condições adequadas e profissionais habilitados. Pessoas idosas com essa doença ocular enfrentam limitação da mobilidade e perda de autonomia e independência, o que restringe suas interações sociais, além de perda da visão central, que dificulta a leitura e a visualização de detalhes (2,5).

Figura 19. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à degeneração macular relacionada à idade, por sexo, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

As taxas de AVAI devido à degeneração macular relacionada à idade por país da Região das Américas são apresentadas na Tabela 4. Chama a atenção que o Peru (em torno de 33 AVAI) tem uma taxa muito mais alta que os outros países, seguido do Estado Plurinacional da Bolívia (15,7 AVAI). Por outro lado, os países da região do Caribe, como Belize, Bermudas, Guiana, Jamaica e Trinidad e Tobago, têm taxas baixas (<5,0 AVAI). Esses dados reiteram que essa doença é mais comum em populações de países de alta renda e de origem europeia, visto que sua prevalência é baixa em populações de origem hispânica ou afro-americana. No entanto, é necessário fazer uma análise mais aprofundada sobre o Peru para entender o motivo da perda de tantos anos de vida saudável devido a essa doença no país.

Tabela 4. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à degeneração macular relacionada à idade, por país, 2015-2019

PAÍS	TAXA DE ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE POR 100 MIL HABITANTES				
	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	8,8	8,7	8,6	8,6	8,5
Belize	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1
Bermudas	3,7	3,6	3,7	3,6	3,6
Bolívia (Estado Plurinacional da)	16,3	16,1	15,8	15,6	15,7
Brasil	13,5	13,5	13,5	13,5	13,7
Canadá	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6
Chile	6,6	6,5	6,5	6,5	6,6
Colômbia	11,1	11,0	10,9	11,1	11,0
Costa Rica	10,2	10,0	9,9	10,1	10,0
Cuba	5,3	5,4	5,1	5,3	5,4
El Salvador	6,7	6,7	6,6	6,6	6,6
Equador	12,9	12,9	12,8	12,7	12,4
Estados Unidos	7,7	7,8	7,8	7,9	8,1
Guatemala	12,4	12,6	12,5	12,5	12,2
Guiana	4,3	4,2	4,2	4,1	4,2
Haiti	5,1	5,0	4,9	4,9	5,0
Honduras	9,8	9,8	9,8	9,7	9,8
Jamaica	4,0	4,0	3,9	3,9	4,0
México	13,5	13,4	13,4	13,3	13,1
Nicarágua	11,1	11,1	11,0	10,9	10,8
Panamá	10,8	10,7	10,6	10,5	10,4
Paraguai	7,6	7,5	7,5	7,4	7,4
Peru	33,6	33,3	33,1	32,9	32,8
República Dominicana	5,6	5,5	5,4	5,4	5,4
Suriname	8,6	8,6	8,5	8,5	8,5
Trinidad e Tobago	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
Uruguai	10,0	10,0	9,9	9,8	9,8

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Análise de aspectos relacionados aos serviços de saúde visual na Região

A sub-região da América Latina e do Caribe está envelhecendo de forma acelerada, e estima-se que, até 2030, a população acima dos 60 anos represente 17% da população total (21). Isso significa que os governos dos diferentes países devem se preparar e fortalecer todos os seus processos sociais, econômicos e de saúde e bem-estar para essa população, inclusive os processos relacionados aos serviços de saúde visual, para prestar atenção integral às pessoas idosas. A seguir, são apresentadas estatísticas de profissionais de saúde visual na Região (Tabela 5) e de um indicador de qualidade dos sistemas de saúde relativo à acessibilidade das pessoas aos serviços e seu bom funcionamento, representado pela taxa de cirurgias de catarata (Tabela 6).

Em termos do número absoluto e da taxa de profissionais de saúde visual por milhão de habitantes, continua existindo uma grande lacuna entre os países da Região. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a proporção média de pessoal médico especializado em oftalmologia na população deve ser de 1 para 20 mil habitantes (5, 22), como se observa nos países de renda mais alta. Porém, são necessários dados mais atualizados para obter um panorama mais claro da situação da Região.

Os profissionais de optometria desempenham um papel muito importante na atenção primária em todos os países, pois são a porta de entrada dos habitantes para serviços especializados em saúde visual. Apesar do aumento do número e da taxa de profissionais de optometria na Região, nem todos os países reconhecem a optometria como profissão, portanto as funções desses profissionais se restringem a ações básicas que não contribuem da melhor maneira para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Tabela 5. Região das Américas: número de profissionais de saúde visual, por país

PAÍS	Nº DE OFTALMOLOGISTAS	OFTALMOLOGISTAS POR MILHÃO DE HABITANTES	Nº DE OPTOMETRISTAS	OPTOMETRISTAS POR MILHÃO DE HABITANTES
Argentina	4500 (2015)	103,6 (2015)	350 (2018)	7,7 (2018)
Belize	5 (2013)	13,9 (2013)	11 (2019)	27,7 (2019)
Bermudas	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Bolívia (Estado Plurinacional da)	300 (2015)	28 (2015)	80 (2018)	6,9 (2018)
Brasil	14 000 (2015)	67,4 (2015)	3500 (2019)	16,5 (2019)
Canadá	1221 (2015)	34 (2015)	5400 (2018)	143,1 (2018)
Chile	893 (2015)	49,8 (2015)	800 (2020)	41,8 (2020)
Colômbia	1500 (2015)	31,1 (2015)	6491 (2020)	127,6 (2020)
Costa Rica	150 (2015)	31,2 (2015)	600 (2018)	117,8 (2018)
Cuba	1879 (2015)	165 (2015)	Sin datos	Sin datos
El Salvador	400 (2015)	24,8 (2015)	10 (2019)	0,6 (2019)
Equador	175 (2015)	28,6 (2015)	288 (2020)	44,4 (2020)
Estados Unidos	17 600 (2015)	54,7 (2015)	37 200 (2019)	112,4 (2019)
Guatemala	325 (2015)	19,9 (2015)	800 (2019)	44,7 (2019)
Guiana	10 (2013)	13 (2013)	49 (2019)	62,3 (2019)
Haiti	58 (2015)	5,4 (2015)	7 (2020)	0,6 (2020)
Honduras	95 (2015)	11,8 (2015)	Sin datos	Sin datos
Jamaica	50 (2013)	17,9 (2013)	31 (2020)	10,5 (2020)
México	5400 (2015)	42,5 (2015)	7257 (2019)	56,3 (2019)
Nicarágua	120 (2015)	19,7 (2015)	78 (2020)	11,8 (2020)
Panamá	117 (2015)	29,8 (2015)	16 (2014)	3,7 (2014)
Paraguai	216 (2019)	34,6 (2019)	Sin datos	Sin datos
Peru	1012 (2019)	39,6 (2019)	3000 (2019)	91 (2019)
República Dominicana	432 (2015)	41 (2015)	31 (2020)	2,9 (2020)
Suriname	12 (2015)	22,1 (2015)	5 (2013)	8,5 (2013)
Trinidad e Tobago	35 (2015)	25,7 (2015)	189 (2019)	135 (2019)
Uruguai	220 (2015)	64,1 (2015)	65 (2019)	18,7 (2019)

Obs.: O ano em que os dados foram obtidos está indicado entre parênteses.

Fonte: Elaborado com base em Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira. Vision Atlas [Internet]. Inglaterra e País de Gales: IAPB; [c2023] [consultado em 22 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.iapb.org/es/learn/vision-atlas/>.

Com relação ao volume anual de cirurgias de catarata e taxa de cirurgias por habitante, a OMS estabeleceu um padrão ideal de 3 mil cirurgias por milhão de habitantes por ano (23). Esse indicador permite acompanhar a melhoria dos serviços de saúde visual nos países. As estimativas para cada país da Região são apresentadas na Tabela 6. Elas evidenciam uma enorme heterogeneidade nesse indicador: alguns países estão acima do valor ideal, enquanto outros estão muito abaixo, sinalizando pouca acessibilidade aos serviços de saúde visual.

Tabela 6. Região das Américas: número de cirurgias de catarata, taxa de cirurgias por milhão de habitantes e cobertura efetiva de cirurgias de catarata, por país

PAÍS	Nº ANUAL DE CIRURGIAS DE CATARATA	TAXA DE CIRURGIAS DE CATARATA POR MILHÃO DE HABITANTES	COBERTURA EFETIVA DE CIRURGIAS DE CATARATA
Argentina	284 061 (2013)	6748 (2013)	75,3% (2017)
Belize	215 (2013)	639 (2013)	Sin datos
Bermudas	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Bolívia (Estado Plurinacional da)	5995 (2013)	586 (2013)	Sin datos
Brasil	640 654 (2014)	3165 (2014)	Sin datos
Canadá	Sin datos	6000 (2016)	Sin datos
Chile	42 322 (2013)	2434 (2013)	53,8% (2006)
Colômbia	93 984 (2013)	2005 (2013)	Sin datos
Costa Rica	13 729 (2013)	2950 (2013)	Sin datos
Cuba	35335 (2013)	3115 (2013)	Sin datos
El Salvador	14 994 (2013)	972 (2013)	43,3% (2017)
Equador	12 235 (2013)	2015 (2013)	30,3% (2017)
Estados Unidos	Sin datos	11 000 (2011)	Sin datos
Guatemala	11 997 (2013)	781 (2013)	Sin datos
Guiana	1830 (2013)	2413 (2013)	Sin datos
Haiti	5579 (2013)	542 (2013)	Sin datos
Honduras	5590 (2013)	723 (2013)	45,7% (2013)
Jamaica	730 (2013)	264 (2013)	Sin datos
México	180 046 (2013)	1475 (2013)	Sin datos
Nicarágua	10 278 (2013)	1749 (2013)	Sin datos
Panamá	5850 (2013)	1563 (2013)	Sin datos
Paraguai	13 378 (2019)	1899 (2019)	Sin datos
Peru	68 902 (2019)	2119 (2019)	36,9% (2011)
República Dominicana	22 001 (2013)	2167 (2013)	30,2% (2017)
Suriname	Sin datos	9103 (2019)	Sin datos
Trinidad e Tobago	Sin datos	2600 (2016)	Sin datos
Uruguai	7341 (2013)	2161 (2013)	64% (2017)

Obs.: O ano em que os dados foram obtidos está indicado entre parênteses.

Fonte: Elaborado com base em Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira. Vision Atlas [Internet]. Inglaterra e País de Gales: IAPB; [c2023] [consultado em 22 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.iapb.org/es/learn/vision-atlas/>.

Desafios em saúde visual

Os países da Região das Américas empenharam-se para manter a saúde visual de suas populações em condições ideais. Porém, haverá grandes desafios para atender às necessidades de saúde visual das pessoas idosas, já que, com o aumento dessa população, cresce a prevalência de doenças visuais, com um consequente aumento da demanda por serviços de saúde visual em todos os níveis de complexidade.

Há poucos dados populacionais e pesquisas epidemiológicas em saúde visual de nível mundial, especialmente na Região das Américas. Isso ocorre em parte porque a saúde visual não é considerada uma prioridade nos planos estratégicos de saúde dos países. Assim, os recursos destinados a esse problema são insuficientes, o que limita a possibilidade de reforçar os sistemas de saúde visual com ações integrais contínuas e centradas na pessoa para a cobertura universal de saúde.

Nesse contexto, é preciso desenvolver sistemas de informação de acesso aberto específicos para saúde visual que permitam aumentar a rastreabilidade de todos os indicadores de qualidade dos sistemas de saúde e reflitam a realidade de cada país, com o objetivo de melhorar as decisões dos principais atores dos processos.

É preciso aumentar o acesso a tecnologias em saúde visual e, especificamente, continuar a promover a acessibilidade da população à cirurgia de catarata e à correção de erros de refração e presbiopia em tempo hábil para reduzir as deficiências visuais, melhorar a qualidade de vida das pessoas e promover o envelhecimento saudável.

Conclusões e recomendações

Com a melhoria da implementação de estratégias de detecção precoce com base nas melhores evidências disponíveis na atenção primária à saúde e no ambiente comunitário, é possível mitigar os efeitos negativos dos diferentes problemas visuais e, assim, preservar a habilidade funcional das pessoas e favorecer o envelhecimento saudável. Para isso, são necessários sistemas de saúde que integrem o componente de saúde visual, com acesso universal e equitativo.

Embora existam inquéritos populacionais padronizados para avaliar a prevalência da deficiência visual e da incapacidade associada a afecções oculares, mais da metade dos países da Região não os aplicam, ou os dados disponíveis já estão desatualizados. Um elemento fundamental das políticas públicas é dispor das melhores evidências de qualidade disponíveis para tomar decisões acertadas, algo que os governos dos países precisam buscar com mais afinco. Para isso, é preciso alocar os recursos necessários para produzir dados mais atualizados e padronizados. Além disso, é preciso levar em consideração as necessidades específicas de monitoramento das pessoas idosas em diferentes faixas etárias.

Houve um aumento no número de recursos humanos em saúde visual. Nesse aspecto, porém, ainda há uma grande lacuna nos países de renda mais baixa, que deve ser superada com estratégias integrais para a criação de programas para profissionais de saúde visual e capacitação de outros profissionais em tópicos de saúde pública, educação e detecção precoce de doenças, entre outros, sobretudo na atenção primária. Também é preciso haver uma distribuição mais balanceada dos profissionais de saúde visual em cada país da Região das Américas.

A saúde visual deve ser universal e de fácil acesso para quem precisar dela. Por isso, é essencial que as intervenções ou ações relacionadas estejam integradas ao sistema de saúde dos países da Região das Américas.

SAÚDE AUDITIVA DAS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Morbidade

A saúde auditiva da população na Região das Américas tem estado em constante evolução, em grande parte devido ao crescimento da população idosa. É, portanto, fundamental proporcionar serviços de saúde adequados para atender às necessidades dessa comunidade. Para isso, é preciso dispor de informações válidas, confiáveis e relevantes sobre saúde auditiva que permitam fazer acompanhamento e monitoramento contínuos das doenças mais prevalentes para planejar estratégias que promovam o envelhecimento saudável das pessoas idosas da Região.

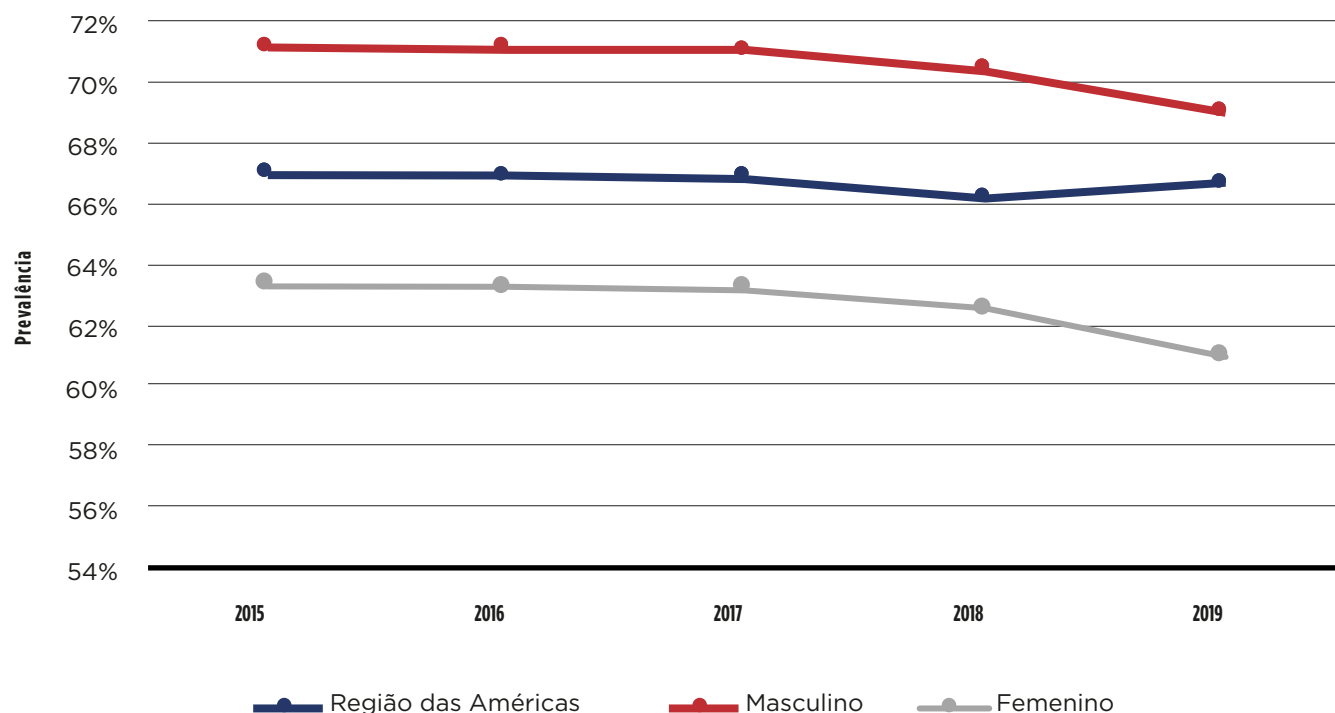
A perda auditiva pode ser provocada por danos em alguma parte do sistema auditivo periférico ou central. As principais causas de perda auditiva neurossensorial são processos degenerativos relacionados ao envelhecimento, mutações genéticas, exposição a ruído, exposição a fármacos terapêuticos com efeitos ototóxicos e doenças crônicas (24). Apresenta-se a seguir a prevalência da perda auditiva relacionada à idade e por outras causas na população acima de 50 anos segundo o país, a faixa etária e o sexo.

Presbiacusia

Um dos efeitos do envelhecimento no sistema auditivo é a perda progressiva da audição relacionada à idade, conhecida como presbiacusia, que normalmente é bilateral, simétrica e mais pronunciada nas frequências mais altas (>2.000 Hz). Existem dois tipos, sensorial e metabólica (24, 25). A presbiacusia sensorial ocorre quando há dano ou morte das células ciliadas sensoriais cocleares. Na presbiacusia metabólica, ocorre uma diminuição do funcionamento da estria vascular devido a mudanças relacionadas à idade, mas as causas ainda não foram totalmente elucidadas (26).

As estimativas da prevalência de presbiacusia na Região das Américas indicam tendência de estabilidade no período de 2015 a 2019, com uma prevalência ponderada de 66,68%. Quanto ao sexo, há uma prevalência maior de presbiacusia em homens (70,51%) que mulheres (62,61%) nesse mesmo período (Figura 20).

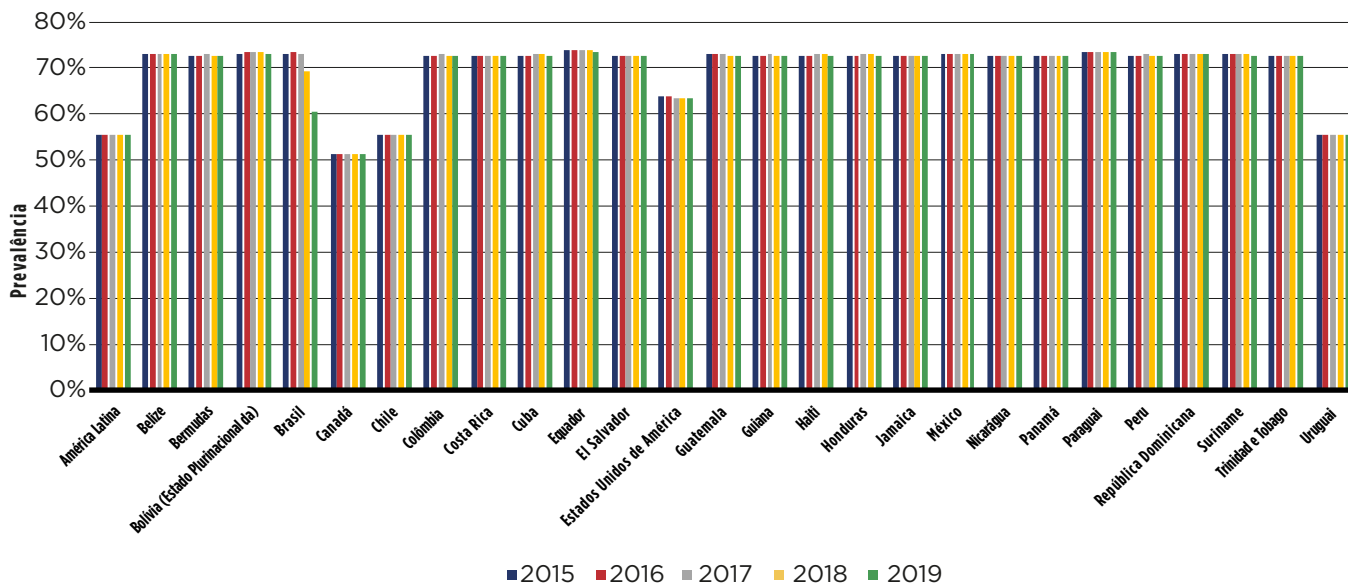
Figura 20. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiacusia em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência de presbiacusia por país da Região das Américas no período de 2015 a 2019 é ilustrada na Figura 21. Observa-se prevalência em torno de 70% na maioria dos países, com exceção de Argentina, Canadá, Chile, Estados Unidos e Uruguai, onde o percentual de casos prevalentes não passa de 55%. Vale lembrar que as causas dessa doença incluem envelhecimento coclear, alguns fatores ambientais (como ruídos), predisposição genética, maior vulnerabilidade ao estresse fisiológico e hábitos modificáveis (27).

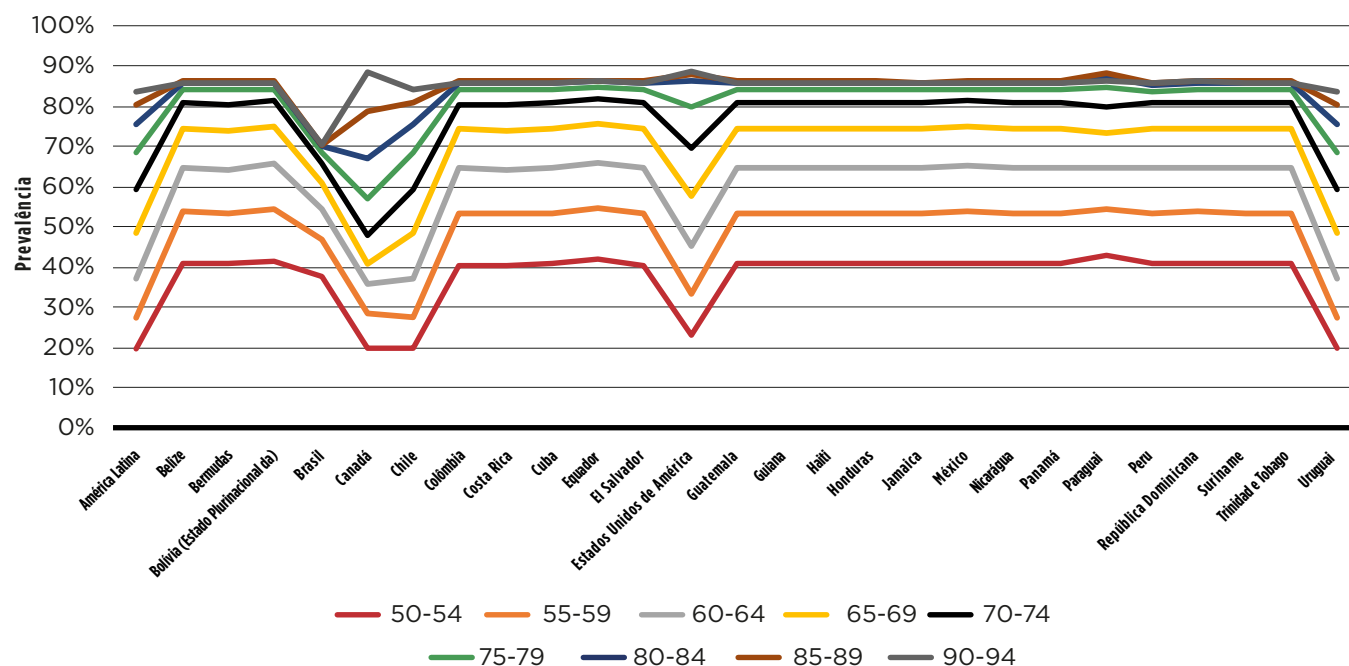
Figura 21. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiacusia em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência de presbiacusia por faixa etária a partir de 50 anos em 2019, por país, é ilustrada na Figura 22. De modo geral, os dados disponíveis evidenciam uma mudança importante na prevalência da doença em todos os países começando aos 60 anos: a prevalência ponderada gira em torno de 59% na faixa de 60 a 64 anos e, daí por diante, aumenta quase 10% em cada faixa seguinte. Isso é compatível com as evidências de que a audição diminui com a idade devido a diversos fatores. Isso significa que, quando a pessoa idosa não é tratada em tempo hábil, enfrenta dificuldades para interagir socialmente e entender o que é dito, perdendo sua autonomia, o que em alguns casos pode levar à depressão e ansiedade (28).

Figura 22. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de presbiacusia, por país e faixa etária, 2019



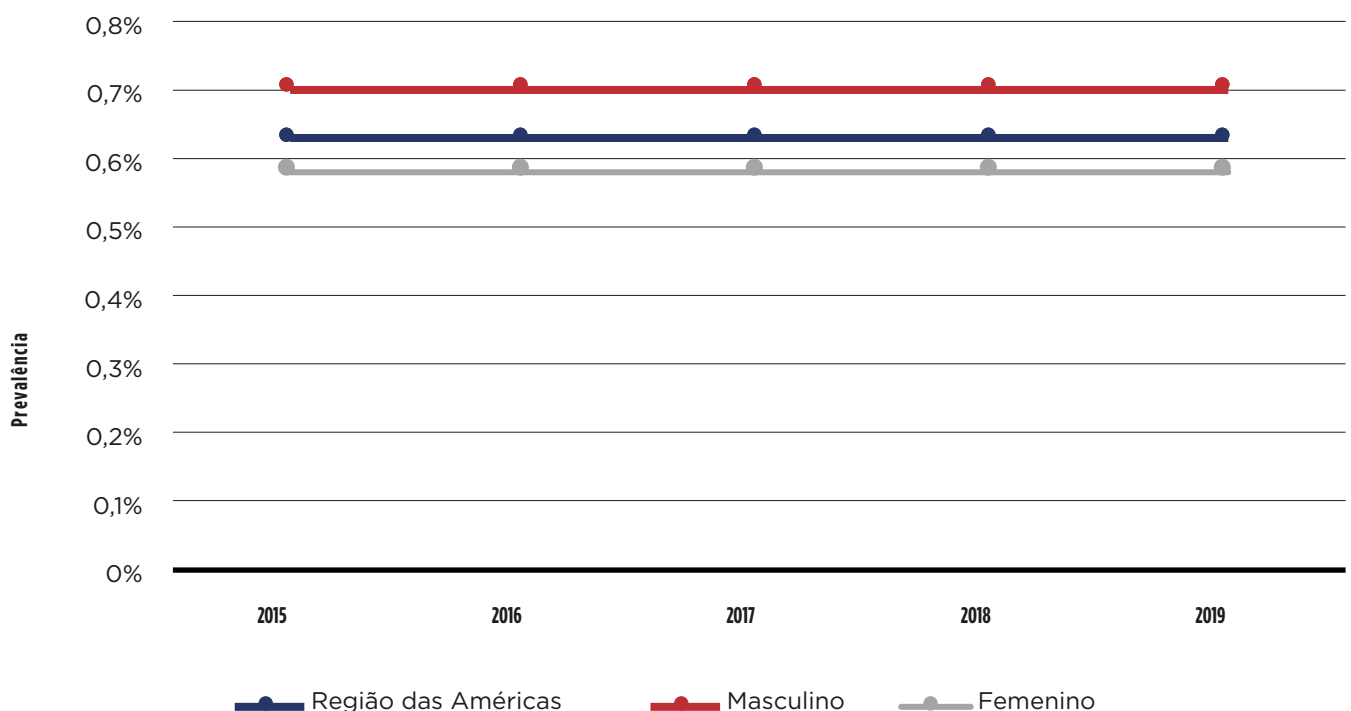
Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Otite média

As infecções de ouvido são mais comuns na infância, mas podem ocorrer em qualquer estágio da vida e causar complicações graves, como perda da audição ou até mesmo a morte. A otite média (ou inflamação do ouvido médio) pode ser de etiologia bacteriana ou viral e consiste em um espectro de doenças que inclui otite média aguda, otite média com derrame e otite média crônica supurativa. Nos países em desenvolvimento, a otite média crônica supurativa é uma das principais causas de perda auditiva e ocorre em maior proporção nas pessoas idosas (29). Em uma revisão sistemática sobre a carga global de otite média, a taxa média de incidência de otite média aguda foi estimada em 10,8 novos episódios para cada 100 pessoas por ano (30). Segundo estimativas da OMS, a cada ano 28 mil mortes são atribuíveis a complicações da otite média, principalmente mastoidite, meningite e abscessos cerebrais. Demonstrou-se que a mortalidade é maior nos primeiros cinco anos de vida e em pessoas acima de 75 anos. Além disso, a OMS estimou que entre 65 e 330 milhões de pessoas apresentam quadro de otite média crônica supurativa (têm sinais da doença); dessas, 50% têm deficiência auditiva (31).

A prevalência de otite média na Região das Américas em pessoas acima de 50 anos no período de 2015 a 2019, por sexo, é ilustrada na Figura 23. Observa-se uma tendência de estabilidade na prevalência (0,63%). Quanto ao sexo, a prevalência é mais alta em homens (prevalência ponderada de 0,70%) que em mulheres (0,58%). Se não for tratada a tempo, a otite média pode causar deficiência auditiva e comprometer a capacidade intrínseca e a habilidade funcional das pessoas idosas, levando a restrições na vida social e redução da autonomia, com perda da qualidade de vida e aumento dos problemas de saúde mental.

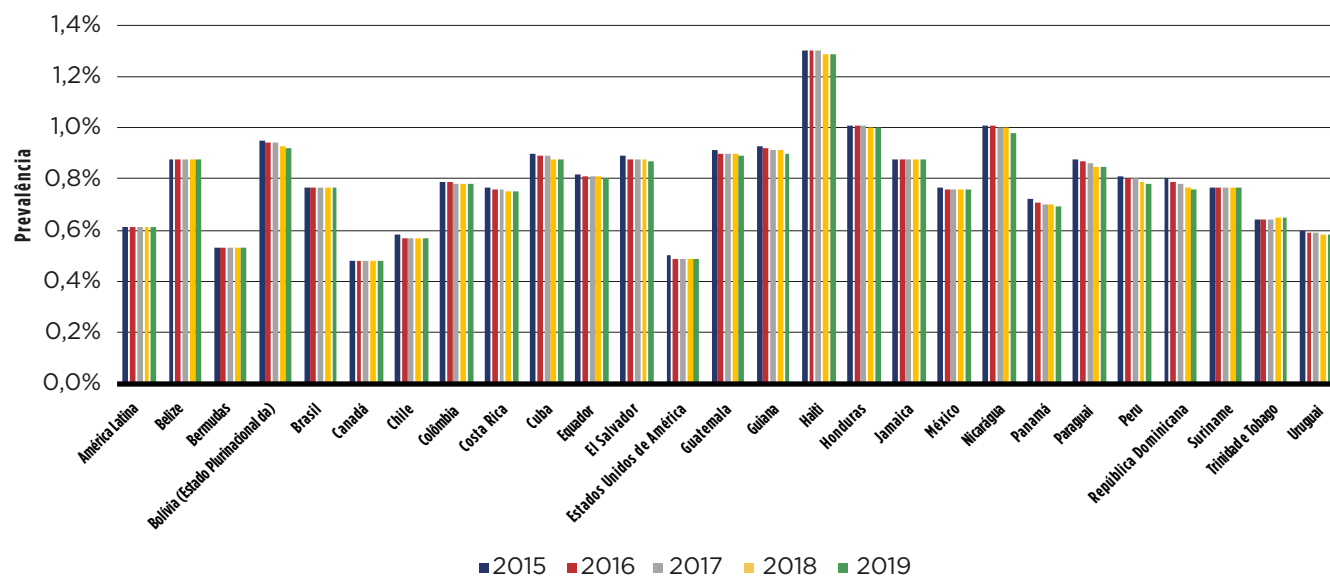
Figura 23. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de otite média em pessoas acima de 50 anos, por sexo, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Com relação ao percentual do total de casos prevalentes de otite média em pessoas acima de 50 anos por país, as prevalências ponderadas mais altas no período de 2015 a 2019 são observadas no Haiti (1,29%), em Honduras (1,01%) e na Nicarágua (1,0%). Em contrapartida, o Canadá (0,48%), os Estados Unidos (0,49%) e o Uruguai (0,59%) têm o menor número de casos prevalentes no mesmo período (Figura 24). O denominador comum dos países com a maior prevalência dessa doença é que são países de baixa e média renda cujos sistemas de saúde não estão centrados na pessoa e que, portanto, podem ter dificuldades para detectar essas doenças auditivas em tempo hábil.

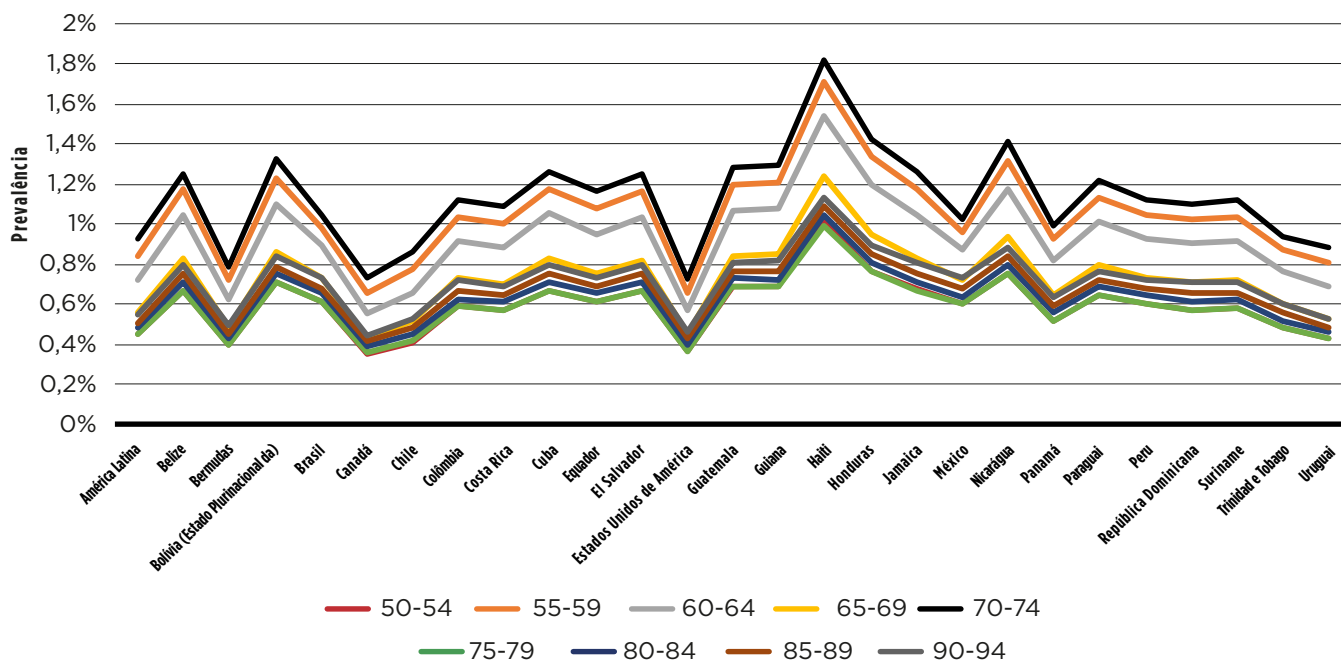
Figura 24. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de otite média em pessoas acima de 50 anos, por país, 2015-2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

A prevalência de otite média por faixa etária acima de 50 anos em 2019, por país, é ilustrada na Figura 25. De modo geral, a prevalência de otite média diminui com a idade, porque ela é mais prevalente na população infantil que na adulta. As prevalências mais altas em cada faixa etária são observadas no Haiti, em Honduras e na Nicarágua. Na faixa de 50 a 54 anos, por exemplo, a prevalência mais alta é registrada no Haiti (1,83%), seguido de Honduras (1,43%) e Nicarágua (1,41%). Na faixa de 90 a 94 anos, as prevalências são de 1,13% no Haiti, 0,90% em Honduras e 0,88% na Nicarágua.

Figura 25. Região das Américas: percentual do total de casos prevalentes de otite média, por país e faixa etária, 2019



Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Estimativa da carga de doença por deficiência e incapacidade auditiva

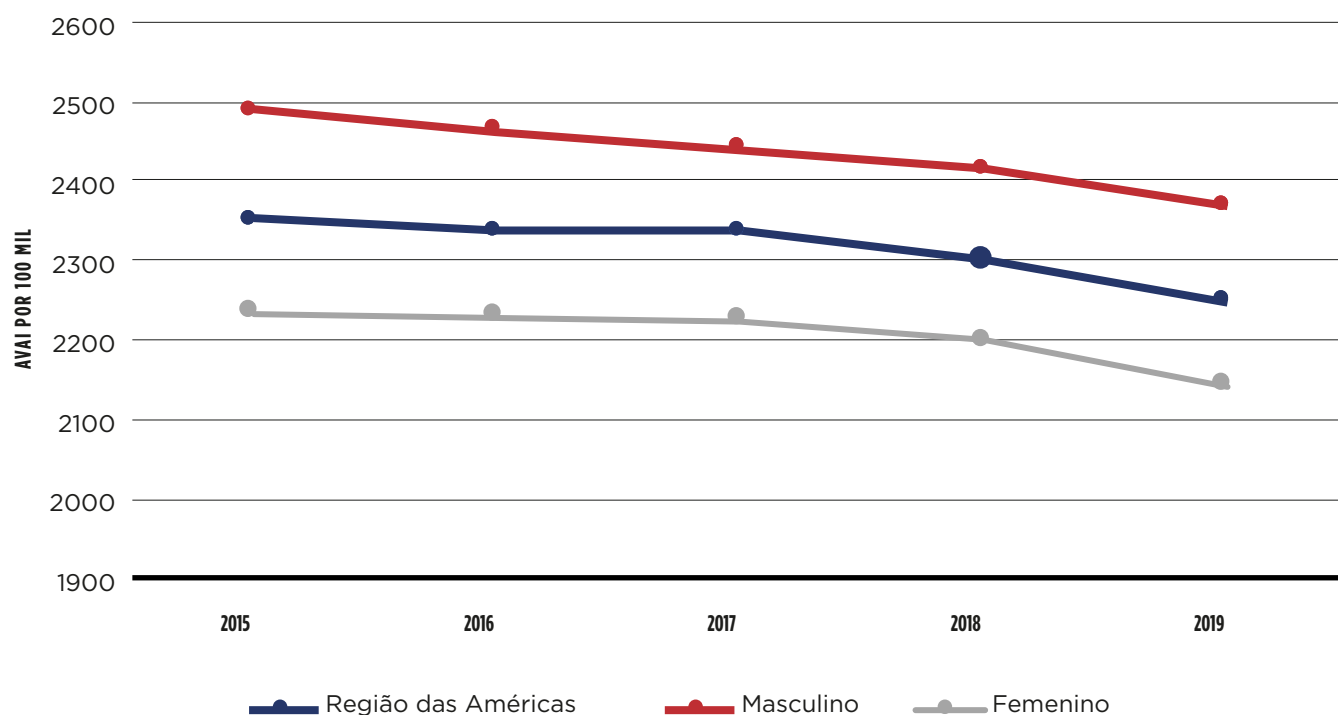
Presbiacusia

A perda auditiva é muitas vezes referida como “incapacidade invisível”, não só pela ausência de manifestações evidentes, mas também porque durante muito tempo foi estigmatizada nas comunidades e ignorada pelos responsáveis pelas políticas públicas (32). Estima-se que, em todo o mundo, mais de 1,5 bilhão de pessoas tenha algum grau de perda auditiva. Dessas, calcula-se que 430 milhões tenham perda auditiva moderada ou grave no ouvido de melhor audição (32). Esses dados evidenciam que é necessário priorizar a saúde auditiva em todos os países da Região das Américas e implementar todas as estratégias formuladas pela OMS com o objetivo de mitigar as consequências indesejáveis da perda auditiva moderada ou grave.

As taxas de AVAI devido à presbiacusia por 100 mil habitantes na Região das Américas são apresentadas na Figura 26. A taxa ponderada gira em torno de 2.313 AVAI e afeta mais os homens que as mulheres, conforme indicado pelas taxas de AVAI em 2019 de 2.368 e 2.140 AVAI, respectivamente. De modo geral, a perda auditiva relacionada

à idade e por outras causas foi a terceira causa mais importante de anos vividos com incapacidade em nível mundial em 2019, depois da dor lombar e da enxaqueca, e a principal causa de distúrbios sensoriais em pessoas acima de 70 anos (33).

Figura 26. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiacusia, por sexo, 2015-2019



Obs.: AVAI = anos de vida ajustados por incapacidade.

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

As taxas de AVAI devido à presbiacusia nos países da Região das Américas são apresentadas na Tabela 7. De modo geral, a taxa de AVAI foi de 2.371 em 2015 e foi diminuindo até 2019, quando a taxa foi de 2.336. Os países com as taxas mais altas são o Estado Plurinacional da Bolívia e o Equador, que têm taxas em torno de 2.500 AVAI por 100 mil habitantes. Por outro lado, países como o Canadá e o Uruguai têm taxas inferiores a 2.100 AVAI. Os dados confirmam que, comparados a países ricos ou de renda alta, os países de baixa e média renda têm taxas de AVAI mais altas, possivelmente porque sua população tem menos acesso à atenção à saúde, baixa cobertura de aparelhos auditivos e menor probabilidade de receber a atenção necessária.

Tabela 7. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à presbiacusia, por país, 2015-2019

PAÍS	TAXA DE ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE POR 100 MIL HABITANTES				
	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	2119,4	2107,9	2097,2	2094,4	2094,8
Belize	2461,6	2461,2	2460,8	2455,9	2445,2
Bermudas	2352,1	2354,2	2356,5	2350,4	2337,7
Bolívia (Estado Plurinacional da)	2528,0	2520,0	2510,8	2505,5	2500,3
Brasil	2432,8	2440,1	2442,7	2303,6	2004,3
Canadá	1894,7	1890,8	1887,0	1892,9	1907,1
Chile	2183,4	2177,6	2172,7	2169,5	2167,0
Colômbia	2375,8	2376,7	2377,0	2371,0	2359,3
Costa Rica	2336,2	2335,2	2333,4	2328,0	2318,1
Cuba	2417,9	2417,6	2416,7	2410,2	2397,8
El Salvador	2598,5	2566,7	2537,5	2528,1	2519,2
Equador	2382,3	2382,3	2383,2	2378,5	2370,4
Estados Unidos	2357,4	2331,7	2306,0	2300,7	2296,9
Guatemala	2402,6	2400,7	2398,9	2394,4	2386,5
Guiana	2421,1	2420,7	2419,4	2413,4	2401,5
Haiti	2502,4	2504,0	2506,3	2500,8	2490,1
Honduras	2429,0	2430,4	2432,5	2428,0	2418,9
Jamaica	2410,7	2409,4	2408,3	2405,2	2399,4
México	2430,4	2425,2	2419,8	2413,2	2401,7
Nicarágua	2419,1	2419,4	2419,5	2415,3	2406,9
Panamá	2345,9	2344,6	2341,8	2335,2	2323,6
Paraguai	2439,0	2435,5	2432,9	2427,8	2419,5
Peru	2381,0	2382,1	2383,6	2381,2	2375,4
República Dominicana	2471,0	2469,2	2467,7	2461,4	2449,9
Suriname	2413,1	2414,8	2415,7	2409,8	2396,7
Trinidad e Tobago	2365,2	2364,3	2363,4	2359,7	2351,6
Uruguai	2162,4	2149,4	2138,0	2135,8	2139,0

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

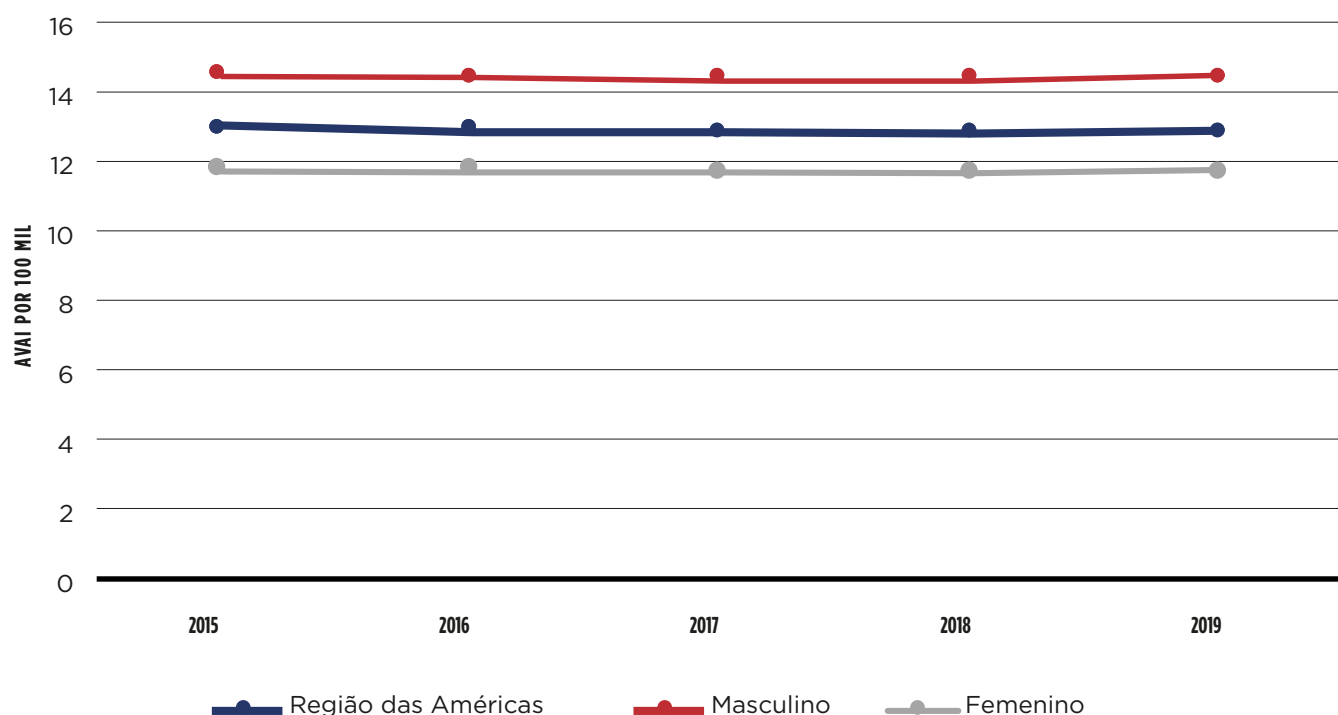
Otite média

Segundo estudos realizados em 2012, estima-se em 709 milhões o número total anual de novos episódios de otite média aguda em todo o mundo, e 51% deles ocorrem em menores de 5 anos. A taxa de incidência média mundial de otite média crônica supurativa é estimada em 4,8 episódios novos para cada 1.000 pessoas (de todas as idades) ao ano. Estima-se que, por ano, há 31 milhões de novos episódios de otite média crônica supurativa (30). Vale salientar que

existem poucos dados sobre essa doença na população adulta, inclusive em pessoas idosas, por falta de estudos relevantes. Contudo, as informações disponíveis sobre os AVAI devido a essa doença são apresentadas a seguir.

A taxa de AVAI devido à otite média por 100 mil habitantes em pessoas acima de 50 anos na Região das Américas é ilustrada na Figura 27. A taxa geral ponderada no período de 2015 a 2019 é de 12,8 AVAI. A doença acomete mais os homens, que registraram uma taxa de AVAI de 14,4 em 2015 e de mais de 14,3 AVAI em 2019. As mulheres, por sua vez, registram uma taxa de 11,7 AVAI em 2015 e 2019.

Figura 27. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à otite média, por sexo, 2015-2019



Obs.: AVAI = anos de vida ajustados por incapacidade.

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Com relação às taxas de AVAI dos países da Região das Américas em 2015, Haiti, Honduras e Estado Plurinacional da Bolívia têm as taxas mais altas, 26,5, 20,3 e 19,1 AVAI, respectivamente. Isso está relacionado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde auditiva nos países de renda mais baixa ou em desenvolvimento e ao controle

inadequado dos fatores de risco dessa doença. Em 2019, as taxas de AVAI continuam sendo mais altas nesses mesmos países (Haiti, Honduras e Estado Plurinacional da Bolívia), com valores superiores a 18,5 AVAI (Tabela 8).

Tabela 8. Região das Américas: anos de vida ajustados por incapacidade devido à otite média, por país, 2015-2019

PAÍS	TAXA DE ANOS DE VIDA AJUSTADOS POR INCAPACIDADE POR 100 MIL HABITANTES				
	2015	2016	2017	2018	2019
Argentina	12,4	12,3	12,3	12,3	12,2
Belize	17,7	17,6	17,6	17,6	17,6
Bermudas	10,6	10,6	10,6	10,6	10,6
Bolívia (Estado Plurinacional da)	19,1	18,9	18,7	18,6	18,5
Brasil	16,2	16,1	16,1	16,0	16,0
Canadá	10,2	10,1	10,1	10,0	9,99
Chile	11,9	11,8	11,7	11,6	11,6
Colômbia	16,2	16,1	16,0	15,9	15,8
Costa Rica	15,4	15,3	15,2	15,1	15,0
Cuba	18,3	18,1	18,0	17,9	17,8
El Salvador	16,4	16,3	16,2	16,1	16,1
Equador	17,7	17,6	17,5	17,4	17,3
Estados Unidos	10,0	10,0	9,9	9,9	9,9
Guatemala	18,0	17,9	17,9	17,8	17,8
Guiana	18,6	18,5	18,3	18,2	18,0
Haiti	26,5	26,4	26,3	26,2	26,1
Honduras	20,3	20,2	20,2	20,1	19,9
Jamaica	17,7	17,7	17,6	17,6	17,6
México	15,5	15,4	15,4	15,3	15,3
Nicarágua	15,5	15,4	15,4	15,3	15,3
Panamá	14,3	14,1	14,0	13,9	13,7
Paraguai	17,6	17,4	17,2	17,1	17,0
Peru	16,2	16,1	16,0	15,9	15,7
República Dominicana	16,1	15,9	15,7	15,5	15,3
Suriname	15,4	15,4	15,3	15,4	15,4
Trinidad e Tobago	12,8	12,8	12,8	12,9	12,9
Uruguai	12,0	11,9	11,8	11,7	11,6

Fonte: Elaborado com base em Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Análise de aspectos relacionados aos serviços de saúde auditiva na Região

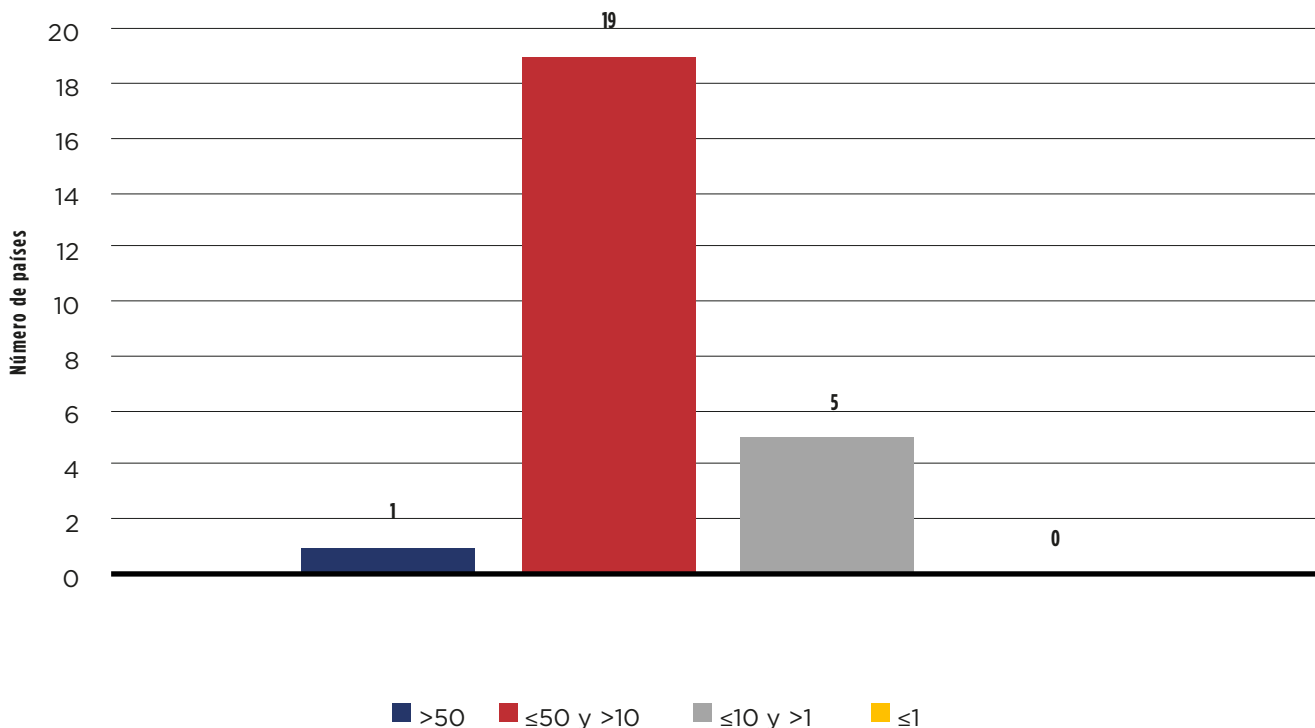
Um dos principais desafios para a OMS e os países da Região das Américas, sem dúvida, é conseguir que a atenção à saúde auditiva seja acessível para todos. Além disso, é importante fortalecer a pesquisa sobre as principais doenças auditivas em pessoas idosas, com a realização de estudos populacionais para estimar a prevalência e de estudos longitudinais que forneçam dados de incidência em todos os países da Região das Américas. Nesse sentido, a principal diferença entre os países está nos avanços econômicos e sociais e nas estratégias de saúde pública implementadas. É necessário adaptar os serviços de saúde auditiva para implementar ações que permitam consolidar estratégias de promoção da saúde, prevenção, detecção, tratamento e reabilitação para quem precise sem incorrer em custos adicionais elevados.

Um aspecto indispensável para essa transformação dos serviços de saúde é a disponibilidade de profissionais de saúde adequados em todo o percurso de atenção integral nos serviços de saúde auditiva. Nesta seção, é feita uma análise mais aprofundada dessa questão, com a apresentação dos dados disponíveis relativos aos profissionais de saúde auditiva na Região das Américas.

Segundo os dados atuais, a maioria dos países de baixa e média renda tem pouco pessoal técnico e profissional, incluindo especialistas em otorrinolaringologia (médicos especialistas habilitados no tratamento de doenças do ouvido, nariz e garganta por meio de curso de pós-graduação ou diploma reconhecido por uma instituição de ensino superior) capazes de prestar de forma adequada e com qualidade todos os serviços de saúde auditiva necessários para a população acima de 70 anos (34).

Na Região das Américas, a densidade de otorrinolaringologistas é deficitária, e apenas um país (Argentina) tem mais de 50 profissionais por milhão de habitantes, o número ideal para prestar bons serviços de saúde auditiva (34). Dezenove países da Região têm entre 50 e 10 otorrinolaringologistas por milhão de habitantes, e 5 países têm entre 10 e 1 profissional por milhão de habitantes (Figura 28) (34). Esses valores servem de alerta para os principais atores do governo, dado que, diante da atual falta de pessoal qualificado, não será possível proporcionar atenção adequada e universal à população idosa da Região.

Figura 28. Região das Américas: densidade de otorrinolaringologistas por milhão de habitantes

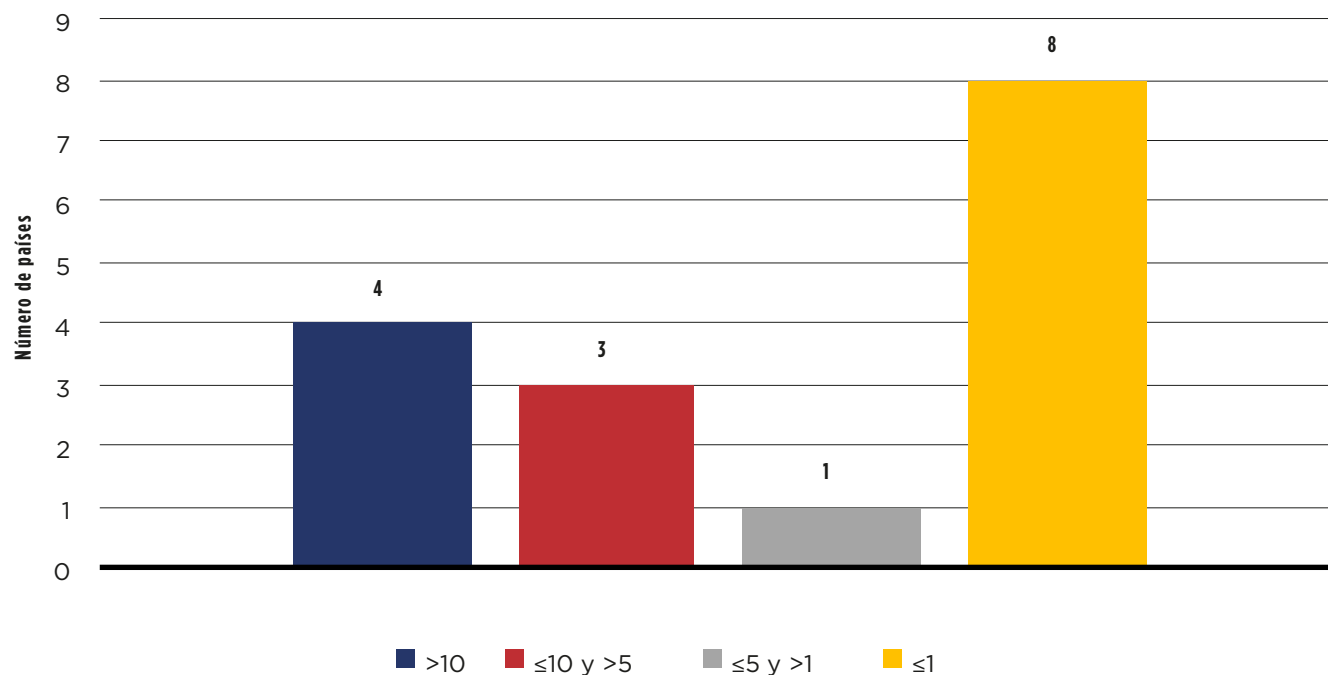


Fonte: Elaborado com base em Kamenov K, Martinez R, Kunjumen T, Chadha S. Ear and Hearing Care Workforce: Current Status and its Implications. Ear Hear. 2021;42(2):249-257. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/aud.0000000000001007>.

Outro grupo profissional essencial que intervém em todas as estratégias de saúde auditiva é o de especialistas em audiologia, cujo número também é baixo na Região (34). Os especialistas em audiologia prestam atenção especializada para diagnóstico e tratamento da perda auditiva com o uso de tecnologia auditiva (32). Na Região das Américas, a densidade de audiologistas por milhão de habitantes é superior a 10 em quatro países (Canadá, Estados Unidos, Costa Rica e Chile), está entre 10 e 5 em três países e entre 5 e 1 em um país e é inferior a 1 em oito países (Figura 29). Tal realidade afeta consideravelmente a estratégia de atenção primária à saúde auditiva porque, na maioria dos países, os especialistas em audiologia são os responsáveis pela implementação dessas estratégias, juntamente, é claro, com profissionais de enfermagem e pessoal técnico da área.

Por último, a lacuna entre os países é determinada pela diferença de renda entre eles, já que os países mais ricos têm um número maior de profissionais disponíveis, em contraste com os países pobres ou de renda média, que não têm capacidade suficiente para oferecer os serviços de saúde auditiva necessários para a população acima de 60 anos.

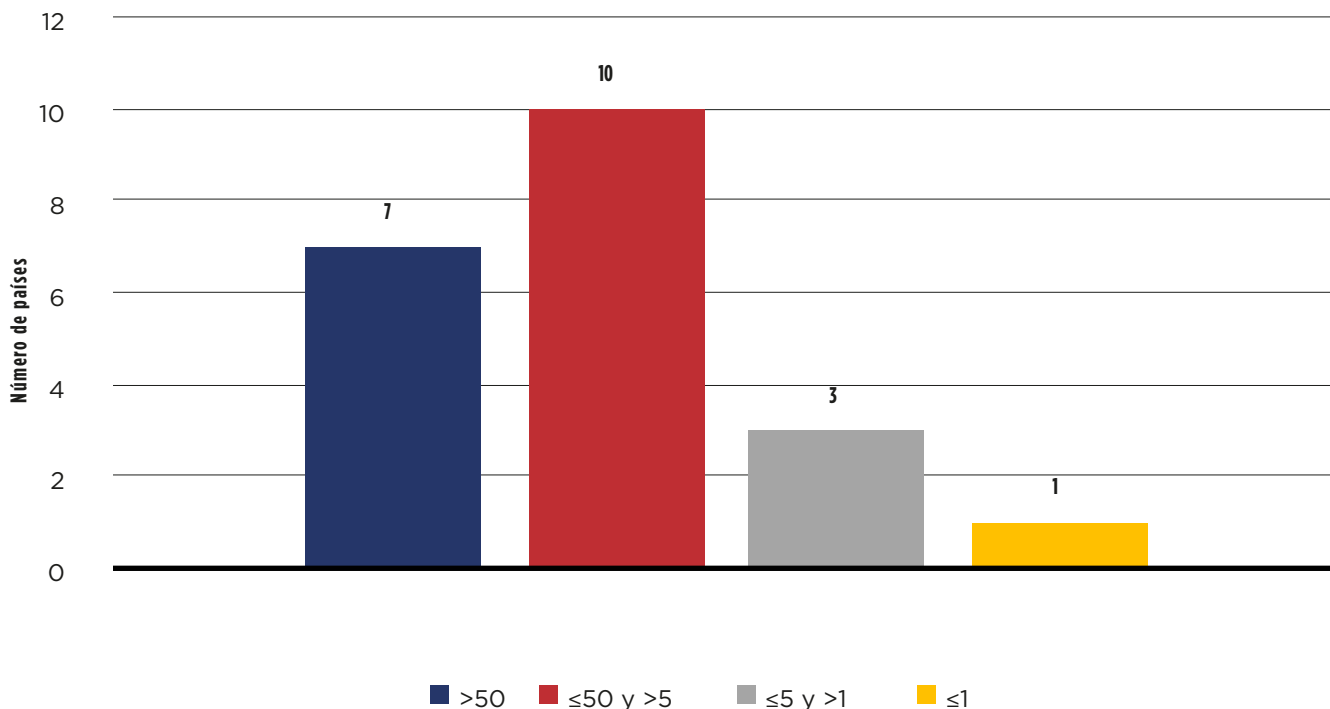
Figura 29. Região das Américas: densidade de audiologistas por milhão de habitante



Fonte: Elaborado com base em Kamenov K, Martinez R, Kunjumen T, Chadha S. Ear and Hearing Care Workforce: Current Status and its Implications. Ear Hear. 2021;42(2):249-257. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/aud.0000000000001007>.

A densidade de fonoaudiólogos e especialistas em fonoaudiologia na Região das Américas é apresentada na Figura 30. Observa-se um notável déficit de profissionais nos países de baixa e média renda. Dentre os países, 33,3% têm uma densidade superior a 50 fonoaudiólogos por milhão de habitantes, e 47,6% têm entre 50 e 5 fonoaudiólogos por milhão de habitantes (34). Esses valores são inferiores aos da Região da Europa, onde 69% dos países têm mais de 50 fonoaudiólogos por milhão de habitantes, e bem distantes do ideal para atender às necessidades das populações da Região.

Figura 30. Região das Américas: densidade de fonoaudiólogos ou especialistas em fonoaudiologia



Fonte: Elaborado com base em Kamenov K, Martinez R, Kunjumen T, Chadha S. Ear and Hearing Care Workforce: Current Status and its Implications. *Ear Hear.* 2021;42(2):249-257. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/aud.0000000000001007>.

Levando-se em consideração o ritmo acelerado de crescimento da população idosa, que é ainda mais acentuado na Região das Américas que em outras regiões do mundo, é necessário que os países estejam preparados com plena capacidade para oferecer serviços integrais de saúde auditiva para a população. Isso inclui tecnologias auditivas, ou seja, dispositivos disponíveis (como aparelhos auditivos, dispositivos auxiliares da audição e implantes cocleares) que, sem dúvidas, melhoram a habilidade funcional das pessoas e, assim, sua qualidade de vida. Nesse contexto, segundo os estudos realizados pela OMS, há um déficit significativo na cobertura efetiva desses dispositivos (32) e ainda maior em seu uso.

Estima-se que aproximadamente 49,5 milhões de pessoas na Região das Américas não utilizem aparelhos auditivos, e que 83% das pessoas que precisam de aparelhos auditivos não os utilizam (35). Esses números revelam uma grande lacuna entre os países das diferentes regiões da OMS, com a persistência de uma diferença acentuada entre os países com mais e menos recursos em termos da disponibilidade de tecnologias, além do poder aquisitivo das pessoas que precisam dessas tecnologias e da carência de acesso aos sistemas de saúde auditiva. Não obstante, segundo os dados da OMS, a produção desses

dispositivos é insuficiente, já que existem 466 milhões de pessoas com perda auditiva e a produção supre apenas 10% das necessidades mundiais (36).

Diante do exposto, fica claro que os países de baixa e média renda devem fortalecer as estratégias para melhorar os sistemas de saúde auditiva e implementar ações concretas para aumentar o acesso da população idosa aos dispositivos auditivos e suprir suas necessidades, reduzindo assim as taxas de AVAI devido à presbiacusia e otite média. Melhorar o acesso às tecnologias auditivas reduz os AVAI e a carga de doença. É importante não só fornecer dispositivos auxiliares da audição para a população idosa, mas também realizar o processo completo de reabilitação, porque muitas pessoas idosas não usam os aparelhos auditivos prescritos.

Desafios em saúde auditiva

É importante realizar mais estudos epidemiológicos e populacionais para que se possa dispor de dados válidos e atualizados sobre as doenças prevalentes na população adulta de cada país. Também são necessários sistemas de informação confiáveis e válidos de fácil acesso e padronizados em todos os países da Região.

Todos os países da Região devem desenvolver estratégias que permitam reforçar o sistema de saúde para oferecer atenção à saúde auditiva integrada e centrada na pessoa que facilite a detecção e intervenção precoces em casos de perda auditiva, com a integração dos serviços e o fortalecimento da atenção primária à saúde auditiva.

A falta de recursos humanos em todos os níveis de atenção (comunitária, primária, secundária e terciária) precisa ser resolvida para melhorar continuamente a oferta de serviços de saúde auditiva e a adequação do plano de tratamento e acompanhamento de problemas auditivos da população idosa.

Os profissionais de saúde auditiva também devem receber capacitação em tópicos de saúde pública, educação e comunicação de risco.

Por último, é preciso melhorar o acesso às tecnologias auditivas e seu uso por meio de estratégias inclusivas que viabilizem a cobertura universal com a participação de todas as partes interessadas.

Conclusões e recomendações

Todos os países da Região têm aplicado diferentes estratégias para manter a saúde auditiva. Porém, tendo em vista a grande heterogeneidade nos níveis econômicos, sociais e dos serviços de saúde dos países, as lacunas persistem. Políticas são necessárias para fortalecer diversos aspectos que favorecem a saúde auditiva, como a cobertura, o acesso e os recursos humanos necessários para enfrentar os desafios causados pelo envelhecimento da população da Região.

Para melhor orientar os tomadores de decisão, são necessários estudos mais numerosos e de melhor qualidade em saúde auditiva, além da padronização dos instrumentos de registro dos dados populacionais e de melhores indicadores que permitam fazer o monitoramento e o acompanhamento dos problemas de saúde auditiva da população idosa da Região, considerando suas necessidades e a diversidade em diferentes faixas etárias.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Construindo a Saúde no Curso de Vida: conceitos, implicações e aplicação em saúde pública [Internet]. Washington, D. C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [consultado em 10 de novembro de 2021]. 160 págs. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53571>.
2. Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 [consultado em 10 de novembro de 2021]. 267 págs. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção Integrada para os Idosos (ICOPE). Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária [Internet]. Washington, D. C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [consultado em 12 de novembro de 2021]. 87 págs. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974>.
4. Bourne RRA, Steinmetz JD, Saylan M, Mersha AM, Weldemariam AH, Wondmeneh TG, et al. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Global Health [Internet]. 2021 [consultado em 15 de novembro de 2021];9(2):e144-e160. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30489-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30489-7).
5. Organização Mundial da Saúde. Informe mundial sobre la visión [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 [consultado em 17 de novembro de 2021]. 166 págs. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331423>.
6. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. Ophthalmology [Internet]. Maio de 2016 [consultado em 17 de novembro de 2021];123(5):1036-1042. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2016.01.006>.
7. Holden BA, Fricke TR, Ho SM, Wong R, Schlenther G, Cronjé S, et al. Global vision impairment due to uncorrected presbyopia. Archives of Ophthalmology [Internet]. 2008 [consultado em 17 de novembro de 2021];126(12):1731-1739. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/archophth.126.12.1731>.
8. Fricke TR, Tahhan N, Resnikoff S, Papas E, Burnett A, Ho SM, et al. Global Prevalence of Presbyopia and Vision Impairment from Uncorrected Presbyopia: Systematic Review, Meta-analysis, and Modelling. Ophthalmology [Internet]. 2018 [consultado em 17 de novembro de 2021];125(10):1492-1499. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2018.04.013>.

9. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Results [Internet]. Seattle: Universidade de Washington; [c2022] [consultado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
10. Lee CM, Afshari NA. The global state of cataract blindness. *Current Opinion in Ophthalmology* [Internet]. 2017 [consultado em 17 de novembro de 2021];28(1):98-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/icu.0000000000000340>.
11. Hong T, Mitchell P, Burlutsky G, Gopinath B, Liew G, Wang JJ. Visual impairment and depressive symptoms in an older Australian cohort: longitudinal findings from the Blue Mountains Eye Study. *British Journal of Ophthalmology* [Internet]. 2015 [consultado em 18 de novembro de 2021];99(8):1017-1021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2014-306308>.
12. Thomas BJ, Sanders DS, Oliva MS, Orrs MS, Glick P, Ruit S, et al. Blindness, cataract surgery and mortality in Ethiopia. *British Journal of Ophthalmology* [Internet]. 2016 [consultado em 18 de novembro de 2021];100(9):1157-1162. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2015-308328>.
13. Ye J, He J, Wang C, Wu H, Shi X, Zhang H, et al. Smoking and Risk of Age-Related Cataract: A Meta-analysis. *Investigative Ophthalmology and Visual Science* [Internet]. Junho de 2012 [consultado em 18 de novembro de 2021];53(7):3885-3895. Disponível em: <https://doi.org/10.1167/iovs.12-9820>.
14. James ER. The etiology of steroid cataract. *Journal of Ocular Pharmacology and Therapeutics* [Internet]. Outubro de 2007 [consultado em 18 de novembro de 2021];23(5):403-420. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jop.2006.0067>.
15. Foster PJ, Buhrmann R, Quigley HA, Johnson GJ. The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. *British Journal of Ophthalmology* [Internet]. Fevereiro de 2002 [consultado em 20 de novembro de 2021];86(2):238-243. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjo.86.2.238>.
16. Tham YC, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: A systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* [Internet]. Novembro de 2014 [consultado em 20 de novembro de 2021];121(11):2081-2090. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2014.05.013>.
17. Gupta D, Chen PP. Glaucoma. *American Family Physician* [Internet]. 15 de abril de 2016 [consultado em 20 de novembro de 2021];93(8):668-674. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2016/0415/p668.html>.

18. Kawasaki R, Yasuda M, Song SJ, Chen SJ, Jonas JB, Wang JJ, et al. The prevalence of age-related macular degeneration in Asians. a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* [Internet]. Maio de 2010 [consultado em 20 de novembro de 2021];117(5):921-927. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.10.007>.
19. Wong WL, Su X, Li X, Cheung CMG, Klein R, Cheng CY, et al. Global prevalence of age-related macular degeneration and disease burden projection for 2020 and 2040: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2014 [consultado em 21 de novembro de 2021];2(2):e106-e116. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70145-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70145-1).
20. Organização Mundial da Saúde. Salud ocular universal: un plan de acción mundial para 2014-2019 [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013 [consultado em 21 de novembro de 2021]. 25 págs. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/105956>.
21. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento; 2018 [consultado em 21 de novembro de 2021]. 98 págs. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18235/0000984>.
22. Resnikoff S, Lansingh VC, Washburn L, Felch W, Gauthier TM, Taylor HR, et al. Estimated number of ophthalmologists worldwide (atualização do Conselho Internacional de Oftalmologia): will we meet the needs? *British Journal of Ophthalmology* [Internet]. Abril de 2020 [consultado em 21 de novembro de 2021];104(4):588-592. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bjophthalmol-2019-314336>.
23. Ramke J, Gilbert CE, Lee AC, Ackland P, Limburg H, Foster A. Effective cataract surgical coverage: An indicator for measuring quality-of-care in the context of Universal Health Coverage. *PLoS One* [Internet]. 1o de março de 2017 [consultado em 22 de novembro de 2021];12(3):e0172342. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0172342>.
24. Michels TC, Duffy MT, Rogers DJ. Hearing loss in adults: Differential diagnosis and treatment. *American Family Physician* [Internet]. 2019 [consultado em 21 de novembro de 2021];100(2):98-108. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0715/p98.html>.
25. Allen PD, Eddins DA. Presbycusis phenotypes from a heterogeneous continuum when ordered by degree and configuration of hearing loss. *Hearing Research* [Internet]. 1o de junho de 2010 [consultado em 22 de novembro de 2021];264(1-2):10-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heares.2010.02.001>.

26. Dubno JR, Eckert MA, Lee FS, Matthews LJ, Schmiedt RA. Classifying human audiometric phenotypes of age-related hearing loss from animal models. *Journal of the Association for Research in Otolaryngology* [Internet]. Outubro de 2013 [consultado em 22 de novembro de 2021];14(5):687-701. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10162-013-0396-x>.
27. Yamasobaa T, Lin FR, Someya S, Kashio A, Sakamoto T, Kondo K. Current concepts in age-related hearing loss: epidemiology and mechanistic pathways. *Hearing Research* [Internet]. Setembro de 2013 [consultado em 22 de novembro de 2021];303:30-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021>.
28. Parham K, McKinnon BJ, Eibling D, Gates GA. Challenges and opportunities in presbycusis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* [Internet]. 2011 [consultado em 22 de novembro de 2021];144(4):491-495. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0194599810395079>.
29. Schilder AGM, Chonmaitree T, Cripps AW, Rosenfeld RM, Casselbrant ML, Haggard MP, et al. Otitis media. *Nature Reviews Disease Primers* [Internet]. 8 de setembro de 2016 [consultado em 25 de novembro de 2021];2:1-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.63>.
30. Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, Montico M, Brumatti L, Bavcar A, et al. Burden of disease caused by otitis media: Systematic review and global estimates. *PLoS One* [Internet]. 2012 [consultado em 25 de novembro de 2021];7(4): e36226. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0036226>.
31. Acuin J. Chronic suppurative otitis media. *Clinical evidence*. Dezembro de 2004;(12):710-729.
32. Organização Pan-Americana da Saúde. Informe mundial sobre la audición [Internet]. Washington, D. C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021 [consultado em 26 de novembro de 2021]. 252 págs. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55067>.
33. Haile LM, Kamenov K, Briant PS, Orji AU, Steinmetz JD, Abdoli A, et al. Hearing loss prevalence and years lived with disability, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* [Internet]. 13 de março de 2021 [consultado em 1o de dezembro de 2021];397(10278):996-1009. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00516-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00516-X).
34. Kamenov K, Martinez R, Kunjumen T, Chadha S. Ear and Hearing Care Workforce: Current Status and its Implications. *Ear and Hearing* [Internet]. Março/abril de 2021 [consultado em 1o de dezembro de 2021];42(2):249-257. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/aud.0000000000001007>.

35. Orji A, Kamenov K, Dirac M, Davis A, Chadha S, Vos T. Global and regional needs, unmet needs and access to hearing aids. *International Journal of Audiology* [Internet]. 2020 [consultado em 2 de dezembro de 2021];59(3):166-172. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14992027.2020.1721577>.
36. Organização Mundial da Saúde. Tecnología de asistencia [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 18 de maio de 2018 [consultado em 3 de dezembro de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>.

Com o objetivo de fazer um panorama do conhecimento atual disponível sobre a situação de saúde e bem-estar das pessoas idosas na Região das Américas durante a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030 das Nações Unidas, este relatório expõe o estado atual da saúde visual e auditiva das pessoas idosas na Região das Américas. A finalidade é informar, com base em evidências e de forma específica, sobre as necessidades dessa população nesses dois aspectos fundamentais da capacidade intrínseca, que representam as principais causas de deficiência entre pessoas idosas da Região. As informações apresentadas podem contribuir para a implementação de ações estratégicas regionais voltadas para a melhoria contínua da saúde das pessoas idosas.

O envelhecimento populacional acelerado na América Latina e no Caribe determina e continuará determinando a capacidade dos países e dos sistemas de saúde de atender às demandas concretas da população. Portanto, para elaborar sistemas inclusivos e sustentáveis, é preciso dispor de dados confiáveis atualizados para subsidiar a tomada de decisões. Durante a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, as ações devem ser orientadas para a produção e monitoramento de dados, e este relatório cumpre com esse propósito.