



EUROPEAN SOCIETY OF MEDICINE

CENTRO DE SAÚDE GLOBAL · COMITÊ DE EQUIDADE EM SAÚDE

19 de outubro de 2026

<https://doi.org/10.18103/ghc.01>

Organização Mundial da Saúde

Department of Sexual, Reproductive, Maternal, Child, Adolescent Health and Ageing

20 Avenue Appia

1211 Genebra 27

Suíça

Enviada por e-mail para lrc@who.int

Resposta à consulta pública sobre a minuta dos Padrões Globais para Cuidados de Longa Duração

Comitê de Equidade em Saúde, Centro de Saúde Global, European Society of Medicine

Esta é uma tradução para o português do original em inglês, que é a versão de referência. As citações da minuta da OMS foram traduzidas do inglês.

O Comitê de Equidade em Saúde da European Society of Medicine agradece a oportunidade de comentar a minuta para consulta dos Padrões Globais para Cuidados de Longa Duração (*Global Standards for Long-Term Care*).¹ Como primeiro marco global desse tipo, a minuta oferece a todos os países, qualquer que seja o grau de desenvolvimento de seu sistema de cuidados de longa duração, uma referência comum sobre o que um bom cuidado deve oferecer e proteger.

Apoiamos especialmente três aspectos da minuta:

- o tratamento da equidade como parte de um cuidado baseado em direitos: “uma abordagem baseada em direitos exige que um cuidado adequado seja acessível a todos, com atenção prioritária àqueles que atualmente são desassistidos” (capítulo 1, seção 3.1);
- os padrões sobre equidade e proteção financeira (Padrões 22 e 23), que tratam do custo, uma das principais barreiras ao cuidado;
- a abordagem gradual da implementação, que torna os padrões aplicáveis em países que não têm um sistema formal de cuidados de longa duração.

Nossos comentários dizem respeito à dimensão de saúde dos cuidados de longa duração. Eles têm um único objetivo: levar compromissos que a minuta já assume para seus padrões, declarações de qualidade e medidas indicativas, de modo que os países possam colocá-los em prática e acompanhar os avanços. Cada recomenda-

ção inclui uma versão adequada a contextos com recursos limitados. Ao longo do texto, entendemos a equidade como a minuta a entende: um cuidado acessível a todos, com apoio adicional proporcional às necessidades de cada pessoa e às barreiras que ela enfrenta, e não uma oferta idêntica independentemente das circunstâncias.

RESUMO DAS RECOMENDAÇÕES

1. **Dor.** Transformar o princípio de que “ninguém deve sofrer dor desnecessária em nenhuma fase” em uma declaração de qualidade sobre a avaliação e o alívio regulares da dor, com uma medida indicativa.
 2. **Prevenção.** Nomear, na avaliação e no planejamento do cuidado, as medidas preventivas com as evidências mais sólidas (atividade de força e equilíbrio, vacinação e cuidados bucais), tanto no domicílio quanto nas instituições, e atender às necessidades sociais identificadas na avaliação.
 3. **Orientação especializada a distância.** Reconhecer a teleconsulta e a tutoria a distância (telementoria) como formas de levar orientação especializada às pessoas cuidadas no domicílio e em áreas rurais, como complemento do atendimento presencial onde ele existe e como recurso vital onde ele não existe.
 4. **Decisões que seguem os objetivos da pessoa.** Estabelecer que as decisões sobre investigação diagnóstica, tratamento e transferência hospitalar se baseiam nas necessidades clínicas da pessoa, na evolução de sua condição e em seus objetivos e preferências documentados, e não na idade, em um diagnóstico de demência ou no local de cuidado, e que são tomadas por meio de decisão compartilhada.
 5. **Preparação para emergências.** Acrescentar uma declaração de qualidade que exija planos de emergência testados, nas instituições e para o cuidado domiciliar, que contemplem calor extremo, surtos de doenças, desastres naturais, falhas no fornecimento de energia elétrica ou de água e conflitos armados.
 6. **Ouvir quem é menos ouvido.** Incluir na medição da experiência das pessoas que recebem cuidados aquelas que enfrentam barreiras relacionadas a idioma, alfabetização, escolaridade, renda, etnia, religião, sexo ou cultura.
-

1. Tornar mensurável o compromisso com o alívio da dor

A minuta afirma que “ninguém deve sofrer dor desnecessária em nenhuma fase” (capítulo 1, seção 2.3). Concordamos plenamente. No entanto, por ora esse compromisso não aparece em nenhum padrão, declaração de qualidade ou medida indicativa, e a dor não aliviada não está entre os danos listados no princípio de qualidade (seção 3.5), ao lado das quedas, das lesões por pressão e dos erros de medicação.

A dor é comum entre as pessoas que recebem cuidados de longa duração e tem mais probabilidade de passar despercebida naquelas que menos conseguem relatá-la: pessoas que vivem com demência, pessoas com dificuldades de comunicação e pessoas que não falam o mesmo idioma de quem cuida delas.² A dor não reconhecida costuma se manifestar como agitação ou sofrimento. Em um ensaio randomizado por conglomerados em instituições de longa permanência, o tratamento sistemático da dor reduziu a agitação entre residentes com demência,³ o que liga diretamente a dor à preocupação da minuta com a contenção química (declaração de qualidade 5.2).

A dor não aliviada é também uma questão de direitos. O Relator Especial das Nações Unidas sobre a tortura observou que, quando a falta de tratamento da dor “condena os pacientes a um sofrimento desnecessário causado pela dor”, os Estados “não apenas violam o direito à saúde, mas podem também violar uma obrigação

positiva decorrente da proibição da tortura e dos maus-tratos”.⁴

Alguns países já incorporaram o alívio da dor à sua política nacional: a Política Nacional de Cuidados Paliativos do Brasil, instituída em 2024, define os cuidados paliativos no Sistema Único de Saúde como ações e serviços de saúde para o alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas.⁵

Recomendamos:

- uma declaração de qualidade no Padrão 3 (serviços de saúde comunitários) e no Padrão 6 (prestação de serviços em instituições de cuidados de longa duração), por exemplo:

“As pessoas que recebem cuidados de longa duração são avaliadas quanto à dor em intervalos regulares, com instrumentos observacionais validados quando o autorrelato não é possível, e aquelas que têm dor contam com um plano documentado para seu alívio, cuja efetividade é reavaliada.”

- a inclusão da dor na avaliação abrangente das necessidades (declaração de qualidade 1.2) e nos planos de cuidado (declarações de qualidade 1.3 e 6.1), com capacitação de cuidadores profissionais e familiares para reconhecer os sinais de dor em pessoas que não conseguem relatá-la, como expressões faciais de sofrimento, inquietação e alterações do sono, usando instrumentos como a escala PAINAD;⁶
- o acesso a medicamentos essenciais para o alívio da dor, incluindo medicamentos controlados quando clinicamente indicados, em conformidade com a resolução WHA67.19,⁷ juntamente com medidas não farmacológicas como mudança de posição, calor ou frio, massagem e relaxamento;
- a inclusão da dor não aliviada entre os danos da seção 3.5 e entre os indicadores de qualidade do Padrão 30.

Medidas indicativas:

- Processo: proporção de pessoas que recebem cuidados avaliadas quanto à dor nos últimos três meses, com um instrumento observacional validado quando o autorrelato não é possível.
- Resultado: proporção de pessoas que recebem cuidados com dor identificada cuja dor diminuiu na reavaliação.

ONDE OS RECURSOS SÃO LIMITADOS: Agentes comunitários de saúde e cuidadores familiares são capacitados para perguntar sobre a dor e reconhecer seus sinais, com um caminho claro até um profissional de saúde que possa tratá-la.

2. Nomear o cuidado preventivo que mantém as pessoas saudáveis

A minuta descreve os cuidados de longa duração como “a cauda longa da prevenção” e afirma que “a prevenção, a terapia e a reabilitação devem ser integradas aos cuidados de longa duração, e não substituídas por eles” (seção 2.2). Os padrões ainda não dizem quais medidas preventivas devem ser integradas. A atividade física não é tratada em nenhum padrão. A declaração de qualidade 7.1 espera, com razão, que residentes e trabalhadores das instituições estejam “totalmente vacinados contra as doenças pertinentes”, mas não há equivalente para as pessoas que recebem cuidados no domicílio. A saúde bucal não é tratada.

As pessoas que recebem cuidados no domicílio muitas vezes não conseguem sair de casa e, por isso, são as que menos conseguem chegar aos serviços onde a prevenção é oferecida. Os esforços de vacinação devem, portanto, ser avaliados não apenas pelas doses aplicadas ou pela cobertura geral, mas por alcançarem ou não as pessoas idosas mais vulneráveis e mais desassistidas.

Recomendamos:

- **Atividade física:** atividade individualizada com ênfase em equilíbrio e força, incluída na avaliação e no planejamento do cuidado (declarações de qualidade 1.2, 1.3 e 6.1) e nos protocolos de prevenção de quedas da declaração de qualidade 2.3. As diretrizes da OMS recomendam esse tipo de atividade em três ou mais dias por semana para pessoas idosas, inclusive as que vivem com condições crônicas ou deficiência,⁸ e as diretrizes ICOPE recomendam exercícios multicomponentes para pessoas idosas com declínio da capacidade física.⁹
- **Vacinação:** estender o que prevê a declaração de qualidade 7.1 ao cuidado domiciliar e comunitário (declaração de qualidade 3.1), para que às pessoas que recebem cuidados no domicílio sejam oferecidas as vacinas recomendadas para pessoas idosas nos calendários nacionais, como as vacinas contra influenza, pneumococo, COVID-19, vírus sincicial respiratório e herpes-zóster, no próprio domicílio se não puderem se deslocar, com informação acessível sobre seus benefícios e possíveis efeitos adversos para que possam tomar decisões informadas, em coerência com a abordagem de curso de vida da Agenda de Imunização 2030.¹⁰
- **Saúde bucal:** incluir a saúde bucal na avaliação das necessidades e nos cuidados pessoais diários, com higiene bucal, ajuda com as próteses dentárias e encaminhamento para tratamento, em coerência com a Estratégia e o Plano de Ação Globais de Saúde Bucal 2023–2030 da OMS.¹¹
- **Necessidades sociais:** a seção 2.5 da minuta pede que a avaliação considere explicitamente os determinantes sociais da saúde. Sugerimos levar isso para a declaração de qualidade 1.2, de modo que a avaliação registre necessidades como alimentação, aquecimento, moradia ou renda insuficientes e isolamento social, e resulte em apoio ou encaminhamento por meio do coordenador do cuidado da pessoa (declaração de qualidade 1.4).

Medidas indicativas:

- Cobertura vacinal entre as pessoas que recebem cuidados, no domicílio e nas instituições, comparada à da população idosa como um todo, e desagregada, quando possível, por deficiência, renda, localização e local de cuidado.
- Proporção de pessoas elegíveis que recebem cuidados e não conseguem sair de casa às quais são oferecidas e aplicadas no domicílio as vacinas recomendadas, e os motivos documentados de vacinas não aplicadas ou atrasadas.
- Proporção de serviços de cuidados de longa duração, domiciliares e institucionais, com protocolos de avaliação da situação vacinal, encaminhamento, aplicação, registro e acompanhamento, coordenados com a atenção primária.
- Proporção de pessoas que recebem cuidados com um plano de atividade física e com uma avaliação de saúde bucal no último ano.
- Proporção de pessoas que recebem cuidados com necessidades sociais identificadas na avaliação que recebem apoio ou encaminhamento em um prazo acordado.

ONDE OS RECURSOS SÃO LIMITADOS: Agentes comunitários de saúde incluem nas visitas domiciliares de rotina exercícios simples de força e equilíbrio, a verificação da situação vacinal, uma observação da saúde bucal e uma pergunta sobre alimentação, aquecimento e dinheiro.

3. Levar orientação especializada aonde as pessoas vivem

A declaração de qualidade 3.1 busca que as pessoas recebam serviços de saúde no domicílio “sem necessidade de internação em hospital ou outro estabelecimento de saúde”, e a declaração de qualidade 17.1 pede uma supervisão adaptada “às realidades dos contextos comunitários e de cuidado domiciliar”. A minuta, no entanto, não trata da telessaúde nem do apoio a distância aos cuidadores profissionais.

Em áreas rurais e de baixa renda, o recurso mais escasso muitas vezes não é a infraestrutura física, mas o conhecimento especializado em cuidado da pessoa idosa, cuidados paliativos, tratamento de feridas e saúde mental, e as pessoas que recebem cuidados de longa duração são as que menos conseguem se deslocar para ter acesso a ele. A tutoria a distância conecta trabalhadores locais de saúde e de cuidado a equipes especializadas por meio de sessões regulares baseadas em casos. No modelo Project ECHO, profissionais da atenção primária na zona rural do Novo México que receberam esse apoio alcançaram taxas de cura da hepatite C equivalentes às de um ambulatório especializado universitário,¹² e, durante a pandemia de COVID-19, a rede de instituições de longa permanência do modelo alcançou 9.058 instituições nos Estados Unidos.¹³

Recomendamos orientações de implementação nas declarações de qualidade 3.2, 14.3 e 17.1 para que:

- prestadores, cuidadores profissionais e agentes comunitários de saúde tenham acesso a orientação especializada por teleconsulta, e a tutoria a distância baseada em casos, com prazos de resposta acordados;
- o apoio a distância complemente a avaliação e o cuidado presenciais onde eles existem, e não os substitua; para pessoas isoladas ou que não conseguem acessar o atendimento presencial, ele pode ser o único caminho oportuno para a orientação especializada, inclusive para decisões de triagem;
- os serviços funcionem por telefone e com conexões de baixa largura de banda; quando se espera que as pessoas participem por meios digitais, elas tenham acesso a dispositivos adequados, conectividade a preço acessível, software acessível e apoio para desenvolver competências digitais, como a minuta já reconhece para a capacitação de cuidadores (declaração de qualidade 11.2); e as pessoas que não podem ou preferem não usar tecnologia mantenham um caminho não digital eficaz para obter orientação e cuidado;
- o consentimento, a confidencialidade e a proteção de dados sejam garantidos, em coerência com a Estratégia Global de Saúde Digital da OMS.¹⁴

Medida indicativa:

- Proporção de prestadores de cuidados de longa duração, por localização rural ou urbana, com acesso a orientação especializada em um prazo acordado.

ONDE OS RECURSOS SÃO LIMITADOS: Um especialista de referência designado, acessível por telefone, para agentes comunitários de saúde e cuidadores profissionais, junto com discussões periódicas de casos em grupo.

4. Basear as decisões de cuidado nos objetivos da pessoa, e não na idade, no diagnóstico ou no local de cuidado

A minuta afirma “o direito de tomar decisões sobre o próprio cuidado e a vida diária” e sustenta que “a decisão compartilhada é a norma para todos” (seção 3.1); estabelece que problemas agudos intercorrentes são tratados com intenção curativa quando apropriado, “com decisões baseadas em uma abordagem centrada na pessoa” (seção 2.3); pede às instituições que “incluam um planejamento antecipado de cuidados mais amplo para permitir o cumprimento dos desejos dos residentes” (declaração de qualidade 6.1); e presume a capacidade legal, com tomada de decisão apoiada (declaração de qualidade 28.4).

O que a minuta ainda não trata de forma explícita é um risco menos visível: que às pessoas que recebem cuidados de longa duração sejam oferecidos menos investigação diagnóstica e menos tratamento do que a outras por causa da idade, de um diagnóstico de demência ou do lugar onde vivem, e não por suas necessidades ou desejos. O Relatório Mundial sobre o Idadismo da OMS documenta restrições baseadas na idade no acesso aos cuidados de saúde.¹⁵ Essas suposições pesam mais sobre quem tem menos condições de defender os próprios interesses.

Recomendamos:

- nas declarações de qualidade 3.2 e 6.2, uma frase como:

“As decisões sobre investigação diagnóstica, tratamento, encaminhamento e transferência hospitalar baseiam-se nas necessidades clínicas da pessoa, na evolução de sua condição e em seus objetivos e preferências documentados, e não são limitadas unicamente em razão da idade, de um diagnóstico de demência ou do local de cuidado.”

- a decisão compartilhada no planejamento do cuidado e nas decisões de tratamento, no domicílio e nas instituições (declarações de qualidade 1.3 e 6.1): a pessoa recebe informação acessível sobre as opções e seus prováveis benefícios e ônus, e decide junto com os profissionais à luz do que é importante para ela, envolvendo familiares e cuidadores conforme seu desejo;
- a extensão do planejamento antecipado de cuidados ao cuidado domiciliar e comunitário (declaração de qualidade 1.3): conversas sobre objetivos e preferências que são documentadas, revistas regularmente e sempre que a saúde da pessoa muda, e conduzidas em linguagem clara, adaptada à cultura, à cognição e ao nível de escolaridade da pessoa, com tomada de decisão apoiada quando necessário e envolvendo familiares conforme o desejo da pessoa.

Isso protege as pessoas tanto do subtratamento quanto de tratamentos que elas não desejam, e é coerente com o objetivo da minuta de evitar internações hospitalares desnecessárias.

Medidas indicativas:

- Processo: proporção de pessoas que recebem cuidados cujos objetivos e preferências estão documentados e foram revistos no último ano.
- Resultado: proporção de transferências hospitalares e de decisões de tratamento importantes coerentes com as preferências documentadas da pessoa.

ONDE OS RECURSOS SÃO LIMITADOS: Enfermeiros ou agentes comunitários de saúde conduzem conversas simples sobre os objetivos do cuidado e registram o resultado em um documento mantido pela própria pessoa.

5. Tornar a preparação para emergências um padrão

A minuta identifica a resposta a emergências e crises como uma função essencial dos sistemas de cuidados de longa duração e observa que “a pandemia de COVID-19 expôs a resposta a emergências como um grande ponto de falha dos sistemas de cuidados de longa duração em todo o mundo” (seção 2.4). Os padrões tratam da prevenção de infecções (declaração de qualidade 7.1), do cuidado temporário de emergência para descanso do cuidador (declaração de qualidade 10.3) e da proteção dos trabalhadores em surtos (declaração de qualidade 16.2), mas nenhuma declaração de qualidade exige que prestadores ou autoridades se preparem para emergências de forma mais ampla.

As pessoas que dependem de outras para o cuidado diário estão entre as que menos conseguem ser evacuadas, proteger-se do calor ou se virar quando energia elétrica, água, medicamentos ou cuidadores faltam, e as pessoas idosas correm risco especial durante ondas de calor.¹⁶ As pessoas cuidadas no domicílio podem ser invisíveis para os serviços de emergência.

Recomendamos uma declaração de qualidade no Padrão 7, com disposições paralelas para o cuidado domiciliar e comunitário (Padrão 2) e para a coordenação (Padrão 29), por exemplo:

“Os prestadores de cuidados de longa duração e as autoridades responsáveis têm planos de emergência escritos, testados pelo menos uma vez por ano, que protegem as pessoas que recebem cuidados durante calor extremo, surtos de doenças, desastres naturais, falhas no fornecimento de energia elétrica ou de água e conflitos armados, e que garantem a continuidade do cuidado, dos medicamentos e dos registros.”

As orientações de implementação poderiam abranger a evacuação de pessoas com mobilidade reduzida; resfriamento e energia de reserva para equipamentos essenciais; continuidade de medicamentos, oxigênio, vacinas e registros; um cadastro, mantido com o consentimento da pessoa ou, quando apropriado, de sua família ou representante legal, das pessoas que dependem de cuidados de longa duração domiciliares ou institucionais, para que os serviços de emergência possam chegar até elas; a proteção dos cuidadores profissionais; a comunicação com as famílias; e a participação das pessoas que recebem cuidados e de suas famílias no planejamento.

No caso dos surtos de doenças em particular, sugerimos que a preparação também inclua as instituições de cuidados de longa duração e o cuidado domiciliar nos sistemas de vigilância e alerta precoce de surtos; inclua as pessoas idosas, inclusive as que vivem com fragilidade ou com múltiplas condições, na avaliação clínica de novas vacinas e tratamentos; e garanta que, quando vacinas ou outras contramedidas médicas forem escassas, sua alocação se baseie na vulnerabilidade clínica e no risco de exposição, sem discriminação por idade, deficiência, renda ou local de residência.

Medidas indicativas:

- Proporção de prestadores com um plano de emergência testado nos últimos 12 meses.
- Proporção de prestadores com planos de contingência para manter o acesso a medicamentos, oxigênio, vacinação, exames diagnósticos e pessoal durante emergências de saúde pública.
- Inclusão das pessoas que dependem de cuidados de longa duração domiciliares ou institucionais nos planos locais de emergência.
- Inclusão das instituições de cuidados de longa duração e dos serviços de cuidado domiciliar nos sistemas de vigilância e alerta precoce de surtos.

ONDE OS RECURSOS SÃO LIMITADOS: Um contato local designado e uma lista, mantida por agentes comunitários de saúde ou voluntários, das pessoas que precisariam de ajuda em uma emergência.

6. Comentário adicional: ouvir quem é menos ouvido

A declaração de qualidade 30.2 faz, com razão, da experiência das pessoas que recebem cuidados uma medida central, com adaptações para o comprometimento cognitivo. Sugerimos que ela também mencione as pessoas que enfrentam barreiras relacionadas a idioma, alfabetização, escolaridade, renda, etnia, religião, sexo ou cultura, e que reconheça métodos participativos adequados a contextos onde pesquisas formais ainda não são viáveis. Em abordagens de ciência cidadã, como o método Our Voice, moradores idosos documentam o que ajuda ou atrapalha sua saúde no próprio ambiente em que vivem e trabalham com gestores locais em melhorias práticas.¹⁷ Esses métodos também poderiam fortalecer a participação comunitária (Padrão 4) e a participação das partes interessadas na governança (declaração de qualidade 29.3).

Esperamos que estes comentários sejam úteis. Nenhum deles pede à OMS que adote um princípio novo: cada um busca levar um compromisso já presente na minuta para seus padrões, declarações de qualidade e medidas indicativas. Os membros do Comitê teriam prazer em examinar a minuta revisada ou em contribuir para as orientações de implementação que a OMS pretende elaborar.

Atenciosamente,

Assinada no original em inglês por Adewale Adebajo, Dale C. Alverson, Enrique Chacon-Cruz, Illia Kolosov e Maria Nauside Pessoa da Silva.

Comitê de Equidade em Saúde

Centro de Saúde Global, European Society of Medicine

ghc@esmed.org

MEMBROS DO COMITÊ

Professor Adewale Adebajo MBE

University of Sheffield School of Medicine, Reino Unido

Dr. Enrique Chacon-Cruz

Think Vaccines, LLC; editor-chefe, Vaccines Beat; Houston, Texas, Estados Unidos

Doutor habilitado Illia Kolosov, professor

Yaroslav Mudryi National Law University, Ucrânia; University of Warmia and Mazury, Polônia

Maria Nauside Pessoa da Silva

Centro Universitário Maurício de Nassau, Teresina, Brasil

Dale C. Alverson, MD, professor emérito

University of New Mexico School of Medicine, Estados Unidos

Abby C. King, PhD

Stanford University School of Medicine, Estados Unidos

Natalia Neparidze, MD

Yale School of Medicine, Estados Unidos

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global standards for long-term care: working draft for public consultation. Geneva: World Health Organization; May 2026. Esta minuta não é definitiva; é citada aqui apenas para fins de comentário, e os padrões finais podem ser diferentes.
2. Achterberg W, Lautenbacher S, Husebo B, Erdal A, Herr K. Pain in dementia. *Pain Rep.* 2020;5(1):e803.
3. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ.* 2011;343:d4065.
4. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (A/HRC/22/53), parágrafo 55. Geneva: United Nations Human Rights Council; 2013.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024: institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
6. Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc.* 2003;4(1):9–15.
7. World Health Assembly. Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Geneva: World Health Organization; 2014.
8. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.
9. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017.
10. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. Geneva: World Health Organization; 2020.
11. Global strategy and action plan on oral health 2023–2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
12. Arora S, Thornton K, Murata G, Deming P, Kalishman S, Dion D, et al. Outcomes of treatment for hepatitis C virus infection by primary care providers. *N Engl J Med.* 2011;364(23):2199–207.
13. Agency for Healthcare Research and Quality. About AHRQ’s nursing home network: AHRQ ECHO National Nursing Home COVID-19 Action Network. Rockville (MD): AHRQ.
14. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
15. Global report on ageism. Geneva: World Health Organization; 2021.
16. World Health Organization. Heat and health [nota descritiva]. Geneva: World Health Organization; 2024.
17. Pedersen M, Wood GER, Fernes PK, Goldman Rosas L, Banchoff A, King AC. The “Our Voice” method: participatory action citizen science research to advance behavioral health and health equity outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22):14773.