

COMUNIDADES PRO ENVELHECIMENTO.ORG

CAMPANHA  
OPP



# PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E BEM-SUCEDIDO

**03**                    **INTRODUÇÃO**

**06**                    **1. O ENVELHECIMENTO**

**08**                    **1.1. DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO  
SAUDÁVEL E BEM-SUCEDIDO**

**16**                    **2. AS COMUNIDADES  
PRÓ-ENVELHECIMENTO**

**17**                    **2.1. DIMENSÕES DAS COMUNIDADES  
PRÓ-ENVELHECIMENTO**

**18**                    **2.2. O PAPEL DOS/AS  
PSICÓLOGOS/AS NA  
CONSTRUÇÃO DE COMUNIDADES  
PRÓ-ENVELHECIMENTO**

# INTRODUÇÃO

**O processo de envelhecimento interessa-nos a todos e a todas.** Não apenas aos cidadãos e cidadãs mais velhos/as, mas também àqueles/as que amanhã também o serão.

A esperança de vida à nascença, indicador global de Saúde, tem progredido, quer para homens, quer para mulheres. Sabemos que, em pouco mais de meio século, a **esperança de vida** à nascença aumentou 17 anos. Embora, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), a esperança média de vida tenha diminuído, em consequência da Pandemia COVID-19, para 80,72 anos, comparado aos anos entre 2018 a 2020, quando a esperança média de vida à nascença era de 78,07 anos para o sexo masculino e 83,67 anos para o sexo feminino. De acordo, com as projecções do INE, por volta de 2080, a esperança de vida à nascença terá aumentado para mais de 92 anos, no caso das mulheres, e situar-se nos 87,4, no caso dos homens.

Também em consequência destas alterações, que se verificam em todo o mundo, quer a proporção quer o número absoluto da população mais velha está a aumentar. Entre 2011 e 2021 verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com excepção do grupo da população com 65 e mais anos, que teve um crescimento de 20,6%. No ano passado, os portugueses com 65 e mais anos representavam 23.4% da população residente. Eram 2.424.122 pessoas, contra os 1.331.396 de jovens até aos 14 anos. Daqueles, 12,8% já tinham 85 ou mais anos. **Em Portugal, por cada 100 jovens, existem, em média, 182 idosos** – números que traduzem um **agravamento do índice de envelhecimento em 42% no espaço de dez anos**. Segundo as projecções do INE de 31 de Março de 2020, este índice irá atingir, em 2080, o valor de 300 para cada 100 jovens. Portugal passará de 2,2 milhões de população mais velha, em 2018, para 3 milhões em 2080, numa população total que decrescerá dos 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. Portugal é o terceiro país mais envelhecido da Europa e o quinto do mundo.

São muito sublinhadas as **consequências do envelhecimento** da pirâmide etária, nomeadamente aquelas que recaem sobre diversas áreas da despesa pública, como as pensões (5.1% em 2010 e uma previsão de 9.5% em 2070) e a Saúde (5.4% em 2010 e uma previsão de 7.3% em 2070).

No entanto, **são as pessoas o principal valor da sociedade e esse valor não tem fronteiras de idade**. Neste sentido, mais do que tentar anular o envelhecimento demográfico, é necessário **mobilizar esforços para potenciar os benefícios do envelhecimento. Desconsiderar o benefício colectivo do envelhecimento é desperdiçar capital humano**.

Estando a população europeia entre as que vivem mais tempo na Europa, somos também dos que, a partir dos 65 anos, **vivem com menos saúde**. Enquanto uma cidadã sueca pode, aos 65 anos, contar à partida com mais 15,6 anos de vida sem qualquer incapacidade, para uma cidadã portuguesa essa expectativa reduz-se para os 6,7 anos.

ESTANDO OS/AS  
PORTUGUESES/AS  
ENTRE AQUELES/AS  
QUE VIVEM MAIS  
TEMPO NA EUROPA,  
SOMOS TAMBÉM  
DOS QUE, A PARTIR  
DOS 65 ANOS,  
VIVEM COM  
MENOS SAÚDE

No entanto, segundo o Observatório da Natalidade e do Envelhecimento em Portugal – 1ª Edição, **a maior parte das pessoas está preocupada com o envelhecimento** e consideram **importante manter uma vida activa** para além dos 65 anos.

Para que isso aconteça, é **necessário transformar a forma como envelhecemos e reposicionar os cidadãos e cidadãs mais velhos/as no conjunto do sistema de relações intergeracionais, sociais e económicas**, alterando o reconhecimento e valorização social que fazemos destas pessoas.

Assumimos que o **envelhecimento é um processo desafiante, mas com muito valor, que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, que é bom envelhecer e que, individual e socialmente, temos a ganhar com o aumento da longevidade**. Partimos ainda do princípio de que **pequenas mudanças no ambiente e nas oportunidades que são disponibilizadas às pessoas podem ter consequências significativas no envelhecimento, permitindo prevenir as perdas associadas à velhice e promover a adaptação bem-sucedida**.

Neste sentido, defendemos **Comunidades que respeitem o princípio da dignidade, da autonomia, do desenvolvimento pessoal, do acesso aos cuidados/serviços e da participação**. Todos os cidadãos e cidadãs, independentemente da sua idade e, portanto, incluindo os/as mais velhos/as, devem usufruir dos seus direitos e da sua autonomia, acedendo a serviços de saúde, cultura, educação e lazer, assim como participar na vida política e social das comunidades onde vivem.

Com o objectivo de compreender o processo de envelhecimento e as principais dimensões de um envelhecimento saudável e bem-sucedido, caracterizamos as Comunidades Pró-Envelhecimento e o papel dos/as Psicólogos e Psicólogas na sua construção. Este documento enquadra a Campanha Comunidades Pró-Envelhecimento.



# 1. O ENVELHECIMENTO

O **envelhecimento** é um **processo cronológico, universal e inevitável**. Mas também é **biopsicológico**, ou seja, sendo um reflexo do envelhecimento cronológico, não é um processo linear ou exclusivamente subordinado à idade, dependendo a sua manifestação das experiências de vida, dos hábitos e estilos de vida, do género e de outras condicionantes genéticas e sociais. É, simultaneamente, um fenómeno **individual**, percebido de forma idiosincrática, mas também **colectivo**, influenciado pelo modo como a sociedade o encara e enfrenta.

O **envelhecimento** ocorre ao **longo de todo o ciclo de vida** e está sujeito a um conjunto complexo de factores. A um nível **biológico**, está associado à acumulação gradual de danos moleculares e celulares, que conduzem à diminuição das capacidades fisiológicas e aumentam o risco de doença(s). Mas envolve também outro tipo de mudanças: **psicológicas**, nos **papéis e posições sociais**, na própria **identidade**, na rede de apoio social, no conjunto de **objectivos, motivações, prioridades e preferências**.

O envelhecimento é um fenómeno **paradoxal**. Se, perspectivado enquanto resultado dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais, biomédicos e tecnológicos, **é um processo positivo**, quer para os indivíduos, quer para a sociedade, a **longevidade também pode trazer mudanças menos positivas**. Por um lado, e a nível individual, o risco de desenvolver doenças aumenta com a idade, assim como a probabilidade de confronto com problemas acrescidos de autonomia e dependência dos outros ou com a diminuição da capacidade financeira e da rede de apoio pessoal e social. A nível social, o envelhecimento pode destacar os riscos inerentes à sustentabilidade dos sistemas de Saúde e Segurança Social e exigir uma revisão das relações intergeracionais – sociais e económicas. Por outro lado, **e apesar de o poderem acompanhar, a redução da capacidade funcional e o acentuar de vulnerabilidades de Saúde e económicas, não precisam de definir o envelhecimento nem de justificar limitações na vida social** (e, muito menos, exclusão social).

Existem vários **preconceitos e estereótipos**, atitudes, crenças e suposições erróneas relativamente ao processo de **envelhecimento** e aos **cidadãos e cidadãs mais velhos/as**. As percepções sociais focam-se frequentemente no declínio e na diminuição das capacidades e do valor dos cidadãos e cidadãs seniores. Estas percepções contaminam as expectativas e as experiências de vida em diferentes áreas, como a saúde, o trabalho ou o lazer. O **idadismo**, a discriminação com base na idade, cria barreiras importantes ao processo de envelhecimento saudável e bem-sucedido, quer a nível individual quer comunitário.

Não é, todavia, imperativo que assim seja. Em primeiro lugar porque não existe fundamento científico para as ideias de acordo com as quais as pessoas mais velhos/as são menos produtivos/as, mais resistentes à mudança, menos capazes de lidar com a tecnologia ou mais frágeis, por exemplo. E também porque **os avanços sociais e tecnológicos podem precisamente contribuir para construir um futuro no qual a vitalidade e funcionalidade física, mental e emocional são mantidas e potenciadas ao longo da vida**.



De acordo com a investigação científica, o **envelhecimento** também se associa a **dimensões positivas**, como a sabedoria, a maturidade emocional ou a capacidade de usar estratégias pró-ativas capazes de dar maior significado à vida.

Deste modo, as **respostas públicas ao envelhecimento** não podem considerar apenas as **perdas** associadas ao processo de envelhecimento ou os seus potenciais **custos** económicos e sociais. É preciso ter também em conta também os **mecanismos de recuperação, adaptação e desenvolvimento psicológico e social que co-ocorrem**. O desafio social que o envelhecimento representa pode ser pensado, ao invés de como um imperativo para a redução de custos, a partir de uma estratégia de **maximização dos dividendos do facto de vivermos vidas mais longas e não numa lógica de redução de custos**.

Neste sentido, demógrafos/as de vários países têm questionado os parâmetros actuais para a **definição e a medição do que é ser uma pessoa mais velha**, tendo em conta as mudanças sociais em curso. Na realidade, os estilos de vida, os níveis de saúde e as condições de trabalho melhoraram, e a esperança média de vida ultrapassa os 80 anos. **Já não se é “velho/a” aos 65 anos de idade** e, portanto, **este marcador etário perde, nas sociedades ocidentais, sentido**. Está provado que os 70 anos de hoje são os antigos 60. Por exemplo, no Japão, quem tem hoje 75 anos caminha com a mesma velocidade e mantém a força nas mãos do que quem tinha 65 anos há duas décadas. As características e capacidades das pessoas com 65 anos são muito diferentes das do passado. **Não há justificação médica ou biológica para considerar “idoso” alguém com uma idade cronológica correspondente a 65 anos. Fazê-lo pode significar desperdiçar capital humano**, ameaçando assim a própria sustentabilidade dos sistemas social e económico.

Actualmente, defende-se que **o valor social dos cidadãos e cidadãs deve ser medido consoante o número de anos de vida que ainda têm pela frente, mais do que pelos anos que já viveram**. Neste sentido, **a idade de início da velhice deve ser móvel e basear-se na idade prospectiva**, ou seja, quando restarem 15 anos para a morte (isto é, com base nas tabelas de mortalidade, com que idade é que as pessoas têm 15 anos de expectativa de vida). **De acordo com a idade prospectiva actual, em Portugal, hoje as mulheres precisariam de chegar aos 71 e os homens aos 68 para serem considerados adultos mais velhos**.

Esta alteração pode contribuir para alterar a forma como encaramos o envelhecimento (e o envelhecimento demográfico), valorizamos socialmente as pessoas mais velhas e gerimos a transição da vida activa para a não activa, produzindo consequências positivas quer na economia quer na saúde e no bem-estar. Há, inclusivamente, investigadores que falam numa nova fase do **desenvolvimento: a gerontolescência** (situada entre os 50 e os 75 anos) – fase em que os/as adultos/as experimentam novas autodescobertas e processos de construção de identidade e autonomia, como uma espécie de segunda adolescência.

Consideramos então o **envelhecimento** como um **processo de mudanças sistemáticas** e significativas, que acontecem ao longo de toda a vida (e não apenas na infância e juventude). **Centramo-nos, neste documento e nesta Campanha, naquelas que acontecem e afectam os/as adultos/as (menos e mais velhos/as)**, por serem, do ponto de vista sociopolítico, das que mais **transformações sociais e nas trajetórias de vida** podem trazer.

**NÃO EXISTE FUNDAMENTO CIENTÍFICO PARA AS IDEIAS DE ACORDO COM AS QUAIS AS PESSOAS MAIS VELHOS/ AS SÃO MENOS PRODUTIVOS/ AS, MAIS RESISTENTES À MUDANÇA, MENOS CAPAZES DE LIDAR COM A TECNOLOGIA OU MAIS FRÁGEIS.**

## 1.1. DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E BEM-SUCEDIDO

A forma como envelhecemos decorre da forma como nos desenvolvemos, dos comportamentos e escolhas que fazemos ao longo da vida e dos contextos onde ocorrem.

Correspondendo à ideia de que não se deseja apenas uma vida mais longa, mas uma vida com qualidade, surge o conceito de **envelhecimento saudável e bem-sucedido**. A OCDE entende-o como a capacidade de manter uma vida produtiva na sociedade e na economia à medida que se avança em idade, repartindo autonomamente o tempo de vida entre actividades de aprendizagem, trabalho, lazer e cuidados aos outros. A OMS destaca os aspectos funcionais e qualidade de vida através da optimização das possibilidades de saúde, participação e segurança. Já a Comissão Europeia enfatiza a educação ao longo da vida e o prolongamento da vida activa.

O envelhecimento saudável e bem-sucedido depende da **capacidade que os/as adultos/as têm de adaptação** às circunstâncias, que passa por manter os **cidadãos e cidadãs activos/as e satisfeitos/as a todos os níveis**, levando-os a um **contínuo investimento** e não desinvestimento na vida e no seu desenvolvimento.

De seguida analisamos brevemente aquelas que consideramos serem **dimensões fulcrais para um envelhecimento saudável e bem-sucedido**: segurança, habitação e mobilidade; bem-estar e Saúde; bem-estar psicológico e Saúde Psicológica; relações sociais e inclusão; cultura e educação ao longo da vida; participação cívica e emprego.

### SEGURANÇA, HABITAÇÃO E MOBILIDADE

A **segurança pessoal e financeira**, uma **habitação** condigna, assim como a **mobilidade** são das necessidades básicas mais importantes e facilmente identificadas por qualquer pessoa. A **criação e manutenção de contextos e espaços favoráveis e facilitadores do envelhecimento** é indispensável à promoção do bem-estar, da autonomia e da participação cívica dos cidadãos e cidadãs ao longo da vida.

A análise de alguns dados disponíveis, revela que estas necessidades são especialmente prementes no caso dos cidadãos e cidadãs mais velhos/as:

Em 2020, a taxa de cobertura dos **equipamentos sociais de apoio** aos cidadãos e cidadãs mais velhos/as (como Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas - ERPI, centros de dia ou serviços de apoio domiciliário) não passava de 12,5% (dados do relatório “Carta Social 2020”, do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social).

Em 2019, a **pobreza** entre os cidadãos e cidadãs mais velhos/ass portugueses/as estava fixada nos 17.5% (dados do relatório “Portugal, Balanço Social, 2021”, que dá conta de 2.027 pessoas em risco de pobreza ou de exclusão social, o que corresponde a 16.2% da população).

Em 2019, um estudo da Universidade do Porto, apontou para uma prevalência de 20% de **abuso psicológico** a afectar as pessoas mais velhos/as. De acordo com a APAV, a **violência** contra cidadãos e cidadãs mais





velhos/ass aumentou mais de 110% nos últimos anos (dados do relatório “Pessoas Idosas e Vítimas de Crime e Violência 2013-2020”) Das 10.307 pessoas que a Associação apoiou entre 2013 e 2020, a maioria (8.458) foi vítima de crimes e violência e eram mulheres (73.3%).

O principal mecanismo de lesão **para** a população a partir dos 65 anos é a **queda**, apresentando uma frequência de 90% no grupo etário com mais de 75 anos. A maior parte dos acidentes ocorre em casa e o tempo de internamento consequente é, em média, de 11 dias, nas pessoas com mais de 75 anos. Após a alta hospitalar, a taxa de mortalidade aos 3 meses é de 10,2% e aos 6 meses de 14,1%. Uma das principais consequências das quedas são as fracturas e, entre estas, a do fémur é das mais frequentes. Em Portugal estima-se que, após um ano de Fracturas da Extremidade Proximal do Fémur, 10% a 20% dos doentes acabam por falecer, 50% apresentam perda funcional e/ou motora, e apenas 30% ontém recuperação funcional para os níveis anteriores à fractura.

A **segurança pessoal** passa pela percepção e pela realidade de um ambiente seguro, quer na comunidade em que se vive quer em casa. As pessoas precisam de sentir que vivem num bairro seguro, onde não existem abusos (físicos, sexuais, psicológicos ou financeiros) ou crime e numa **habitação** segura e condigna, que lhes dê conforto e não os coloque em risco de quedas, acidentes ou lesões. Um ambiente e uma habitação seguros estão associados não só a **bem-estar e saúde**, mas também a **autonomia**, assim como a impactos positivos na rede de relações sociais dentro e fora de casa, facilitando o **envolvimento com a comunidade**.

Especificamente no caso dos **cidadãos e cidadãs mais velhos**, poderão ser necessárias algumas **adaptações nos espaços públicos e privados** que trarão benefícios na facilitação das tarefas quotidianas e na redução de riscos para a saúde e a segurança – por exemplo, remoção de obstáculos à mobilidade física, como degraus; providenciar ajudas à mobilidade, como barras de apoio no chuveiro; promoção do conforto, como o aumento da eficiência energética; aumento da segurança, como a introdução de chão antiderrapante nas habitações ou estruturas físicas da comunidade.

No que diz respeito à **segurança financeira**, não se trata apenas de garantir pensões sociais para os cidadãos e cidadãs mais velhos/as, mas de proporcionar diferentes formas de apoio directo e indirecto, que podem passar, por exemplo, pela possibilidade de manter a vida activa até mais tarde ou ter acesso a serviços de apoio no domicílio.

A **mobilidade** é outro aspecto fundamental para o envelhecimento saudável, referindo-se quer à mobilidade do próprio corpo, quer àquela que implica o recurso a um veículo. Inclui levantar-se de uma cadeira, mover-se de uma cama para uma cadeira, caminhar, fazer exercício, realizar tarefas quotidianas, conduzir um carro ou utilizar os transportes públicos. A mobilidade é **condição para outros aspectos do envelhecimento bem-sucedido**, como o bem-estar ou a participação nas actividades sociais e culturais. É influenciada não apenas pela capacidade intrínseca do indivíduo, mas também pelo ambiente em que este vive.

A **actividade física regular** é essencial e está inextricavelmente ligada a aspectos cruciais para o bem-estar das pessoas de todas as idades – por exemplo, a melhorias no sistema imunitário e na resistência à doença, à autonomia e independência e à manutenção de redes sociais. Sabemos que as pessoas mais sedentárias têm maior probabilidade de desenvolver quadros



depressivos (33%) do que os cidadãos e cidadãs mais activos (12%). Neste sentido, devem ser promovidas oportunidades de realização de actividade física, implementando políticas e estratégias que eliminem potenciais barreiras e rentabilizem a forma como o espaço é utilizado, a sua estética, acessibilidade, conexão com o design urbano e percepção de segurança. Por exemplo, investir em passeios amigos dos pedestres, com sinalização adequada e de grande visibilidade, assim como espaços para descansar na rua e casas de banho públicas; reduzir os limites de velocidade e implementar medidas para diminuir o trânsito; manter os passeios bem cuidados; assegurar que os semáforos das passadeiras permitem o tempo adequado para se atravessar e incluem ajudas auditivas; assegurar que existem características esteticamente agradáveis nas ruas e parques, como árvores, jardins, vegetação e zonas de repouso; garantir que os bairros estão construídos de modo a permitir um acesso fácil, a partir de casa, a um grande número de destinos, como lojas, serviços de saúde, centros comunitários e organizações religiosas.

No caso específico dos **cidadãos e cidadãs mais velhos/as**, é necessário disponibilizar **tecnologias assistidas** que facilitem a mobilidade, como as bengalas, os andadores ou as cadeiras de rodas. Mas também, promover programas comunitários que incluam actividade física e treino de força, resistência, equilíbrio e flexibilidade. Promover a **actividade física** entre os/as mais velhos/as, pode otimizar a saúde, a funcionalidade e a qualidade de vida, minimizando os efeitos adversos associados aos estilos de vida sedentários e reduzindo o risco de doenças e acidentes domésticos.

Para além disso, e sabendo que as pessoas mais velhos/as usam meios de **transporte públicos**, sobretudo os autocarros, para se deslocarem, é necessário melhorar a disponibilidade e a acessibilidade destes transportes, aumentando a sua relevância e conveniência. Por exemplo, fazendo alterações nas rotas e horários ou ambos; aumentar a acessibilidade financeira, oferecendo a gratuidade ou preços reduzidos; assegurar que existe informação disponível e de leitura simples sobre o sistema (os horários, por exemplo); proporcionar lugares prioritários para pessoas com mobilidade reduzida; formar os operadores de transportes para considerar a necessidade de ajuda ou mais tempo para entrar nos transportes públicos.

## BEM-ESTAR E SAÚDE

O declínio gradual do **estado de Saúde** é uma das características mais frequentemente associadas ao envelhecimento e que, porventura, mais condiciona este processo, sobretudo nos casos em que existe uma doença crónica e/ou quadros clínicos que provocam incapacidades, afectando a vida quotidiana e a autonomia das pessoas.

Sabemos que, com o aumento da idade, ocorrem um conjunto de **mudanças fisiológicas que aumentam o risco de doença**, nomeadamente, de doença crónica. A partir dos 60 anos, o principal encargo por incapacidade e morte advém de perdas, associadas à idade, de audição, visão e mobilidade, assim como de doenças não comunicáveis (incluindo as doenças cardíacas, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças respiratórias crónicas, o cancro ou a demência). Há ainda que considerar o impacto (na capacidade individual, assim como na utilização e custo dos cuidados de Saúde) da **multimorbilidade**.

O envelhecimento é também cada vez mais associado às Demências, cuja prevalência aumenta com a idade, duplicando a cada cinco anos após a sexta década de vida. As **Demências** correspondem a um conjunto de situações





clínicas em que existe uma lesão do Sistema Nervoso Central, com diversas causas, que determinam um declínio súbito ou progressivo da capacidade de pensar, recordar e aprender, afectando as actividades do dia-a-dia, a autonomia e o relacionamento social. **Portugal era, em 2021, o quarto país da OCDE com mais casos de Demência**, com 21.9 casos por mil habitantes – um valor superior à média dos 35 países avaliados. Estima-se que existam, actualmente, 194 mil pessoas com demência em Portugal, das quais 60 a 80% têm Alzheimer. Em 2050, este número poderá ascender a mais de 350 mil pessoas. Para além da mortalidade atribuída às Demências, a morbilidade que lhe está associada é elevada, estimando-se que contribua com mais de **11,9% dos anos vividos com incapacidade** nas pessoas acima dos 60 anos – valor superior, por exemplo, ao calculado para os AVC (9,5%) ou para as doenças cardiovasculares (5%). As Demências têm um grande impacto não apenas nas pessoas afectadas, mas também nos **cuidadores e cuidadoras**.

Por outro lado, **o bem-estar está associado à sobrevivência da população**, nomeadamente à da população com mais de 60 anos, correlacionando-se inversamente com todas as causas de mortalidade. A taxa de mortalidade para as pessoas com mais de 75 anos e um nível de baixo bem-estar é 30% superior. É ainda do **estado de saúde e bem-estar que depende a possibilidade de os cidadãos e cidadãs contribuírem activamente para a sociedade** – seja no contexto da família, na comunidade onde vivem ou para a sociedade de forma mais ampla.

Neste sentido, **a promoção da saúde e do bem-estar tem um papel muito importante no envelhecimento saudável e bem-sucedido**. A maior parte dos problemas de Saúde pode ser prevenida ou adiada através de **alterações nos comportamentos e estilos de vida**, e da criação de **ambientes seguros e de apoio físico e social** que garantam a mobilidade e a funcionalidade de todas as pessoas. É o acumular de comportamentos e experiências favoráveis ou desfavoráveis, ao longo da vida, que faz com que o envelhecimento seja mais ou menos saudável e bem-sucedido.

Numa realidade em que as pessoas são encorajadas e adoptar estilos de vida que incluam comportamentos alimentares saudáveis, exercício físico e redes sociais diversificadas, mesmo aquelas com doenças ou incapacidades podem permanecer activas e independentes, mantendo qualidade de vida.

**A saúde, o bem-estar e a satisfação com a vida** dependem e **integram recursos pessoais** (competências, educação, redes sociais e capacidade financeira, por exemplo) **e recursos sociais** (apoios comunitários, recursos no campo da educação e da saúde, por exemplo). Portanto, é necessário **consolidar estes alicerces** para a construção de um envelhecimento saudável e bem-sucedido.

## SAÚDE PSICOLÓGICA

Sabendo-se que o envelhecimento é um processo influenciado por factores intrínsecos e extrínsecos e marcado por profundas mudanças biológicas, psicológicas e sociais -- é expectável que cada uma delas possa ter um potencial impacto no bem-estar psicológico, na Saúde Psicológica e na qualidade de vida dos cidadãos e cidadãs mais velhos/as. O envelhecimento populacional pode trazer **o aumento da prevalência de problemas de Saúde Psicológica em adultos, no geral, e nos adultos mais velhos, em particular**.

Efectivamente, trata-se de uma fase do ciclo de vida particularmente de-



safiante para a Saúde Psicológica. Os cidadãos e cidadãs mais velhos/as podem viver novas circunstâncias (por exemplo, passar a viver sozinho/a ou num lar), que facilitam o aparecimento de sintomas de sofrimento psicológico (e.g., sentimentos de tristeza, insegurança, medo, abandono). Neste contexto, **o isolamento social tem preponderância**, pois diminui os níveis de satisfação com a vida e é um factor de risco para a Saúde Psicológica. Quase metade das pessoas com 60 anos ou mais diz sentir-se sozinha frequentemente ou algumas vezes. E, destas, 14% afirmam que a pandemia agravou a situação (Peralta et al., 2022).

Um estudo de 2021 realizado pelo Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) conclui que uma em cada quatro pessoas com mais de 65 anos tem sintomas depressivos. Embora a depressão seja um problema de Saúde Psicológica relativamente comum na população mais velha, o quadro clínico não é diagnosticado em cerca de metade dos casos, sendo muitas vezes subestimado e a sintomatologia atribuída a outros problemas característicos deste grupo, por exemplo, as perturbações do sono, fadiga ou a angústia associada a dificuldades de memória. A depressão pode amplificar as incapacidades funcionais causadas pela doença física, interferir nos tratamentos e na reabilitação e contribuir ainda mais para um declínio no funcionamento físico e cognitivo da pessoa.

**Durante a pandemia COVID-19 agravaram-se algumas das situações com impacto na população mais velha.** Por exemplo, a vulnerabilidade aumentada à doença física (e, conseqüentemente, ao vírus), os períodos de confinamento prolongado (em lares ou em casa), os baixos níveis de literacia digital e a redução de redução do acesso aos cuidados de saúde conduziram ao **agravamento da sintomatologia ansiosa e depressiva nas pessoas com mais de 65 anos**. Adicionalmente, o problema da solidão, largamente documentado nesta população, aumentou substancialmente em contexto pandémico, na sequência das restrições impostas ao contacto físico, que vieram ampliar os sentimentos de isolamento e solidão que muitas pessoas já experimentavam. Comparando os cidadãos e cidadãs mais velhos/as que receberam recomendações no sentido de ficar em casa e evitar o contacto físico a todo o momento devido às suas vulnerabilidades clínicas com outros cidadãos e cidadãs mais velhos/as, os sintomas de ansiedade e depressão do primeiro grupo são duas vezes mais prevalentes do que nos restantes (Zaninotto et al., 2020).

## RELAÇÕES SOCIAIS E INCLUSÃO

A evidência científica comprova existir uma **associação entre o bem-estar e a qualidade de vida, ao longo do ciclo de vida** e, sobretudo na velhice, o grau de **inclusão social** e a **qualidade das relações sociais**, o apoio emocional e instrumental que se dá e se recebe. Esta associação estende-se ao estado de saúde e até à redução do risco de mortalidade.

As **redes de relações sociais** possibilitam aos cidadãos e cidadãs manter a sua identidade pessoal e social, receber apoio emocional, ajuda material e informação/recursos ou estabelecer novas relações com os outros e, por isso, são fundamentais para o bem-estar e para a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. Esta relevância é reconhecida pelas próprias pessoas que, de acordo com diversos estudos, assumem como sendo um dos principais factores para envelhecer bem o facto de ter família e amigos com quem possam contar.





A **capacidade de manter e construir relações sociais** tem **impacto nas restantes capacidades**, tal como na mobilidade e na participação activa na comunidade. No caso dos **cidadãos e cidadãs seniores** esta capacidade é **particularmente prioritária** dada a importância de um leque alargado de relações, que inclua familiares, amigos, vizinhos e prestadores de serviço da comunidade.

Pelo contrário, **a solidão tem efeitos negativos na saúde e no bem-estar das pessoas**. Por exemplo, está associada a um maior risco de isolamento e mortalidade em adultos com mais de 60 anos. Este risco é comparável ao do tabaco ou consumo de álcool e excede o que advém da influência da actividade física e da obesidade. Cidadãos e cidadãs adultos/as e seniores reportam níveis mais elevados de satisfação com a vida quando não se sentem sós. Em Portugal, estudos comunitários evidenciam que entre 14% e 36% das pessoas com 65 ou mais anos refere sentir solidão (Araújo et al., 2021).

Para além da existência de uma rede diversificada de relações sociais, a **inclusão** das pessoas, nomeadamente dos cidadãos e cidadãs mais velhos/as, também depende da manutenção do **direito a todas as formas de representação e participação social**. É necessário eliminar atitudes idadistas, manifestas na discriminação e noutras práticas sociais que atentem contra os direitos humanos de todas as pessoas.

Neste sentido, é **fulcral promover a inclusão e a construção de redes sociais de apoio**, quer construindo programas de intervenção específicos, quer desenvolvendo serviços sociais, implementando desenhos urbanos e políticas de transporte e mobilidade que possam contribuir para criar e manter redes sociais.

## CULTURA E EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

A **aprendizagem ao longo da vida e a participação em actividades culturais e recreativas**, afectam a **saúde** e a **qualidade de vida** das pessoas, assim como a **competitividade económica** das comunidades. Enriquecem não apenas a **vida laboral**, mas também a **realização pessoal** dos cidadãos e cidadãs, permitindo-lhes manter-se envolvidos/as e participantes na sociedade durante toda a vida.

Deste modo, as **actividades de formação e educação, descanso e lazer** devem prolongar-se ao **longo de todo o ciclo de vida**. Ainda que possa ser necessário haver alterações em função da idade, características e interesses pessoais, o processo de formação e participação em actividades culturais e de lazer só deve terminar quando haja impossibilidade de incorporar conhecimento ou de usufruir desse tipo de iniciativas.

**No caso específico dos cidadãos e cidadãs sénior**, continuar a aprender e a participar em oportunidades culturais permite-lhes manter e actualizar conhecimentos, assim como competências para gerir a saúde e adaptar-se aos processos que ocorrem frequentemente na velhice (como a reforma, a viuvez ou tornar-se cuidador/a); manter a sua identidade, sentido de controlo e um desenvolvimento mental, físico, social e emocional contínuo. As pessoas seniores que continuam a aprender e se mantêm culturalmente activas são mais auto-confiantes, envolvem-se mais nas actividades das suas comunidades, são menos dependentes da família e dos serviços sociais do Estado, são mais saudáveis e apresentam maiores níveis de bem-estar.



Neste sentido, e contrariando a realidade mais frequente, **é necessário criar oportunidades, programas e actividades, baseados na aprendizagem, na cultura e nas artes** que sejam dirigidos e/ou que rentabilizem a contribuição das pessoas e, especificamente dos cidadãos e cidadãs seniores, envolvendo-os/as inclusivamente no seu planeamento, assegurando o seu direito à participação. A existência destas oportunidades permite-lhes expressar a sua identidade e a sua história, promovendo os recursos da comunidade e a **aprendizagem inter-geracional**, combatendo o idadismo e promovendo o **respeito pela diversidade**.

Neste âmbito, a **melhoria do acesso à informação e às tecnologias de comunicação** deve constituir uma prioridade. De acordo com o Observatório da Natalidade e do Envelhecimento, em Portugal, 45% dos/as reformados/as não tem acesso a computador e apenas 40% usa regularmente o computador, sendo que apenas 36% acede diariamente à Internet. O desenvolvimento de conhecimentos e competências de **literacia digital** é também uma ferramenta de integração e educação dos cidadãos e cidadãs sénior, permitindo-lhes, entre outras coisas, trabalhar em part-time ou desenvolver actividades de consultoria, enviar emails a familiares, encontrar informação ou ler o jornal com um tamanho de letra adequado às suas necessidades.

## PARTICIPAÇÃO CÍVICA E EMPREGO

Socialmente, não é indiferente ser-se jovem ou mais velho. **Conforme a idade, é esperada dos cidadãos e cidadãs uma participação social diferente**, sendo que, frequentemente, a atribuição de capital social é independente das reais capacidades da pessoa, considerando-se indiscriminadamente que os/as mais velhos/as são menos interessantes e valiosos/as do que os mais novos/as.

A **participação na vida cívica** pode ser **formal** (actividades realizadas em organizações com objectivos definidos – políticos, culturais, religiosos ou outros) e **informal** (actividades desenvolvidas em contextos não organizacionais). Na realidade, ambas as formas de participação tendem a diminuir quando se considera o efeito etário. Contudo, todas as pessoas, incluindo os cidadãos e cidadãs seniores, possuem competências, ideias, conexões e tempo que podem utilizar a favor da melhoria das comunidades onde vivem. **Julgar a capacidade de alguém com base no seu ano de nascimento é uma forma de exclusão social**, que empurra para a inactividade muitas pessoas capazes e interessadas em contribuir de forma activa para as suas comunidades. As **mais-valias cívicas** de todas as pessoas implicam o desenvolvimento de novos modelos de encarar o processo de envelhecimento e de rentabilizar as suas potencialidades.

Neste sentido, e tendo em conta o aumento da longevidade e das condições de saúde, defende-se, cada vez mais, um **modelo social em que a fase de produção, a “fase activa”, seja mais dilatada no tempo e mais flexível**, nomeadamente através da **criação de condições, de geometria variável, entre a carreira profissional e a inactividade**, através de transições graduais e possibilidades de escolha de repartição dos tempos de aprendizagem, trabalho, lazer e cuidado aos outros.

A sociedade deve organizar-se, não para uma **carreira profissional** única, mas **múltipla, que acompanhe a evolução física, mental, desenvolvimental e de competências das pessoas**. Por exemplo, a vida activa pode começar mais cedo e terminar mais tarde, contemplando um aumento ou redução





do número de horas dedicadas ao trabalho conforme o período do ciclo de vida (por exemplo, trabalhar menos horas no período em que os filhos são pequenos). Num esquema deste género, os cidadãos e cidadãs seniores poderiam exercer uma actividade até mais tarde, beneficiar de uma reforma parcial e sentir de forma menos intensa o embate da inactividade.

De acordo com o Observatório da Natalidade e do Envelhecimento em Portugal, cerca de 46% da população activa gostaria de trabalhar até as capacidades físicas o permitirem. E **uma comunidade saudável envolve as pessoas de todas as idades em trabalho significativo para o bem-comum**, rentabilizando os talentos e capacidades de cada um para tornar a comunidade melhor para todos. Ter um trabalho, participar em actividades cívicas e de lazer, pode motivar os cidadãos e cidadãs sénior a permanecerem activos e socialmente conectados/as.



## 2. AS COMUNIDADES PRÓ-ENVELHECIMENTO

Da reflexão sobre as dimensões de um envelhecimento saudável e bem-sucedido, decorre o imperativo de **promover o desenvolvimento e o envelhecimento sustentáveis da sociedade e dos cidadãos e cidadãs, enquanto direito humano**. É fundamental desenvolver acções no sentido de construir uma sociedade coesa, pacífica, equitativa e segura, maximizando as contribuições económicas e sociais de todos/as, em todos os momentos do ciclo de vida.

Por serem os contextos de vida de grande parte das pessoas, uma forma potencialmente benéfica de promover o envelhecimento saudável e bem-sucedido da população é a criação de **Comunidades Pró-Envelhecimento (CP-E)**, ou seja, **Comunidades centradas nas necessidades dos cidadãos e cidadãs nas diferentes fases do ciclo de vida e processo de envelhecimento**, com uma ênfase particular nos/as **adultos/as de hoje** (futuros/as cidadãos e cidadãs seniores) e naqueles que actualmente, já são considerados **seniores**.

As CP-E permitem **rentabilizar e potenciar o valor pessoal e social das pessoas**, de modo a que todos e todas, independentemente da idade, possam desenvolver-se e contribuir activamente para a sociedade, desfrutando plenamente das suas vidas, com níveis elevados de **bem-estar e qualidade de vida, ao longo de todo o ciclo de vida**.

As CP-E são **ambientes comunitários inclusivos, cujas políticas, serviços e estruturas** optimizam oportunidades para a **saúde, a segurança, a aprendizagem ao longo da vida e a cidadania activa**, reconhecendo as capacidades e recursos das pessoas, seja qual for a sua idade, respeitando as





suas necessidades e decisões e permitindo-lhes envelhecer saudavelmente e com sucesso.

Nas CP-E, todos cidadãos e cidadãs são percebidos como possuindo valor e um amplo leque de capacidades e recursos; existe **respeito, justiça e equidade**. As **diferenças de género** são consideradas e é dada uma atenção especial a **grupos mais vulneráveis** de pessoas. Todos e todas são envolvidos, numa **abordagem participativa e de empowerment individual e comunitário**, na acção comunitária e na construção das políticas públicas.

Deste modo, as **CP-E constituem contextos seguros e de envelhecimento para todos/as e não apenas para os cidadãos e cidadãs seniores**. Cenários sociais e físicos que promovam a mobilidade e independência, a segurança e a tranquilidade, uma rede de apoio e serviços sociais ampla e diversificada são benéficos para toda a comunidade. Por exemplo, ruas sem obstáculos aumentam a mobilidade e a independência de jovens, adultos/as ou pessoas seniores; um bairro seguro e com os serviços necessários, permite que pessoas de todas as idades se sintam confiantes para participar em actividades sociais.

Neste sentido, **as Comunidades devem ser capazes de preparar planos e implementar acções para que os cidadãos e cidadãs possam envelhecer saudavelmente e com sucesso**. São necessárias acções de prevenção dos riscos, de promoção de comportamentos saudáveis e de promoção da capacidade funcional, respondendo às necessidades dos cidadãos e cidadãs seniores de hoje e daqueles/as que o virão a ser no futuro.

**Construir uma CP-E é uma responsabilidade de todos e todas**, que envolve uma abordagem intersectorial e uma multiplComunidade de acções a diferentes níveis, sempre com o objectivo de construir e manter competências e capacidades funcionais, bem-estar e saúde, redes sociais, envolvimento e contribuição cívica e mobilidade ao longo de toda a vida.

## 2.1. DIMENSÕES DAS COMUNIDADES PRÓ-ENVELHECIMENTO

Partindo daquelas que são as dimensões essenciais de um envelhecimento saudável e bem-sucedido, consideramos serem **dimensões fulcrais das Comunidades Pró-Envelhecimento** as seguintes: segurança, habitação e mobilidade; bem-estar e saúde; bem-estar psicológico e Saúde Psicológica; relações sociais e inclusão; cultura e educação ao longo da vida; participação cívica e emprego.

Estas **dimensões interagem** e alimentam-se umas às outras para gerar **Comunidades Pró-Envelhecimento**:

**Segurança, Habitação e Mobilidade.** As CP-E possuem planos estratégicos e/ou programas de prevenção da criminalidade, da fraude financeira, da violência e do abuso (físico, sexual, psicológico e financeiro) de todos e todas, nomeadamente dos cidadãos e cidadãs seniores. As infra-estruturas públicas, interiores ou exteriores, são seguras acessíveis a todos/as, independentemente da sua idade e capacidade funcional. A habitação



é economicamente e fisicamente acessível, condigna e confortável. As CP-E implementam programas de incentivo à actividade física regular e de facilitação da mobilidade, através do investimento em infra-estruturas adequadas a todos e a sistemas de transportes públicos que respondam às necessidades de todos e todas..

**Bem-Estar e Saúde.** As CP-E possuem um conjunto diversificado e acessível de Serviços de Saúde, Serviços Sociais e actividades de lazer. Existem programas de promoção da literacia sobre o envelhecimento, a saúde e o bem-estar; de promoção de estilos de vida saudáveis; de prevenção da doença e de quedas, assim como de promoção da auto-regulação e literacia em saúde, nomeadamente em Saúde Psicológica. As CP-E trabalham em conjunto com Psicólogos e Psicólogas, num rácio-adequado, e com um/a Provedor/a dos cidadãos e cidadãs mais velhos/as.

**Relações Sociais e Inclusão.** As CP-E proporcionam oportunidades de interacção e relacionamento interpessoal entre as pessoas, realizando actividades que promovem as sinergias intergeracionais. Implementam planos estratégicos e programas de combate ao isolamento e à exclusão social e de resposta a grupos mais vulneráveis. Numa CP-E, o valor das pessoas, nomeadamente dos cidadãos e cidadãs seniores, é reconhecido e todos/as participam nos processos de tomada de decisões que lhes dizem respeito. As políticas e práticas públicas consideram as características e necessidades de todos/as, nomeadamente dos cidadãos e cidadãs seniores.

**Cultura e Educação ao Longo da Vida.** As CP-E oferecem um conjunto diversificado e acessível de actividades culturais e de lazer, que responde aos interesses e capacidades de pessoas de todas as idades. Existem programas ou recursos educacionais que ajudam as pessoas a compreender e a planear o seu processo de envelhecimento, que promovem a literacia (nomeadamente a literacia em saúde e financeira). As CP-E proporcionam ainda oportunidades de formação e de aprendizagem intergeracional.

**Participação Cívica e Emprego.** As CP-E envolvem pessoas de todas as idades nas suas estruturas políticas e sociais, incorporando os seus contributos. Existem programas de apoio ao voluntariado e à contratação e manutenção de colaboradores seniores, assim como à flexibilização das opções de trabalho ao longo da vida. As CP-E oferecem condições aos cidadãos e às cidadãs para que se mantenham activos/as e participantes nas suas comunidades, independentemente da sua idade.

## 2.2. O PAPEL DOS/AS PSICÓLOGOS/AS NA CONSTRUÇÃO DE COMUNIDADES PRÓ-ENVELHECIMENTO

A **Psicologia e os/as Psicólogos/as** podem contribuir para responder adequada e custo-efectivamente aos desafios que o envelhecimento e a construção de Comunidades Pró-Envelhecimento colocam, facto que o reconhecimento da especialidade em **Psicogerontologia** vem confirmar.



Tendo em conta a sua formação e conhecimento científico teórico-prático sobre o comportamento ao longo do ciclo vital, os aspectos cognitivos do envelhecimento e o impacto psicológico e social do processo de envelhecer, os/as Psicólogos e Psicólogas são profissionais preparados para desempenhar um **conjunto diverso de papéis em diferentes contextos de vida das pessoas mais velhas** (públicos e privados).

Por um lado, podem contribuir para um **envelhecimento saudável e bem-sucedido**, para rentabilizar o potencial de todos os cidadãos e cidadãs, em todas as fases da vida, e promover um estilo de vida activo, saudável e em que haja envolvimento social com a comunidade e que permita manter e **melhorar a qualidade de vida**:

**Implementar estratégias de prevenção e de redução dos factores de risco.** Uma vez que os estilos de vida contribuem significativamente para o risco de desenvolver problemas de saúde, como as doenças crónicas ou a demência, é necessário ajudar a população a **modificar os seus comportamentos e a adoptar estilos de vida saudáveis**. Enquanto especialistas no comportamento, o papel dos/as Psicólogos e Psicólogas é fundamental nesta tarefa.

Promover a **literacia** e consciencialização pública sobre o **processo de envelhecimento**, desmistificando crenças e mitos sobre o envelhecimento, promovendo uma visão mais realista, activa e positiva do processo de envelhecimento.

Facilitar a participação dos cidadãos e cidadãs na vida colectiva da sociedade, através da **promoção da aprendizagem ao longo da vida e da cidadania activa**.

Desenvolver programas de **prevenção e promoção da Saúde Psicológica e do bem-estar** ao longo de todo o ciclo de vida.

Participar no processo de **construção de políticas públicas, planos estratégicos e programas**, dirigidos aos cidadãos e cidadãs, considerando a sua diversidade de características, interesses e capacidades funcionais.

Por outro lado, podem ajudar a **compreender e a intervir nos problemas** que a solidão, o isolamento, a demência e a depressão causam às pessoas, nomeadamente aos cidadãos e cidadãs seniores. Podem ainda envolver-se no desenho e implementação de sistemas de gestão e monitorização da saúde que permitam **prevenir e tratar a dor e a doença**, tal como nos **cuidados paliativos** e no fim da vida, entre outros:

Intervir nos **Problemas de Saúde Psicológica** como a depressão, a ansiedade e a solidão, nomeadamente na velhice.

Intervir nos **processos demenciais** e nas mudanças do estilo de vida e do comportamento associadas. Os/as Psicólogos e Psicólogas podem ajudar os cidadãos e cidadãs em fases iniciais de um processo demencial a construir estratégias e capacidades de coping que lhes permitam reduzir o stresse, assim como optimizar as capacidades cognitivas remanescentes. Os/as Psicólogos e Psicólogas podem ainda trabalhar com os cuidadores, ensinando-lhes estratégias para lidarem com os comportamentos de quem cuidam e com o seu próprio sofrimento emocional.





Promover a **auto-gestão e auto-regulação das doenças crónicas**.

Promover a **adesão à medicação**. Muitos problemas de saúde característicos da velhice – como a hipertensão arterial, a diabetes ou a dor crónica – envolvem tomar medicamentos, fazer uma dieta alimentar específica ou exercitar-se com regularidade. Os/as Psicólogos e Psicólogas podem ajudar a integrar estes comportamentos num estilo de vida saudável quotidiano.

Facilitar processos de **perda e luto**.

Ajustamento e **adaptação a mudanças e factores de stresse** relacionados com as diferentes fases e tarefas desenvolvimentais do ciclo de vida (por exemplo, a passagem à inactividade, o conflito familiar ou a mudança de papéis sociais).

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depressão e Ideação Suicida em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350-358.
- Almeida, T. C., Heitor, M. J., Santos, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., & Vicente, A. (2020). Saúde mental em tempos de pandemia - SM-COVID-19: relatório final (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.18/7245>.
- AGE Platform Europe, Committee of the Regions, European Commissions (2011). How to promote active ageing in Europe – EU support to local and regional actors.
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2020). Pessoas Idosas e Vítimas de Crime e Violência 2013-2020. Lisboa.
- Arup, Help Age International, Intel, Systematica (2015). Shaping Ageing Cities – 10 European Case Studies.
- Araújo, L., Ayala, A., Calderón-Larranaga, A., ... & Zurrila-Munoz, V. (2021). Policy Brief: Project QASP – Dar qualidade de vida aos anos. Porto: CINTESIS.
- Cabral, M., & Ferreira, P. (2014). Envelhecimento Activo em Portugal – Trabalho, reforma, lazer e redes sociais. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (2021). QASP Qualidade de Vida e Envelhecimento em Espanha, Suécia e Portugal.
- Courtin E, Knapp M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*, 25, 799-812.
- Economist Intelligence Unit (2012). A new vision for old age, Rethinking health policy for Europe's ageing society – A report from the Economist Intelligence Unit.
- Gatz, M., Smyer, M., & DiGilio, D. (2016). Psychology's Contribution to the Well-Being of Older Americans. *American Psychologist*, 71, 4, 257-267.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Tábuas de Mortalidade em Portugal: Desagregação regional (2018-2020). Lisboa.
- Joint Improvement Team, NHS Health Scotland. Active and Healthy Ageing: Na Action Plan for Scotland 014-2016.
- Lai Men, C & Vasconcelos, C. (2021). Doença de Alzheimer mobiliza dois mil milhões de euros por ano em Portugal, TSF, 28-09-2021. Disponível em: <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/doenca-de-alzheimer-mobiliza-dois-mil-milhoes-de-euros-por-ano-em-portugal-14167928.html>.
- Marques, S. (2011). Discriminação da Terceira Idade. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- MetLife Foundation (s.d.). A Blueprint for Action: Developing a Livable Community for All Ages.
- Nichols, E. et al. (2022). Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public Health*, 7. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00249-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00249-8/fulltext).
- OECD (2015). Ageing in Cities – Policy Highlights.
- OECD (2021). Health at a Glance. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>.
- Peralta, S., Carvalho, B. & Esteves, M. (2022). Portugal, Balanço Social 2021: Um retrato do país e de um ano de pandemia. Lisboa
- Public Health Agency of Canada (2015). Age-Friendly Communities Evaluation Guide – Using Indicators to Measure Progress.
- Rodrigues, T. (2018). Envelhecimento e políticas de saúde. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. (2012). O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 14, 385 (9968), 640-648.
- Tinker, A., & Ginn, J. (2015). An Age Friendly City – how far has London come?. King's College London.
- Tribunal de Contas (2021). Relatório Panorâmico Demografia e Educação. Lisboa
- WHO (2017). 10 Priorities Towards a Decade of Healthy Ageing.
- WHO (2016). Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020) – A framework for coordinated global action by the World Health Organization, Member States, and Partners across the Sustainable Development Goals.
- WHO (2016). Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health.
- WHO (2015). Measuring the Age-Friendliness of Cities – A Guide to Using Core Indicators.
- WHO (2015). World Report on Ageing and Health.
- WHO (2012). Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020.
- WHO (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide.
- Zaninotto, P., Di Gessa, G. & Steel, N. (2020). The experience of older people with multimorbidity during the COVID-19 pandemic. Reino Unido: ELSA Covid-19 Substudy.
- Zenebe, Y., Akele, B., W/Selassie, M. et al. (2021). Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry* 20, 55. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>.



