The background of the cover features a stylized illustration of several hands in various shades of orange and brown, reaching out and holding each other in a circular arrangement. The hands are positioned around the central text, creating a sense of community and support. The top and bottom edges of the cover are framed by a dark blue wavy border.

ENVELHECIMENTO ATIVO:

Um Marco Político em Resposta
à Revolução da Longevidade

ILC
CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE
BRASIL

Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil)

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL

O Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) é um *think-tank* independente sediado no Rio de Janeiro, inaugurado em 2012. Sua missão é **propor ideias e diretrizes para políticas públicas intersetoriais, voltadas ao envelhecimento populacional, fundamentadas por pesquisas e práticas internacionais, de modo a contribuir para o Envelhecimento Ativo.** O Centro enfatiza o desenvolvimento e a troca de conhecimento, a recomendação de políticas baseadas em evidências, a mobilização social e a construção e o fortalecimento de redes internacionais com foco no Brasil e no estado do Rio de Janeiro.

O ILC-Brasil é um dos membros da Global Alliance of International Longevity Centres (Aliança Global de Centros Internacionais de Longevidade [ILC-GA]), um consórcio internacional com status consultivo junto à Organização das Nações Unidas e representação em 17 países, constituído por África do Sul, Alemanha, Argentina, Austrália, Brasil, Canadá, China, Estados Unidos, França, Holanda, Índia, Israel, Japão, Reino Unido, República Dominicana, República Tcheca, e Singapura. Os Centros funcionam tanto de forma independente quanto colaborativa. O escritório central se localiza em Nova Iorque e seus atuais Co-Presidentes são a Baronesa Sally Greengross (ILC-UK) e o Dr. Alexandre Kalache (ILC-Brasil).

ENVELHECIMENTO ATIVO:
Um Marco Político em Resposta
à Revolução da Longevidade



Rio de Janeiro
Julho de 2015
Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil)

© International Longevity Centre Brazil / Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Edição em inglês por Paul Faber e em português por Silvia M.M. Costa

Revisão em inglês: Audra Gorgiev

Elaboração do Sumário Executivo: Peggy Edwards

Tradução inglês/português: Natalia Taddei

Design gráfico: Márcia Tavares

Diagramação e produção gráfica: Clayton Miranda

Centro Internacional de Longevidade Brasil

[69483] ENVELHECIMENTO ATIVO: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade / Centro Internacional de Longevidade Brasil. 1ª edição – Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

119 Págs: Il.

ISBN 978-85-69483-01-4

Tipo de Suporte: PAPEL

1. Envelhecimento, 2. Envelhecimento Ativo, 3. Longevidade.

AGRADECIMENTOS

O objetivo deste relatório é atualizar o documento histórico *Marco Político do Envelhecimento Ativo*, publicado em 2002, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Esta atualização é produto do Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) e foi escrita pela Dra. Louise Plouffe, ex-Coordenadora de Pesquisa do ILC-Brasil e atual Diretora de Pesquisa do ILC-Canadá, em colaboração com Ina Voelcker, Coordenadora de Projetos do ILC-Brasil, sob a direção geral de Alexandre Kalache, Presidente do ILC-Brasil.

Somos gratos pelas informações fornecidas pelas seguintes organizações integrantes da Aliança Global de ILCs: ILC-África do Sul, ILC-Argentina, ILC-Austrália, ILC-China, ILC-França, ILC-Índia, ILC-Israel, ILC-Japão, ILC-Países Baixos, ILC-Reino Unido, ILC-República Dominicana, ILC-República Tcheca e ILC-Singapura. Além disso, gostaríamos de agradecer ao ILC-Canadá pelo generoso apoio ao fornecer o tempo necessário a Louise Plouffe para que finalizasse o relatório.

Apreciamos o tempo e a expertise dedicados ao relatório pelos indivíduos a seguir: Sara Arber (Universidade de Surrey, Reino Unido), Alanna Armitage (Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA]), Jane Barratt (Federação Internacional sobre Envelhecimento [IFA]), Carolyn Bennett (Parlamento Canadense, Canadá), Ana Charamelo (Universidade da República, Montevideu, Uruguai), June Crown (ex-presidente da Faculdade de Saúde Pública, Colégio de Especialistas em Saúde Pública, Reino Unido), Denise Eldemire-Shearer (Universidade das Índias Ocidentais, Jamaica), Vitalija Gaucaite Wittich (Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa [UNECE]), Karla Giacomini (NESPE/FIOCRUZ-UFMG), Dalmer Hoskins (Departamento de Seguridade Social dos Estados Unidos), Irene Hoskins (ex-presidente da Federação Internacional sobre Envelhecimento [IFA]), Norah Keating (Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria [IAGG], Canadá), Nabil Kronfol (Centro para Estudos sobre Envelhecimento, Líbano), Silvia Perel Levin (representante de Genebra da ILC-GA), Joy Phumaphi (Aliança dos Líderes Africanos contra a Malária), Mayte Sancho (Fundação Matía Instituto Gerontológico, Espanha), Kasturi Sen (Faculdade de Wolfson (cr), Universidade de Oxford, Reino Unido), Alexandre Sidorenko (Centro Europeu para Políticas de Bem Estar Social e Pesquisa, Viena, Áustria), Terezinha da Silva (Mulher e Lei na África Austral, Moçambique), Derek Yach (Fórum Econômico Mundial [WEF]), Yongjie Yon (Universidade do Sul da Califórnia), Maria-Victoria Zunzunegui (Universidade de Montreal, Canadá).

Somos gratos pelo recurso de pesquisa (E-26/110.058/2013) da FAPERJ (Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro), agência de financiamento à pesquisa do estado do Rio de Janeiro, que tornou possível a realização deste relatório. Além disso, agradecemos a generosa contribuição financeira da Associação Americana de Aposentados (AARP) bem como da Bradesco Seguros. Gostaríamos também de agradecer o apoio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro por meio do Instituto Vital Brasil (IVB) e do Centro de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (CEPE) que apoia o nosso Centro desde o começo.

E por fim, mas não menos importante, gostaríamos de agradecer a toda a equipe do ILC-Brasil, incluindo Silvia Costa, Márcia Tavares, Diego Bernardini, Elisa Monteiro e Yongjie Yon (Associado ILC-Brasil) que contribuíram substancialmente para a produção deste relatório bem como todos os demais membros do conselho do ILC-Brasil (Ana Amélia Camarano, Claudia Burlá, Egídio Dorea, José Elias S. Pinheiro, Laura Machado, Luiza Fernandes Machado Maia,

¹ Título da tradução brasileira: Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde



Marília Louvison, Rosana Rosa, Silvia Regina Mendes Pereira, Israel Rosa, João Magno Coutinho de Souza Dias Filho e Fernanda Chauviere) pelo apoio contínuo ao ILC-Brasil.

O ILC-Brasil pretende que a Revisão do Envelhecimento Ativo funcione como um processo interativo de consulta contínua através do qual parceiros credenciados serão encorajados a contribuir com novas evidências e práticas. Se estiver interessado em fazer parte desse processo, por favor, entre em contato: info@ilcbrazil.org

Esperamos que você aprecie a leitura e faça bom uso deste Marco Político.

PREFÁCIO À EDIÇÃO BRASILEIRA

O foco da Organização Mundial de Saúde (OMS) no Envelhecimento Ativo foi estabelecido logo depois que me tornei responsável pelo programa mundial de Envelhecimento e Saúde da OMS, em 1994. A intenção era identificar as características e refinar a linguagem de uma nova abordagem ideológica quanto ao envelhecimento. Parecia-me essencial adotar uma visão que garantisse às pessoas idosas uma participação continuada em questões sociais, econômicas, espirituais, culturais e cívicas e não simplesmente a atividade física e uma vida profissional mais longa. No entanto, o catalisador para o desenvolvimento do Marco Político do Envelhecimento Ativo somente aconteceu alguns anos mais tarde, com a Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, em 2002.



A Política de Saúde foi o resultado de um longo processo que começou com os preparativos para 1999 – quando a OMS celebrou o Dia Internacional do Idoso, no Ano Internacional do Idoso orquestrando uma mobilização global que percorreu o mundo e contou com a participação de milhares de cidades e milhões de pessoas no que foi possivelmente o maior ato simultâneo internacional de promoção à saúde: o “Abraço ao Mundo para o Envelhecimento Ativo”. Encorajado pelo apoio mundial amalgamado pelo evento, a OMS deu início a um amplo processo consultivo para questionar paradigmas existentes e desenvolver políticas em torno da ideologia do Envelhecimento Ativo. Oficinas e seminários envolvendo entidades acadêmicas, governamentais e da sociedade civil foram realizadas em todas as regiões que levaram a uma conferência no Centro para o Desenvolvimento da Saúde da OMS em Kobe, no Japão.

Quinze anos se passaram desde que o trabalho preliminar em Envelhecimento Ativo foi realizado. Muito se aprendeu e muitas evidências novas foram apresentadas durante esse período. Dado que o conceito de Envelhecimento Ativo provou influenciar tanto as políticas e as agendas de pesquisa em todo o mundo, entendi que uma das prioridades do recém-formado Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) seria revisitar o documento como um todo.

Foi um grande privilégio para nós do ILC-Brasil, desde a criação, poder contar com a Dra. Louise Plouffe. Sua realocação, do Canadá para o Brasil, foi por si só um testemunho da filosofia do Envelhecimento Ativo. Ela desenvolveu novas habilidades (entre elas uma nova língua) e se reinventou em um contexto completamente novo onde pode continuar a fazer contribuições valiosas. Sua principal tarefa nesse novo contexto era trabalhar na revisão do Envelhecimento Ativo. Eu não tinha dúvidas de que ela desempenharia a tarefa com absoluto êxito. Tínhamos trabalhado juntos na OMS para lançar a aplicação mais clara da abordagem do Envelhecimento Ativo, o Guia Cidade Amiga do Idoso (2007), a pedra fundamental do movimento das Cidades e Comunidades Amigas do Idoso que se expande globalmente cada dia mais. Ela tinha um histórico acadêmico robusto e vinte anos de experiência na coordenação de políticas de envelhecimento para o Governo Federal do Canadá. Louise começou por uma revisão bibliográfica abrangente. Adicionamos à Revisão novos conceitos e ideias desenvolvidos durante meus anos como Thinker-

-in-Residence para o Governo da Austrália do Sul.

Ina Voelcker, membro importante da nossa equipe da OMS em Genebra, também foi recrutada pelo ILC-Brasil desde seu início. Ina já havia concluído seu mestrado no Instituto de Gerontologia da Universidade de Londres e ganhado experiência profissional valiosa trabalhando na ONG com base em Londres, a HelpAge International da qual tenho o orgulho de ser um Embaixador Global. Ina trouxe novas competências e entusiasmo ao processo de revisão. Completando a equipe do Envelhecimento Ativo no Rio de Janeiro, contamos com Silvia Costa, excepcional profissional de comunicação do ILC-Brasil com muitos anos de experiência e atuação na área de saúde e de pesquisa e Márcia Tavares, engenheira de produção com especial interesse nas questões do trabalho e da aprendizagem ao longo da vida - inclusive, claro, na velhice. É importante mencionar também Peggy Edwards, redatora experiente em saúde pública que redigiu o Marco Político do Envelhecimento Ativo original de 2002 e agora o Sumário Executivo da Revisão do Envelhecimento Ativo de 2015.

A redação do documento de Revisão foi facilitada pela contribuição significativa de vários parceiros - desde representantes do governo a colegas da sociedade civil e do meio acadêmico. Todos os membros da Aliança Global de ILCs (ILC-GA) foram chamados a contribuir. Seguimos a mesma abordagem adotada na redação do original – garantindo revisão por pares para enriquecer o documento.

O Envelhecimento Ativo, tanto como conceito quanto como ferramenta, evoluiu e continuará a evoluir no contexto das mudanças do cenário político e social. A intenção não é de que a Revisão do Envelhecimento Ativo seja um produto concluído e estático, mas que reflita o dinamismo do envelhecimento da população mundial, se tornando um recurso em permanente evolução por meio de um processo de interação contínuo. A visão é credenciar agências acadêmicas, governamentais e da sociedade civil para que – em um formato do tipo “Wiki” – novas evidências possam ser continuamente incluídas. A expectativa é de que o documento adquira maior relevância regional e especificidade institucional através de um processo dinâmico de atualização constante – tanto desta versão em Português como, ao final de 2015, a versão em Espanhol. Esperamos que a emergência de um documento vivo, permanentemente atualizado através de parcerias que serão creditadas e reconhecidas por suas contribuições, venha a ser uma iniciativa ao mesmo tempo inovadora e em permanente processo de atualização.



Alexandre Kalache

Presidente, Centro Internacional de Longevidade Brasil

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

PREFÁCIO À EDIÇÃO BRASILEIRA

INTRODUÇÃO.....	11
SEÇÃO I: A REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE.....	14
A Revolução Demográfica.....	14
Tendências Globais Convergentes	18
SEÇÃO II: REPENSANDO O CURSO DE VIDA.....	32
Um Curso de Vida mais Complexo	32
Um Curso de Vida mais Longo, Individualizado e Flexível.....	35
Os Gerontolescentes Estão Transformando a Sociedade-de Novo.....	37
As Estruturas Familiares em Transformação Criam Novas Oportunidades e Desafios.....	38
Expandindo os Limites da Longevidade: Qualidade de Vida até o Fim da Vida.....	38
SEÇÃO III: ENVELHECIMENTO ATIVO - PROMOVENDO A RESILIÊNCIA AO LONGO DO CURSO DE VIDA.....	42
Definição e Princípios.....	42
Pilar 1. Saúde	44
Pilar 2. Aprendizagem ao Longo da Vida.....	46
Pilar 3. Participação	47
Pilar 4. Segurança/Proteção.....	48
SEÇÃO IV: DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO - CAMINHOS PARA A RESILIÊNCIA.....	52
Cultura.....	53
Determinantes Comportamentais.....	57
Determinantes Pessoais	62
Meio Ambiente Físico.....	64
Determinantes Sociais	66
Determinantes Econômicos.....	69
Serviços Sociais e de Saúde.....	71
RESPOSTA DAS POLÍTICAS.....	82
A Revolução da Longevidade: Uma Perspectiva Macroeconômica	82
Concebendo um Novo Paradigma.....	83

A Resposta	84
Recomendações de Políticas Chave.....	85
Conclusão	102
REFERÊNCIAS.....	103

INTRODUÇÃO

A publicação de título original *Active Ageing: A Policy Framework*, que na tradução para português foi denominada *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde (1)*, produzida em 2002, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), se destaca por ser um marco político internacional. A concepção desse “Marco Político do Envelhecimento Ativo” foi uma contribuição à segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, abrangente e inovadora, que inspirou e norteou o desenvolvimento de políticas públicas em todos os âmbitos governamentais: estadual, nacional e regional.

Desde o seu lançamento, o Marco Político do *Envelhecimento Ativo* serviu como base para a elaboração de políticas em vários países e estados, incluindo Austrália, Nova Zelândia, Suécia, Grã-Bretanha e EUA (2); Canadá (3); Singapura (4); Espanha (5); Portugal (6); Costa Rica (7); Chile (8); Brasil (9); Québec (10) e Andaluzia (5). No nível intergovernamental, a Comissão Europeia declarou 2012 o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações (11). A Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa, juntamente com a Comissão Europeia, desenvolveu um Índice de Envelhecimento Ativo que consiste em 22 indicadores que monitoram até que ponto o Envelhecimento Ativo está ocorrendo na Europa (12). Envelhecimento Ativo é o conceito que permeia os *Princípios da OMS para Unidades de Atenção Básica à Saúde Amigas do Idoso (13)* e o *Guia Cidade Amiga do Idoso (14)*. Permeia também a Rede Mundial da OMS de Cidades e Comunidades Amigas do Idoso que tem como objetivo tornar cidades, comunidade, estados e nações mais acessíveis e mais inclusivos para o idoso e para todas as faixas etárias ao longo da vida (14). Além disso, os princípios do Envelhecimento Ativo serviram de estrutura para recomendações para melhorar a preparação e a resposta a emergências e crises humanitárias que abarquem as necessidades e contribuições dos idosos (15).

Resultado de dois anos de oficinas e discussões com especialistas externos, governos e organizações não-governamentais, o Marco Político do *Envelhecimento Ativo* representou uma mudança significativa de paradigma². Deixando de lado o foco restrito à prevenção de doenças e o cuidado à saúde, a OMS passou a defender a meta do Envelhecimento Ativo, definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (1). A linguagem impõe limitações inevitáveis, fazendo-se ressalva ao termo “ativo”, que acabou sendo escolhido em detrimento de outros que podem parecer ter um sentido menos inclusivo, como “saudável”, “bem-sucedido”, “produtivo” e “positivo”. A intenção era claramente chamar a atenção para a participação em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e cívicas - e não somente em atividades físicas e econômicas. Desta forma, o conceito estabeleceu não só objetivos de saúde, mas também de participação e segurança, uma vez que os três estão intrinsecamente ligados. O Marco Político foi projetado tanto para indivíduos quanto para grupos populacionais. A intenção era possibilitar que as pessoas realizassem seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo de toda vida e que participassem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades - ao mesmo tempo, lhes fornecendo proteção, segurança e cuidado adequados quando necessário. O relatório

² Foram realizadas oficinas na Argentina, no Brasil, em Botsuana, no Chile, em Hong Kong, na Jamaica, na Jordânia, no Líbano, na Malásia, nos Países Baixos, na África do Sul, na Espanha e na Tailândia. Foram particularmente úteis uma série de oficinas conjuntas com o UK Faculty of Community Health. Especialistas de todas as regiões foram designados para fornecer evidências e modelos de boas práticas e minutas circularam pelo meio acadêmico e por organizações não-governamentais de países desenvolvidos e em desenvolvimento. O apoio do Governo Canadense foi vital.

estruturou o envelhecimento de acordo com uma perspectiva de curso de vida para criar a base para um continuum de políticas para otimizar a qualidade de vida desde o nascimento até a morte e encorajar o engajamento de todas as faixas etárias. Outro avanço foi construir o Envelhecimento Ativo no âmbito do modelo de promoção à saúde (16) como base para a ação coordenada em múltiplos setores de políticas. A OMS ancorou o Envelhecimento Ativo em uma abordagem baseada em direitos, fundamentada pelos *Princípios das Nações Unidas para o Idoso* (17), e não uma baseada em necessidades.

As questões fundamentais que o *Marco Político do Envelhecimento Ativo* aborda são tão relevantes hoje quanto eram em 2002:

Como podemos ajudar as pessoas a se manterem independentes e ativas à medida que envelhecem? Como podemos fortalecer as políticas de promoção de saúde e prevenção, especialmente aquelas direcionadas ao idoso? Uma vez que as pessoas estão vivendo mais, como se pode melhorar a qualidade de vida na velhice? O grande número de idosos irá levar à falência nosso sistema de saúde e de seguridade social? Como melhor equilibrar o papel da família e do estado no que diz respeito ao cuidado de pessoas que precisam de assistência à medida que envelhecem? Como

*podemos reconhecer e dar apoio ao grande papel de cuidadoras que as pessoas desempenham à medida que envelhecem?*³(1)

O *Marco Político do Envelhecimento Ativo*, entretanto, tem mais de 13 anos e é necessário atualizá-lo para que continue a ser referência para os tomadores de decisões. Desde a publicação do Marco Político, algumas questões, como os direitos do idoso, o prolongamento da vida profissional, a aprendizagem ao longo da vida, a qualidade de vida de idosos frágeis e dependentes e daqueles que estão no final da vida, se tornaram mais proeminentes. A resiliência surgiu como construto de desenvolvimento que pode tornar mais claro o processo do Envelhecimento Ativo e há novos dados e novas pesquisas a serem explorados. O envelhecimento precisa ser examinado mais de perto no contexto de outras tendências importantes, como a urbanização, a globalização, a migração, a inovação tecnológica, assim como as mudanças climáticas e ambientais. Além disso, a crescente desigualdade, entre as regiões e dentro delas, precisa ser abordada de forma mais abrangente no contexto do envelhecimento populacional. Em conjunção com essas questões, há também o surgimento de um forte movimento internacional que reconhece e busca reforçar os direitos humanos específicos do idoso.

Esta publicação, com seu amplo escopo e foco nos determinantes do Envelhecimento Ativo, busca reforçar tanto as iniciativas anteriores quanto as atuais da OMS e complementar e agregar valor ao *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde 2015*.

³ As citações em destaque foram retiradas de fontes que fundamentam este trabalho, como o Thinkers in Residence Report 2013, intitulado *A Revolução da Longevidade* (21), de Alexandre Kalache.



SEÇÃO I:
**A REVOLUÇÃO
DA LONGEVIDADE**

SEÇÃO I: A REVOLUÇÃO DA LONGEVIDADE

A Revolução Demográfica

O mundo está envelhecendo rapidamente. O legado duradouro do século XX é a longevidade. Como resultado da rápida redução da mortalidade em todos os países, inclusive naqueles com renda baixa e média, combinada à alta taxa de natalidade nas duas décadas após a Segunda Guerra Mundial (o *baby boom*), já há 810 milhões de pessoas acima dos 60 anos. A cada segundo, duas pessoas no mundo celebram 60 anos de vida (18). Esses anos extra de vida são um privilégio sem precedentes. O que está acontecendo é de fato uma revolução - a Revolução da Longevidade.

“Revolução é o colapso da ordem social em favor de um novo sistema... A revolução da longevidade nos força a abandonar as noções existentes de velhice e de aposentadoria. Essa construção social é simplesmente insustentável diante do incremento de 30 anos de vida.” (21)

Atualmente, o crescimento populacional se deve, em sua maior parte, a um menor número de pessoas morrendo a cada ano do que a um maior número de pessoas nascendo. No final de 2011, a população mundial havia ultrapassado os sete bilhões de pessoas. Até 2100, se prevê que aumente para 10,9 bilhões (19). Mais de 50% desses quatro bilhões de pessoas estarão acima dos 60 anos (19).

O ano de 2050 será um divisor de águas demográfico. Nesse ano:

- Vinte e um por cento da população mundial estará acima dos 60 anos, comparado com somente 8% em 1950 e 12% em 2013 (19).

- Haverá mais de dois bilhões de pessoas acima de 60 anos (19).
- O número de pessoas acima dos 60 anos irá ultrapassar o número de crianças abaixo dos 15 anos. Já há mais pessoas acima dos 60 anos do que abaixo dos 5 anos (19).
- Em 64 países, 30% da população estarão acima dos 60 anos. A maioria dos países desenvolvidos estará nessa lista, mas também estarão nela incluídos a maior parte da América Latina e grandes partes da Ásia, inclusive a China. Atualmente, o Japão é o único país com tal proporção de idosos (18).

Ao contrário do que se temia, que o envelhecimento da população significasse que o mundo fosse ser inundado por um tsunami de idosos e suas necessidades, a realidade é que diferentes grupos etários estão passando a ter uma representação mais equânime em todas as áreas da atividade humana (20). Já em 2060, quando a grande geração dos filhos dos *baby boomers* estará acima dos 60 anos, a proporção de pessoas acima dos 60 anos ainda vai ser menor do que a de pessoas abaixo dos 30 anos e do que as de 30 a 59 anos. As sociedades, na verdade, passarão por uma “nova dinâmica demográfica e social” (21), que oferece amplo potencial em todos os aspectos da vida.

As taxas de fecundidade estão caindo rapidamente. Em 2010, 75 países, incluindo 30 países de baixa renda como o Sri Lanka, já apresentavam taxas de fecundidade abaixo no nível de reposição (19). O nascimento de menos crianças irá, cada vez mais, questionar padrões familiares e sociais de sustento e cuidado do idoso.

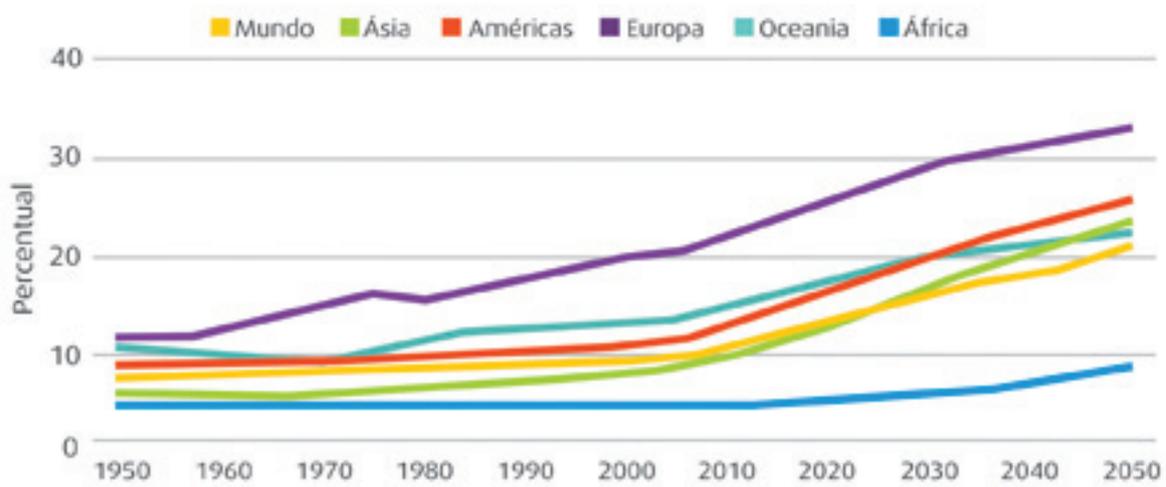
Esse menor número de crianças nascidas viverá mais do que seus pais e avós. No âmbito mundial, a expectativa de vida ao nascer alcançou 69 anos entre 2005–2010 - 22 anos

mais do que entre 1950–1955 (19). A expectativa realista é de que ultrapasse a marca dos 70 anos nos próximos anos e de que em meados deste século chegue a 77 anos. O número de anos adicionais tem sido particularmente dramático em determinados países. Durante as últimas três décadas no Brasil, por

exemplo, os bebês nascidos ganharam, a cada ano, quatro meses e 17 dias de expectativa de vida, o que totaliza um bônus de 12 anos de vida em uma única geração (22).

Enquanto a expectativa de vida ao nascer está aumentando (Fig. 2), as pessoas na sexta, sétima

Figura 1. **Proporções da população acima dos 60 anos: no mundo e por região, 1950-2050**



(Fonte: UNDESA 2013 (19))

ma e mesmo na oitava década de vida também se beneficiam do aumento da longevidade. Por exemplo, um alemão de 60 anos hoje em dia tem cerca de quatro anos mais de expectativa de vida do que um sexagenário em 1980 (23). No Brasil, a expectativa de vida para uma pessoa de 80 anos aumentou de 6,1 anos em 1980 para 8,6 anos em 2010 (24).

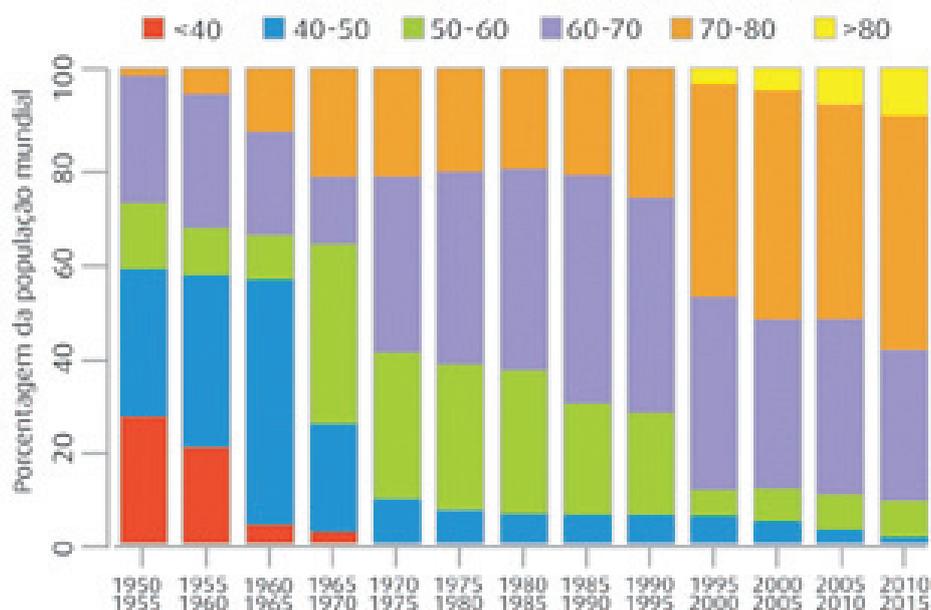
Os grupos populacionais mais velhos, e aqueles acima dos 80 anos em especial, estão crescendo proporcionalmente mais rápido do que qualquer outra faixa etária. Esse processo está ocorrendo mais rapidamente em países de baixa e média renda do que nos países de

alta renda, onde a transição demográfica já está mais estabelecida. As pessoas acima dos 80 anos representavam 14% da população idosa mundial em 2013, mas irão constituir 19% dessa população até 2050 (19). Embora ainda seja uma pequena minoria da população, espera-se que o número de centenários cresça dez vezes, de cerca de 300.000 em todo o mundo em 2011 para 3,2 milhões até 2050 (18).

Vivendo mais com boa saúde e com deficiência.

No âmbito mundial, tanto a expectativa de

Figura 2: **Expectativa de vida ao nascer 1950-55 a 2010-15**



(Fonte: Nações Unidas 2013 (204))

vida quanto a expectativa de vida saudável aumentaram, sendo esta última de forma mais lenta.

A cada ano ganho em expectativa de vida, 10 meses desse ano adicional serão vividos com boa saúde (26). Em 2010, a expectativa mundial de vida saudável ao nascer era de 59 anos para homens e 63 anos para mulheres (Tabela 1). Isso representa um aumento de quatro anos em média desde 1990; 4,2 anos para homens e 4,5 anos para mulheres (26). Independentemente da idade, as pessoas podem esperar viver mais com boa saúde; uma mulher de 60 anos em 2010 podia esperar ter 17 anos com boa saúde; ou seja, 1,7 anos mais do que uma mulher da mesma idade em 1990 (26) (Tabela 1). No entanto, devido ao fato de o aumento da expectativa de vida saudável ser menor do que o da expectativa de vida em geral, muitas pessoas também vão experimentar um período mais longo de incapacidade do que há 20 anos.

Essas mudanças demandam que repensemos radicalmente o curso de vida e que questionemos premissas há muito estabelecidas sobre as definições de aposentadoria e de cuidado

Tabela 1. **Expectativa mundial de vida saudável por idade, em 1990 e 2010**

	Expectativa de vida saudável para homens		Expectativa de vida saudável para mulheres	
	1990	2010	1990	2010
0 anos	54,8	59,0	58,7	63,2
1 ano	58,1	60,7	61,4	64,6
5 anos	55,5	57,7	58,8	61,6
10 anos	51,1	53,2	54,4	57,0
15 anos	46,7	48,7	50,0	52,5
20 anos	42,5	44,4	45,8	48,2
25 anos	38,4	40,2	41,6	44,1
30 anos	34,3	36,2	37,6	40,0
35 anos	30,3	32,3	33,6	35,9
40 anos	26,5	28,4	29,6	32,0
45 anos	22,7	24,6	25,8	28,0
50 anos	19,2	21,0	22,1	24,2
55 anos	15,9	17,6	18,6	20,5
60 anos	13,0	14,4	15,3	17,0
65 anos	10,3	11,6	12,3	13,8
70 anos	8,0	9,0	9,6	10,9
75 anos	6,0	6,9	7,3	8,3
80 anos	4,4	5,1	5,3	6,1

(Fonte: Salomon et al. 2012 (26))

na velhice.

Diferenças regionais. Ainda que numericamente já haja um maior número de idosos nas regiões menos desenvolvidas do mundo, a proporção de idosos é maior nas regiões mais

desenvolvidas. Japão, Alemanha e Itália têm as maiores proporções de idosos hoje (19). No entanto, é importante mencionar que o maior crescimento proporcional de idosos ao longo das próximas décadas irá ocorrer nos países menos desenvolvidos (19). Dos dois bilhões de idosos no mundo em 2050, quase 80% estarão nesses países (19).

A expectativa de vida difere de forma marcante entre países de renda mais alta e mais baixa. A expectativa de vida ao nascer varia de cerca de 56 anos em alguns países de baixa renda até cerca de 83 anos no Japão (19). Em idades mais avançadas, as diferenças regionais são ainda consideráveis: um japonês de 60 anos pode esperar viver mais 26 anos, enquanto que uma pessoa de 60 anos da Serra Leoa pode esperar viver somente 11 anos mais (19).

Embora os números variem muito entre os países da CIS (Commonwealth of Independent States [países do antigo bloco soviético]), a expectativa de vida nesses países não aumentou tanto quanto nos países da União Européia (UE). A expectativa de vida ao nascer na CIS em 2008–2009 era de 69 anos, comparado com uma média de 76 anos na UE (27). Após o colapso da União Soviética, a expectativa de vida ao nascer em muitos dos países da CIS até mesmo caiu (27). Na Rússia, esse declínio persistiu por 15 anos até 2005 (27).

Há também desigualdades bastante significativas de expectativa de vida ao nascer dentro dos países. Na Inglaterra, por exemplo, pessoas que moram nos bairros mais ricos têm em média mais sete anos de vida do que as pessoas que moram nos bairros mais pobres (28).

As diferenças regionais também são aparentes com relação à expectativa de vida saudável (29). Nos países de renda alta, há evidências de que o tempo de vida com incapacidade esteja diminuindo. Em países de baixa renda, o tempo de vida com deficiência não só não diminuiu, como pode ter aumentado devido ao aumento dos riscos de doenças crônicas.

A feminização do envelhecimento. Há mais mulheres idosas do que homens idosos, embora esse padrão seja complexo e mutável. No âmbito mundial, as mulheres vivem 4,5 anos mais do que os homens (18). Em 2013, para cada 100 mulheres acima dos 60 anos havia 85 homens. Aos 80 anos, a proporção era de 100 mulheres para 61 homens (19). A expectativa de vida dos homens está alcançando a das mulheres nas regiões mais desenvolvidas e é provável que se alcance uma proporção mais equilibrada de homens e mulheres na população idosa nas próximas décadas. Nas regiões menos desenvolvidas, onde as condições sociais e econômicas das mulheres são, muitas vezes, menos favoráveis, há uma proporção menor de mulheres para homens do que nas regiões mais desenvolvidas, embora haja grandes variações. Em alguns países da Ásia Ocidental (por exemplo, Paquistão, Qatar e Emirados Árabes Unidos), há mais idosos do que idosas (30). A ONU prevê que a atual proporção entre sexos nas regiões menos desenvolvidas se manterá estável (31).

O envelhecimento é uma questão de desenvolvimento. A expectativa de uma vida mais longa é uma conquistada civilização e representa grande potencial para o desenvolvimento humano geral. Com sua experiência coletiva e habilidades, a crescente população de homens e mulheres idosos é um recurso precioso para as famílias, as comunidades, a economia e a sociedade como um todo. É fato que a participação ativa desses indivíduos na sociedade é cada vez mais essencial para compensar o declínio da proporção de jovens. Não conseguir incluir completamente os idosos em estratégias de desenvolvimento humano faz aumentar as chances de que sofram as consequências de doenças passíveis de prevenção, pobreza, negligência e abuso. Os riscos concomitantes, para as famílias e para a sociedade como um todo, incluem o fardo da dependência, custos insustentáveis para os sistemas de saúde e de seguridade social e perda de capacidade produtiva. Nenhum país pode se declarar completamente preparado para a revolução da longevidade.

O desafio é maior, entretanto, para os países menos desenvolvidos onde se encontra a maioria dos idosos do mundo, onde essa população vem aumentando mais rápido e onde os determinantes sociais de doença são ainda mais evidentes.

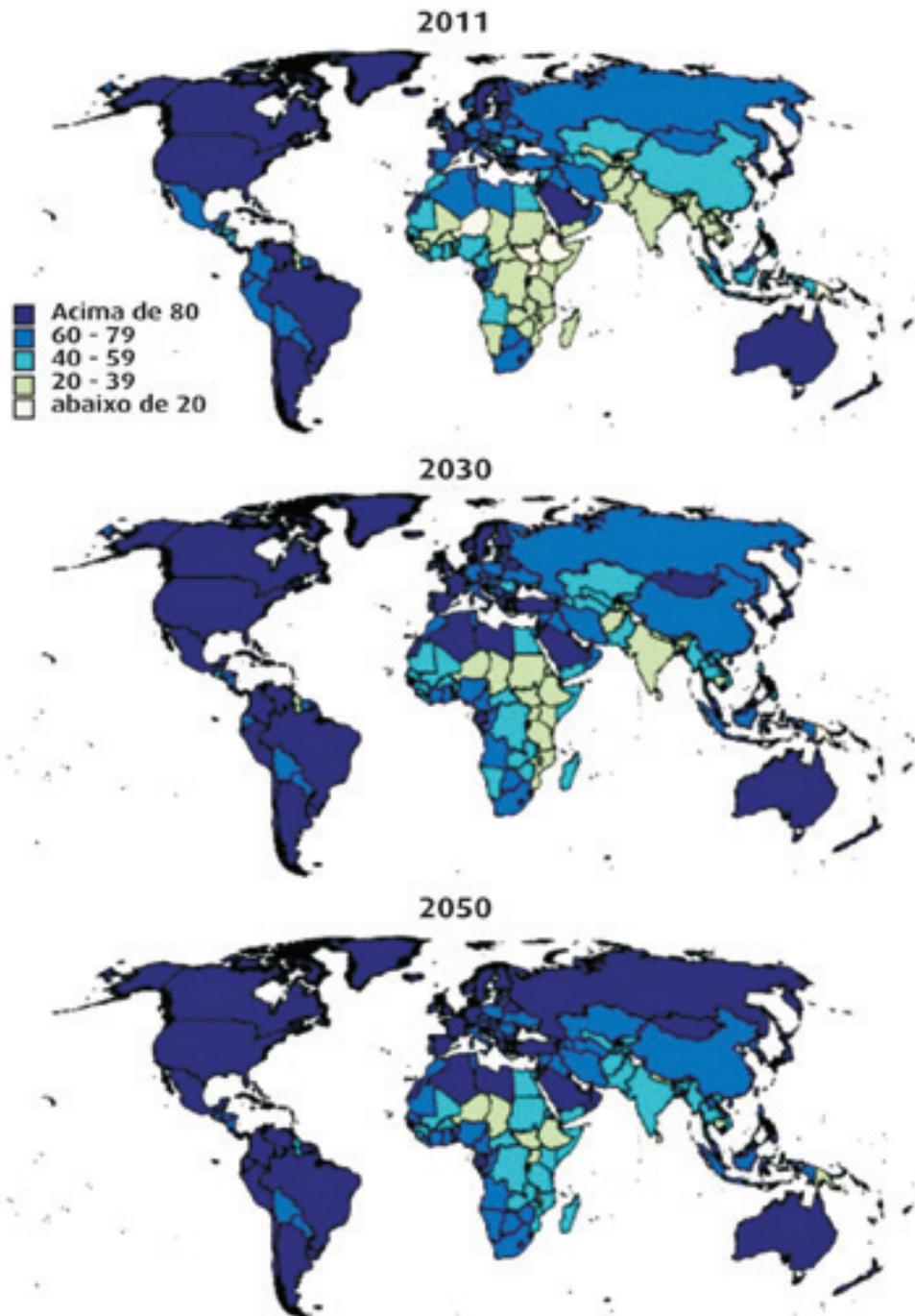
Tendências Globais Convergentes

O envelhecimento da população coincide com outras tendências globais convergentes e interdependentes que estão moldando nosso futuro. Essas tendências afetam indivíduos de todas as idades em todos os aspectos da vida - criando muitas oportunidades e uma longa lista de riscos que não podem ser considerados de maneira isolada (32). Deve-se considerar a ligação entre o envelhecimento da população e essas outras dimensões convergentes para conseguir promover o Envelhecimento Ativo para as pessoas de todas as idades. Como essas tendências influenciam os fatores determinantes do Envelhecimento Ativo? Como as sociedades podem responder a todas essas tendências de maneira inclusiva, sem criar

desigualdade entre gerações, grupos sociais, nações?

Urbanização. Em todo o mundo cada vez mais pessoas estão vivendo nas cidades (Fig. 3). Nos países mais desenvolvidos, a proporção de pessoas que moram nas cidades aumentará dos atuais 78% para 86% até 2050 (33). Com exceção da América Latina, que já é a região mais urbanizada do mundo (80%), o crescimento urbano está ocorrendo numa velocidade sem precedentes em países menos desenvolvidos, em especial na Ásia (34). No total, esses países irão apresentar um aumento dos cerca de 52% da população que habitava as cidades em 2010 para 67% em 2050 (33). Os idosos constituem uma proporção significativa e crescente da população urbana mundial. Em países de alta renda, um em cada cinco habitantes das cidades tinha mais de 60 anos em 2005 (30). A proporção de habitantes das cidades acima de 60 anos nos países menos desenvolvidos também irá crescer, de 7,7% em 2005 (30) para 21% em 2050 (35). As cidades impulsionam o avanço econômico, cultural e social das nações. Para os

Figura 3. Porcentagem da população em áreas urbanas; 2011, 2030, 2050



(Fonte: UNDESA 2012 (33))

indivíduos de todas as idades, apresentam oportunidades mais centralizadas de educação e emprego, além de melhor acesso a uma gama mais ampla de serviços sociais e de saúde. Também estão concentrados nas cidades, entretanto, vários riscos à segurança, como o crime e a segurança dos pedestres e

dos motoristas. A maior conveniência da vida nas cidades é um fator que contribui para os estilos de vida menos saudáveis, decorrentes, por exemplo, do exercício físico insuficiente e dos maus hábitos alimentares (36). As cidades contribuem significativamente para as mudanças climáticas (37), levando ao aumento

dos níveis de poluição atmosférica e ao calor extremo, que constituem risco à saúde (38).

A infraestrutura não acompanha o número de pessoas que chega às cidades. No âmbito global, um em cada três habitantes das cidades mora em favelas ou em áreas invadidas, que se caracterizam por saneamento inadequado e pela falta de água e de alimentos seguros para o consumo, acesso insuficiente a serviços e moradias superlotadas e de má qualidade (37). A população urbana pobre de todas as idades apresenta maior risco de contrair doenças infecciosas e desenvolver doenças crônicas. Está também mais sujeita a lesões acidentais, ao crime e à exclusão social (37). A população que migra para as áreas urbanas está particularmente mais sujeita à pobreza e às más condições de moradia (39).

Uma característica importante de muitas cidades - que teve início nos países de renda mais alta na década de 1950 - é o rápido crescimento das comunidades residenciais de densidade populacional mais baixa nos subúrbios das cidades. Nesses subúrbios há uma maior proporção de *baby boomers* e de gerações de adultos que os precederam do que de jovens (40). Os subúrbios tendem a oferecer moradias mais espaçosas e áreas comerciais centralizadas. O uso do carro particular predominou no projeto de tais áreas residenciais e a tendência é de que haja menos transporte público e menos recursos para deslocamento de pedestres do que nos centros urbanos. A distância entre os vizinhos e a ausência da confusão urbana que fora o principal atrativo da vida nos subúrbios pode se tornar um fator limitante e de isolamento na velhice. As cidades cada vez maiores nos países menos desenvolvidos estão agora passando pela “expansão dos subúrbios” - o rápido crescimento de comunidades de baixa densidade demográfica na periferia, apresentando muitas das características já citadas.

Ao mesmo tempo em que as cidades crescem, as comunidades rurais estão sendo esvaziadas. A migração dos jovens para as cidades resulta

em proporções cada vez maiores de idosos que “envelhecem nos locais onde sempre viveram” nessas áreas rurais. Em 2005, em regiões mais desenvolvidas, as pessoas acima dos 60 anos constituíam 23% da população rural e 19% da população urbana (30). Não há projeção em nível global, mas os dados regionais mostram aumento significativo de idosos nas áreas rurais. A previsão para a Inglaterra, por exemplo, indica que a maioria dos distritos rurais pode esperar que a população de residentes acima dos 50 anos aumente em 47% entre 2003 e 2038. Espera-se que o aumento nacional neste mesmo intervalo de tempo seja de 35%, com crescimento maior da população acima dos 65 anos (41). A concentração rural de idosos é uma tendência significativa também nas regiões menos desenvolvidas (42). Na China, as pessoas acima dos 65 anos representavam 9,3% da população rural e 6,9% da urbana em 2008 (43). Até 2030, a distribuição passará a ser de 21,8% e 14,7%, respectivamente (43).

O lugar onde as pessoas moram influencia profundamente a mobilidade, a participação, o apoio social e o bem-estar. A distribuição de idade da população afeta sobremaneira o planejamento comunitário e urbanístico, os recursos, a produtividade e os serviços. Harmonizar o “envelhecimento” e o “lugar” cria oportunidades, mas ignorar a demografia no planejamento urbano cria barreiras e acentua riscos.

Globalização. A globalização se refere a uma economia global cada vez mais integrada e a um mundo altamente conectado, com crescente fluxo transnacional de bens, informações, ideias, capital e serviços, bem como de migrantes (32). Resulta da urbanização e dos avanços dos meios de transporte, de comunicação e da tecnologia organizacional (44). Hoje em dia, as informações são transmitidas muito mais rapidamente. Pessoas com experiências diversas, de todo o mundo, estão conectadas via Internet e viajam em maior número. Redes sociais - incluindo famílias - ultrapassam as fronteiras entre países e

continentes. Bens e serviços, inclusive alimentos e cultura, são produzidos em massa, vendidos em massa e disseminados em massa, resultando em uma homogenização global dos produtos.

Essas transformações econômicas e sociais têm muitas implicações num mundo que está envelhecendo. Mudanças de imagem e de papéis sociais associados à velhice e inovações eficazes para vencer desafios comuns podem se disseminar rapidamente. A presença visível de idosos vivazes e plenamente engajados em muitos países pode fazer com que se questionem os estereótipos. O conhecimento tradicional, as habilidades e as experiências de vida dos idosos, entretanto, podem também ser desvalorizadas pela constante demanda por novas informações e competência tecnológica. Além disso, a saúde e a segurança dos indivíduos e da população estão sujeitas aos riscos econômicos, sociais e de saúde em nível global.

A expansão global dos alimentos processados e dos produtos do tabaco contribuíram para a epidemia mundial de doenças crônicas e as condições de trabalho e os benefícios vão minguando à medida que as multinacionais baixam os custos de produção (45). Ameaças antes locais se tornam, cada vez mais, globais, como a proliferação das doenças transmissíveis e a crise da escassez de água e de alimentos (46).

“Uma nova dinâmica está surgindo no que diz respeito ao que precisa ser solucionado nos níveis global e nacional, o que é público versus o que é privado e como a saúde é valorizada no nosso mundo em processo de globalização”. (404)

Migração. Embora os indivíduos e os grupos tenham sempre migrado em busca de segurança ou de melhores oportunidades, tanto a mi-

gração internacional quanto a nacional vêm se tornando características pronunciadas da nova realidade global. Em 2013, havia 232 milhões de migrantes internacionais, número maior do que os 175 milhões de 2000 e do que os 154 milhões de 1990 (47). O número de pessoas que migram dentro do seu país é mais de três vezes maior: a estimativa era de 763 milhões em 2005 (48), o que representa, aproximadamente, uma em cada 10 pessoas no mundo. As tendências recentes de migração, que ocorrem em todas as regiões do mundo, se relacionam com o envelhecimento populacional de várias formas. Por exemplo, muitas mulheres migram das Filipinas para trabalhar cuidando de idosos em países desenvolvidos, muitas vezes deixando seus filhos aos cuidados dos avós idosos. Um grande número de migrantes do pós-Segunda Guerra está envelhecendo em seus países de adoção (49). Na cidade de Nova Iorque hoje, por exemplo, 45% de todas as pessoas acima dos 65 anos são imigrantes (50). Até 2030, esse número terá aumentado em 35% e, conseqüentemente, a maioria das pessoas acima dos 65 anos será “estrangeira” (50). Ao mesmo tempo, migrantes mais velhos que chegaram depois estão se deparando com os desafios de se ajustar à sociedade que os acolheu.

A percepção comum é de que os migrantes são principalmente adultos jovens. Muitos migrantes internacionais são adultos jovens, mas, em 2010, 17% deles estavam acima dos 60 anos (51). Isso significa que a estrutura etária da população migrante pode ser tão envelhecida quanto, ou até mais, do que a do país que a recebe. Pesquisas em vários países europeus preveem um aumento tanto do número quanto da proporção de migrantes mais velhos (52).

A migração está afetando profundamente as estruturas familiares, as economias locais e as infraestruturas de serviços. Obviamente, a partida dos filhos adultos pode deixar os familiares mais velhos com menos apoio na velhice. Os pais que deixam os filhos para trás podem fortalecer o papel social dos avós

cuidadores nas famílias e nas comunidades, mas enfraquecer o laço filial entre o genitor ausente e os filhos, relação importante para garantir o apoio aos pais mais tarde. Familiares mais velhos podem migrar para junto de seus filhos adultos, se afastando da cultura e da comunidade familiares e comprometendo, portanto, sua independência e segurança. A produtividade econômica das comunidades com altas taxas de emigração de adultos jovens diminui, tornando vulneráveis o varejo e serviços locais.

Em alguns países de renda alta, a proporção de idosos estrangeiros é particularmente pronunciada. Na Austrália, em 2006, por exemplo, 20% das pessoas com 65 anos havia nascido em outros países, predominantemente os de língua não inglesa (53). Em Israel, ao final de 2011, a grande maioria das pessoas acima dos 65 anos (82%) era de imigrantes de outros países, e uma porcentagem significativa (25%) deles era de sobreviventes do Holocausto (54).

A migração pode ser um evento disruptivo (55) com implicações de curto e longo prazo para o envelhecimento. Várias sub-populações sentem o impacto da migração, incluindo:

- um enorme número de migrantes mais velhos que envelhecem em terra estrangeira (por exemplo, trabalhadores migrantes aposentados da Espanha, Itália, Grécia e Turquia que migraram para a Alemanha nas décadas de 1950 e 1960);
- os que migram na velhice em busca de uma melhor qualidade de vida (por exemplo, cidadãos americanos aposentados que se mudam para o México ou para o Panamá, ou cidadãos do norte da Europa que se mudam para países do Mediterrâneo);
- idosos que retornam ao país de origem (por exemplo, Grécia, Itália, Espanha e Portugal) e descobrem que o mesmo mudou radicalmente desde que partiram, tornando-se estrangeiros em sua terra na-

tal;

- idosos que vão atrás dos filhos adultos que migraram para outro país (por exemplo, chineses mais velhos que se mudam para se juntar à família na Austrália ou no Canadá), ou que se unem às famílias em cidades do mesmo país;
- idosos que precisam escapar de conflitos ou de desastres naturais.

Evidências se acumulam mostrando que a migração desencadeia um complexo grupo de desafios tanto para as gerações mais velhas quanto para as mais novas das famílias (56) e para as sociedades, que estão se tornando mais heterogêneas, cultural, social e economicamente (57). Entre os atuais esforços para compreender e responder à diversidade trans-cultural e aos riscos a que estão expostos os migrantes idosos, é importante mencionar a conferência bienal “Ageing in a Foreign Land”, em Adelaide, na Austrália, e o protocolo de pesquisa em políticas “Ageing in a Foreign Land” (58), desenvolvido na New York Academy of Medicine.

A revolução tecnológica. As inovações tecnológicas sempre transformaram a maneira como as pessoas vivem e trabalham ao longo da história da humanidade, mas as transformações contemporâneas ocorrem exponencialmente mais rápidas e exercem mais influência do que nunca (59,60). A incrível evolução e disseminação das tecnologias da informação e da comunicação facilitaram a difusão de inovações em muitas outras áreas. De 2005 a 2011, o número de assinaturas de telefonia móvel no mundo para cada 100 pessoas aumentou de 34 para 86 e a porcentagem de indivíduos que usa a Internet mais do que dobrou, de 16% para 33% (60). Em menos de uma década, o Facebook alcançou mais de um bilhão de usuários ativos e, em sete anos, o Twitter registrou mais de 500 milhões de usuários (46). Os contatos sociais se criam e se mantêm apesar da distância geográfica e da mobilidade reduzida. Redes pessoais

agora se estendem a milhares de pessoas em uma ampla gama de configurações. Agora um grande número de pessoas pode se socializar e trabalhar de maneira remota a partir de praticamente qualquer local.

Grandes avanços tecnológicos podem desencadear transformações culturais drásticas. De acordo com Perez (61), a difusão dos sistemas de telecomunicações está transformando não só o mundo do trabalho e a comunicação social, mas também os princípios organizacionais e administrativos dos negócios e de outras instituições sociais. O capital humano continua a ser o bem mais valioso e, portanto, enfatiza-se cada vez mais a aprendizagem ao longo da vida em todas as situações ocupacionais. Empoderamento, adaptabilidade e colaboração caracterizam os indivíduos altamente qualificados que podem realizar múltiplas tarefas e participar da tomada de decisões no âmbito institucional em vários tipos de equipe. Outra consequência da transformação tecnológica é de cunho político: a rápida mobilização da opinião pública por meio da mídia social se tornou uma força política importante.

A interação com o ambiente que nos cerca, a mobilidade pessoal, a saúde e a independência dependem do desenvolvimento tecnológico. Criam-se cada vez mais dispositivos e sistemas para compensar incapacidades e reduções do desempenho sensorial, perceptivo e motor e no funcionamento cognitivo, possibilitando, portanto, que mais pessoas com limitações funcionais mantenham sua independência. Inovações médicas continuam a expandir o potencial de prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento de doenças e lesões. Existem dispositivos de suporte para auto-cuidado e *home care*. O envelhecimento populacional é uma forte motivação para a inovação tecnológica. A tecnologia, por sua vez, está transformando o significado da palavra idoso. As oportunidades para a saúde, a independência e a participação continuadas estão se expandindo em todas as áreas da vida. O acesso a esses benefícios trazidos pela tec-

nologia, entretanto, é extremamente desigual. A consciência sobre a existência, a disponibilidade e a acessibilidade em termos de custo são os principais obstáculos à universalização do benefício da inovação tecnológica.

Mudanças ambientais e climáticas. A atividade humana se tornou mais global, mais interconectada e comercialmente mais intensa e, como resultado, o meio ambiente está apresentando mudanças significativas. As consequências das mudanças ambientais e climáticas estão se tornando cada vez mais evidentes. Embora algumas fontes neguem, a temperatura e o nível do mar estão subindo, os padrões climáticos estão se alterando e condições climáticas extremas estão se tornando mais frequentes (46). O impacto das mudanças climáticas sobre a saúde e o bem-estar é grande e se estende muito além das consequências diretas das ondas de calor e de outros fatores relacionados ao clima (62). A escassez de água doce está se tornando mais comum e a consequente flutuação dos preços das commodities agrícolas, como a farinha de trigo, tem repercussões globais. O padrão de distribuição das doenças infecciosas está se modificando e algumas doenças transmitidas por animais estão se espalhando (por ex., vírus H1N1; vírus do Nilo ocidental). Algumas doenças transmissíveis, como a Dengue, estão ressurgindo (63). Os deslocamentos e os conflitos causados pelos recursos naturais limitados estão aumentando (64). Essas repercussões estão sendo sentidas de forma desigual nos diferentes países e em diferentes áreas dentro dos países. Pessoas pobres, excluídas, com baixo grau de escolarização e geograficamente vulneráveis são as mais afetadas, apesar de serem as menos responsáveis por essas repercussões. Os idosos são particularmente suscetíveis às instabilidades ambientais. De acordo com o Instituto Ambiental de Estocolmo, “os idosos podem ser menos resilientes física, financeira e emocionalmente” (65) aos riscos causados pelas mudanças climáticas. As emergências estão agora ocorrendo em locais onde a proporção de idosos é cada vez maior.

A presença de um maior número de idosos deverá desencadear diferentes padrões de consumo que, por sua vez, acabarão por afetar o meio ambiente. As escolhas feitas pelos 20%-30% da população (que serão os idosos em muitos países) terão importância crescente. Idosos saudáveis, por exemplo, podem dirigir com maior frequência durante um número maior de anos, ou podem fazer com que os familiares usem seus carros para transportá-los à medida que se tornem mais dependentes (65). Por outro lado, um aumento na demanda de moradias mais próximas de serviços (portanto mais amigáveis aos idosos) pode levar a uma diminuição da dependência do uso de carros (14). O maior número de idosos vulneráveis aos efeitos negativos da poluição atmosférica poderia aumentar a pressão política para implementar políticas que favoreçam a qualidade do ar (66). Os idosos poderiam contribuir para uma mudança positiva e ter papel importante na possível solução para a degradação ambiental. Muitas pessoas têm prioridades diferentes na velhice e muitos idosos têm um passado de ativismo político. Podem, portanto, agir como fortes defensores sociais e políticos de um mundo mais verde. Fazendeiros idosos, por exemplo, podem ter conhecimento e experiência ambientais e contribuir para a solução de problemas locais e para o estabelecimento de práticas agropecuárias mais sustentáveis (68). Está claro que a relação entre os seres humanos e a natureza pode ser precária. O que ainda precisa ser esclarecido é como as necessidades, as demandas e o desejo dos idosos de deixar um legado influenciarão essa relação.

Conflito armado. Desde o final da Segunda Guerra Mundial, os conflitos entre estados/países, tendo principalmente as forças armadas como combatentes e vítimas, foram substituídos por conflitos regionais, muitas vezes dentro dos próprios estados/países, nos quais os civis são os combatentes e as vítimas (68). Dentre essas vítimas da população civil, os idosos são particularmente vulneráveis. Os idosos têm maior dificuldade de escapar

ao perigo devido à mobilidade reduzida ou à velocidade necessária à evacuação. Se tornam, portanto, isolados e alvos de violência (69). Muitos que vivem em zonas de conflito frequente, como a faixa de Gaza, ficam aterrorizados e desenvolvem doenças mentais de longo prazo (70). Como em outras situações de emergência humanitária, os idosos podem ser ignorados, destituídos e incapazes de ter acesso a auxílio, serviços sociais, cuidado, dispositivos assistivos essenciais ou meio de subsistência (69). Pesquisas sobre a guerra do Líbano de 2006 mostram que é frequente que os idosos escolham permanecer onde vivem de modo a proteger suas moradias (71), assim isolando-se dos serviços sociais e de saúde. São, na maioria das vezes, negligenciados em avaliações de necessidade e na implementação de recuperação e reconstrução (72). A maior necessidade imediata em uma situação de conflito é de reabilitação psicossocial para lidar com a perda da casa e da comunidade como primeiro passo na direção de alcançar um sentimento de estabilidade, seguido pelo suporte para reconstruir lares e memórias perdidas (70). É preciso que haja inclusão total dos idosos em todos os esforços de assistência, reconstrução e estabelecimento da paz, e todas as agências envolvidas precisam reavaliar os planos de ação de acordo com a necessidade.

Transições epidemiológicas. Nas últimas décadas houve uma importante transformação no perfil das doenças que são as principais causas de invalidez e mortalidade. Graças aos avanços de saneamento, higiene, nutrição e tratamento médico, os riscos de doenças infecciosas diminuíram consideravelmente (73). Hoje em dia, as doenças crônicas, não transmissíveis, são a principal causa de morte e invalidez, e as respectivas taxas estão aumentando. Em todo o mundo, as principais doenças crônicas são cardiovasculares (incluindo acidentes vasculares), câncer, doença pulmonar crônica e diabetes (Tabela 2) (74).

Essa transição epidemiológica é consequência direta da urbanização, do desenvolvimento

econômico e da globalização. Essas macro-tendências aumentaram os principais riscos conhecidos para doença crônica, incluindo o sedentarismo, o consumo de alimentos não saudáveis e a exposição à poluição atmosférica, tabagismo e consumo excessivo de álcool. O envelhecimento populacional em si é também um fator, uma vez que as pessoas estão vivendo tempo suficiente para que as

Tabela 2. Principais causas de morte no mundo; 1990 e 2013

1990	2013
Doença cardíaca isquêmica	Doença cardíaca isquêmica
Acidente vascular	Acidente vascular
Pneumonia	Doença pulmonar obstrutiva crônica
Diarréia	Pneumonia
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Doença de Alzheimer e outras demências
Tuberculose	Câncer de pulmão
Complicações neonatais pré-termo	Acidentes rodoviários
Acidentes rodoviários	HIV/AIDS
Câncer de pulmão	Diabetes
Malária	Tuberculose

(Fonte: Kassebaum et al. 2014 (75))

doenças crônicas se desenvolvam. Os riscos comportamentais à saúde estão resultando no surgimento de doenças crônicas também entre os adultos jovens, aumentando o risco de deficiência severa na velhice e de morte prematura. Países menos desenvolvidos estão vivendo um aumento vertiginoso das mortes por doença crônica, enquanto que, nos países desenvolvidos, a taxa de mortalidade vem se mantendo estável (76). De acordo com a OMS (77), as mortes por doença crônica irão aumentar em 15% no mundo entre 2010 e 2020, mas os maiores aumentos, de 20%, ocorrerão na África, Mediterrâneo Oriental e Sudeste Asiático. Nos países menos desenvolvidos, 29% das mortes por doença crônica ocorrem nas pessoas abaixo dos 60 anos, comparado com 13% nos países mais desenvolvidos (77). A grande maioria dos idosos tem doenças crônicas e muitos têm múltiplas doenças. Nos Estados Unidos, 92% das pessoas acima dos 65 anos têm ao menos uma doença crônica

e 24% relata ter três doenças (78). Ao mesmo tempo, muitos desses idosos estiveram expostos a uma alta prevalência de doenças infecciosas quando mais jovens.

No entanto, as doenças infecciosas não desapareceram e muitos países em desenvolvimento apresentam alta prevalência tanto de doenças infecciosas quanto de doenças crônicas (79). Em países como a Guatemala, El Salvador, Quênia e a República Democrática do Congo, por exemplo, as doenças crônicas têm alta incidência e somam-se às doenças infecciosas, de alta prevalência, muitas das quais se tornaram mais resistentes aos antibióticos (80). O risco de morrer de uma doença infecciosa específica é mais alto para os idosos porque seu sistema imunológico mais fraco os faz mais suscetíveis. Além disso, apresentam resposta imunológica menos intensa à vacinação. As principais doenças infecciosas entre os idosos, nos países menos desenvolvidos, incluem a malária, as infecções respiratórias agudas, as diarreias, a tuberculose e o HIV/AIDS (81).

Pobreza e desigualdade. De acordo com análises do Índice de Desenvolvimento Humano, a maioria dos países apresentaram aumentos significativos de desenvolvimento humano avaliado através de uma combinação de renda, educação e saúde ao longo das últimas décadas (84). Os níveis de pobreza absoluta diminuíram. No âmbito global, 14,5% da população de todas as idades era pobre em 2011 (85) - tomando como referência a medida de linha de pobreza do Banco Mundial de USD 1,25 por dia. Duas décadas antes, essa porcentagem era mais do que o dobro (86). As desigualdades na saúde diminuíram, levando-se em consideração o aumento da expectativa de vida ao nascer, e, no entanto, as desigualdades na educação não se alteraram (84).

Há, entretanto, uma pobreza relativa severa e crescente se considerarmos a desigualdade de renda. O Coeficiente de Gini mede a igualdade de distribuição da riqueza de um país numa escala de 0 a 100, onde 0 indica a igualdade

perfeita e valores mais altos mostram o grau de concentração de riqueza nas mãos de poucos. As Tabelas 3 e 4 mostram os dez países mais iguais e os dez onde há maior desigualdade em termos de renda e gasto com consumo.

De acordo com uma análise realizada pela Oxfam, sete em cada dez pessoas no mundo vive em países onde a desigualdade econômica aumentou durante as últimas três décadas (88). Aí estão incluídos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) onde a desigualdade de renda vem aumentando de forma constante desde a década de 1980 (89). Nesses últimos países, os 10% mais ricos da população tinham 9,5 vezes a renda dos pobres em 2014, comparado com sete vezes a renda na década de 1980 (89). Nos países em desenvolvi-

Tabela 3. **Dez países com a distribuição de riqueza mais igualitária**

País	Índice Gini	Ano de referência
Ucrânia	24,8	2010
Eslovênia	24,9	2011
Islândia	26,3	2010
República Tcheca	26,4	2011
Bielorússia	26,5	2011
Rep. da Eslováquia	26,6	2011
Noruega	26,8	2010
Dinamarca	26,9	2010
Romênia	27,3	2012
Finlândia	27,8	2010

(Fonte: Banco Mundial 2015 (87))

to, a desigualdade de renda aumentou em 11% em duas décadas (1990-2010) (84). No âmbito global, o quintil mais rico da população possui mais de 70% da renda global, enquanto que os 20% mais pobres têm que se sustentar com somente 2% (90).

A metade inferior da população mundial - 3,5 bilhões de pessoas - possui o mesmo que as 85

Tabela 4. **Dez países com a distribuição de riqueza mais desigual**

País	Índice Gini	Ano de referência
Suazilândia	51,5	2010
Panamá	51,9	2012
Guatemala	52,4	2011
Brasil	52,7	2012
Colômbia	53,5	2012
Lesoto	54,2	2010
Honduras	57,4	2011
Zâmbia	57,5	2010
Namíbia	61,3	2010
África do Sul	65	2011

(Fonte: Banco Mundial 2015 (87))

peças mais ricas do mundo, que poderiam confortavelmente se acomodar em um ônibus de dois andares. (405)

É importante continuar a investir em saúde para reduzir as desigualdades persistentes entre nações, entre homens e mulheres, e entre grupos sociais, mas é possível reduzir consideravelmente a desigualdade tanto de renda quanto de educação. Houve tentativas significativas de reduzir a desigualdade de renda em algumas regiões. Alguns países da América Latina - ainda a mais desigual em termos de renda - apresentaram certo progresso através de uma abordagem universal de política pública que incorpora transferências de renda aos pobres e um foco na proteção ao trabalhador.

Com o crescimento da insegurança financeira acima das pressões ambientais, examinar e combater as desigualdades se torna ainda mais importante. O aumento da desigualdade de renda ficou no topo da lista das dez principais tendências com que o mundo se depara em 2015 de acordo com o Fórum Econômico Mundial (91). A OCDE mostra ainda que a desigualdade de renda impede o crescimento

econômico e recomenda aumentar a redistribuição de renda para reduzir a desigualdade e promover a prosperidade (89).

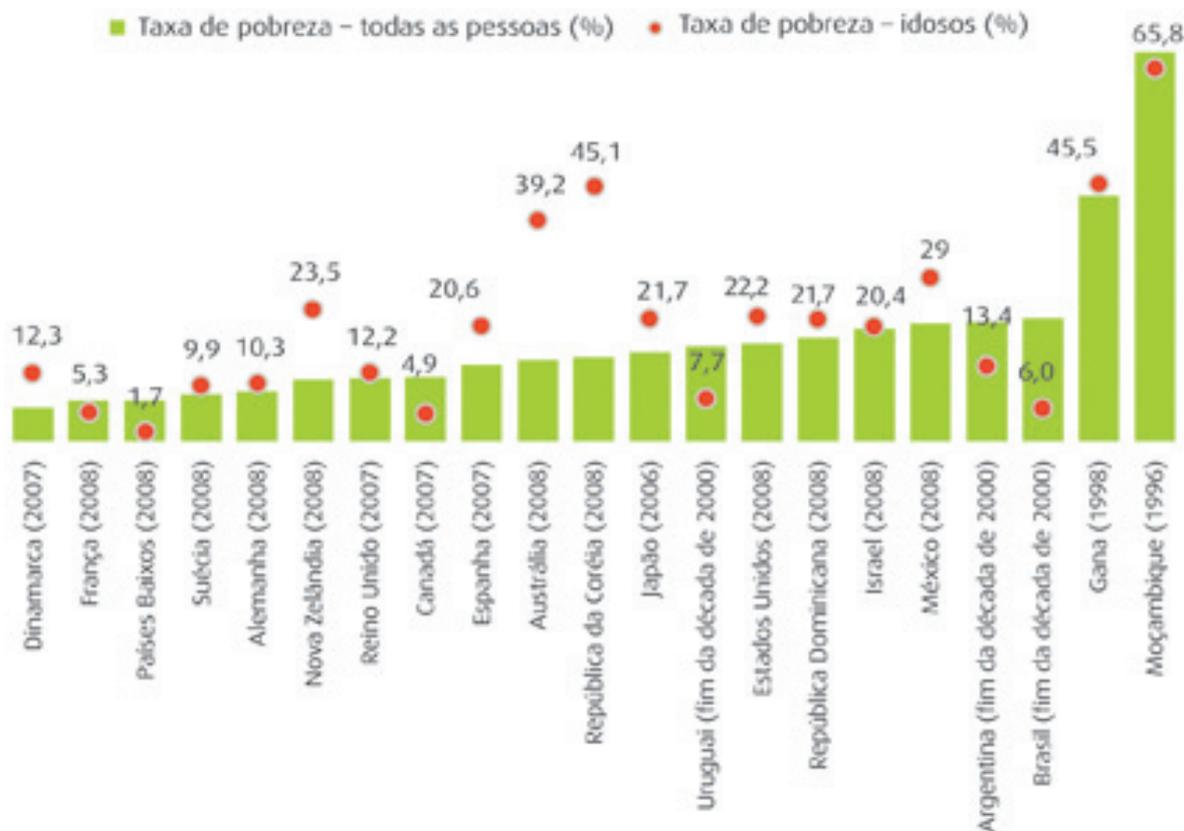
Conforme relatado pelas Nações Unidas (ONU), as desigualdades de renda entre gerações em termos de taxas de pobreza relativa revelam um cenário variado (Fig. 4) (25). Apesar de haver variações consideráveis, a maioria das taxas de pobreza são mais altas em idosos do que na população em geral, na maior parte das regiões do mundo (25). Na África Subsaariana, a população idosa é tão pobre quanto ou ligeiramente mais pobre do que as outras gerações. Em alguns países da América Latina (Argentina, Uruguai e Brasil), a introdução das pensões universais não contributivas para idosos reduziu a taxa de pobreza na população idosa a níveis significativamente inferiores às da população em geral. Os países da OCDE apresentam uma gama de cenários, mas em cerca de metade deles, há mais idosos do que jovens pobres - especialmente se considerarmos pessoas acima dos 75 anos. Em alguns países, os idosos estão em situação melhor do que os adultos jovens e do que as famílias com filhos, cujas taxas de pobreza aumentaram.⁴ Em outros, o

rápido aumento dos salários dos trabalhadores jovens deixou os idosos em situação comparativamente pior. Alcançar a justiça social no contexto da Revolução da Longevidade requer políticas que se adaptem às mudanças das condições econômicas para dar suporte a todas as gerações de maneira equânime. Garantir a segurança econômica da população idosa continua a ser uma política global prioritária - não somente pelo bem-estar dos próprios idosos, embora esse seja o objetivo primeiro - mas também porque a renda recebida pelos idosos beneficia outras gerações da família (92).

Evolução dos direitos humanos. A compreensão e a aplicação dos direitos humanos fundamentais evoluiu à medida que as sociedades mudam. Desta forma, houve grande evolução ao longo do último século, mas ainda há muito a ser feito. Os séculos XX e XXI foram marcados por uma progressão de reconhecimentos de direitos humanos de sub-grupos populacionais específicos que foram formalizados em convenções e declarações da ONU. Fundamentados na Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU (1948), tratados adicionais foram adotados por Estados-Membro da ONU para oferecer

⁴ A crise financeira de 2008 teve maior impacto sobre o emprego e o bem-estar econômico dos adultos jovens e de meia-idade do que dos idosos nos países mais desenvolvidos (151).

Figura 4. Taxas de pobreza para a população em geral e para a população idosa, países selecionados



(Fonte: UNDESA 2013 (25 tabela 5.3))

maior proteção legal a grupos considerados particularmente vulneráveis. Incluem-se aí convenções sobre os direitos da mulher (1979), da criança (1989), dos trabalhadores migrantes (1990), dos povos indígenas (2007) e das pessoas deficientes (2008). Além de incluir arcabouços legais, esses tratados internacionais afetaram profundamente, ao longo do tempo, as atitudes discriminatórias, o comportamento e as políticas públicas.

A Revolução da Longevidade direcionou o foco para a crescente população idosa como próximo grupo que requer especificidade legal para proteger e promover direitos de maneira abrangente. Vários instrumentos internacionais de direitos humanos expressam obrigações com relação à proteção dos direitos humanos do idoso,² mas são lentos e graduais. O Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento (1982), os Princípios das Nações Unidas em Favor das

Pessoas Idosas (1991) e o Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (2002) são documentos internacionais que abordam de maneira abrangente e específica os direitos do idoso. No entanto, esses acordos não são juridicamente vinculativos para os signatários. Os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas de 1991 encorajam os governos a incorporar aos programas nacionais o direito à independência, à participação, ao cuidado, à realização pessoal e à dignidade (17). O Plano de Madri articula um marco político abrangente e lúcido com base na cidadania plena do idoso em uma sociedade que promova a solidariedade intergeracio-

⁵ Estão incluídos aí o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

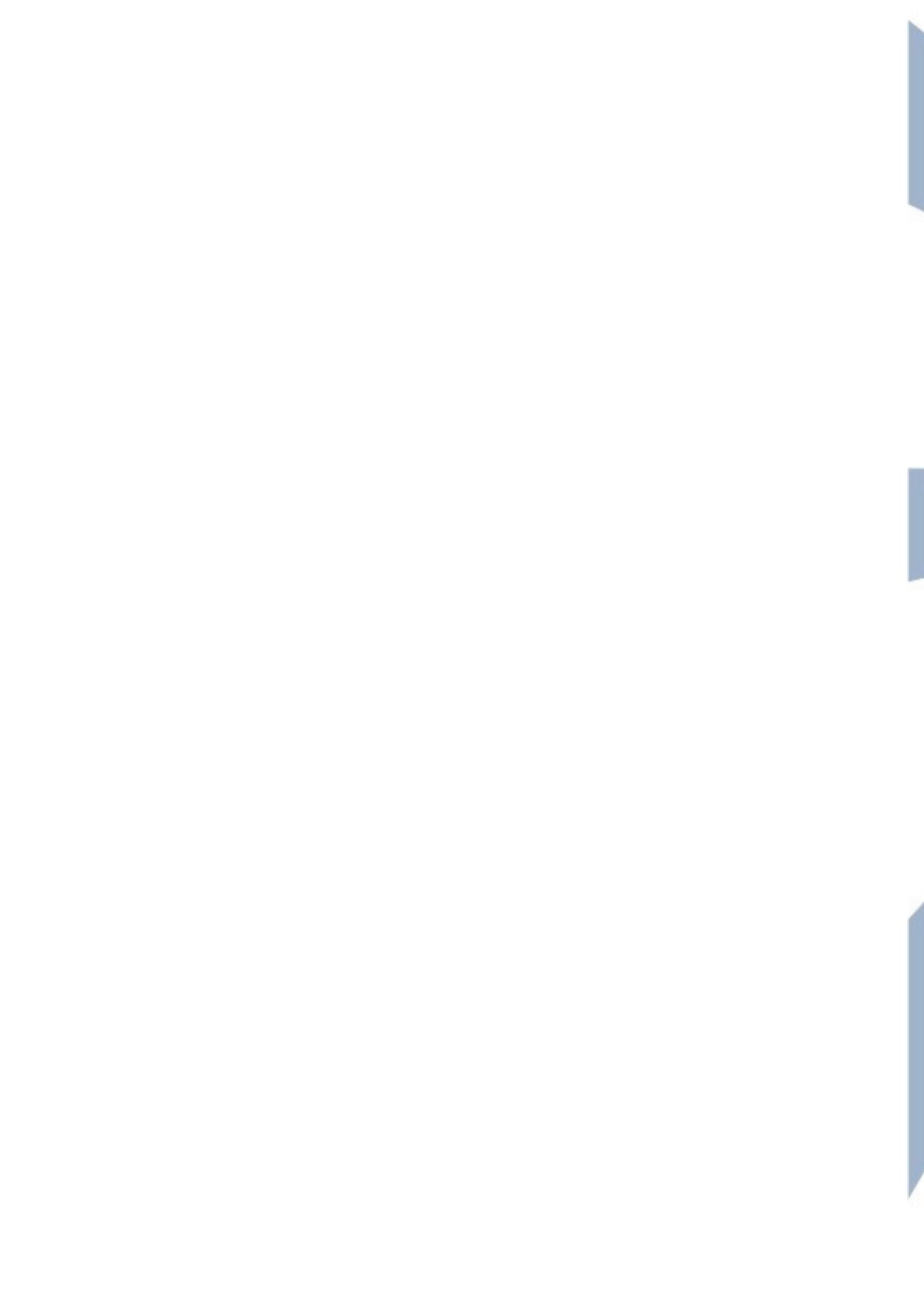
nal - uma sociedade para todas as idades. O único instrumento internacional de direitos humanos juridicamente vinculante que explicitamente proíbe a discriminação por idade é a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e dos Membros das suas famílias. Foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1990, mas entrou em vigor em 2003 quando um número suficiente de países ratificou a Convenção.

“As pessoas, onde quer que estejam, devem envelhecer com dignidade e segurança, desfrutando a vida por meio da plena realização de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.” (18)

A presença cada vez mais visível dos idosos, uma melhor compreensão do potencial humano de longevidade e o crescente reconhecimento de que o preconceito etário é prevalente (93) levaram organizações não governamentais lideradas pela Aliança Global para os Direitos das Pessoas Idosas e alguns governos a defender a criação de uma convenção da ONU para os direitos humanos do idoso. Os opositores, em grande parte nações mais desenvolvidas, argumentam que o problema seria mais de implementação do que de legislação (94). Em resposta, a ONU estabeleceu um Grupo Aberto de Trabalho sobre o Envelhecimento em 2010 para analisar o arcabouço existente de direitos do idoso e para identificar possíveis lacunas e considerar a viabilidade de novos instrumentos e medidas (95). O Conselho de Direitos Humanos da ONU tem prestado cada vez mais atenção à questão da discriminação etária e adotou uma resolução em 2013 que criou um novo cargo de Especialista Independente sobre os Direitos Humanos do Idoso. A primeira Especialista Independente, nomeada em 2014,

está atualmente trabalhando para aumentar a compreensão acerca dos desafios de direitos humanos com que as pessoas se deparam na velhice e como esses direitos podem ser mais bem promovidos e protegidos (96). A Organização dos Estados Americanos adotou a Convenção Interamericana sobre Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas e a Comissão Africana dos Direitos Humanos e dos Povos e o Comitê Diretor para os Direitos Humanos do Conselho da Europa também estão desenvolvendo instrumentos no nível regional.

Embora a questão dos direitos específicos do idoso esteja avançando, as repercussões de todas as principais tendências globais de direitos humanos ao longo da vida devem também ser consideradas. Por exemplo, à medida que a tecnologia da informação se torna indispensável em praticamente todos os aspectos da comunicação humana, seria o acesso a essa tecnologia direito universal das pessoas de todas as idades? Em uma economia globalizada com populações extremamente móveis, essas pessoas devem ter direitos protegidos no âmbito nacional e serem priorizadas em detrimento dos direitos humanos universais? Quando seria o bem comum, no sentido de preservar condições vitais para a vida humana, um princípio que suplanta a liberdade individual?





SEÇÃO II:
**REPENSANDO O
CURSO DE VIDA**

SEÇÃO II: REPENSANDO O CURSO DE VIDA

Um Curso de Vida mais Complexo

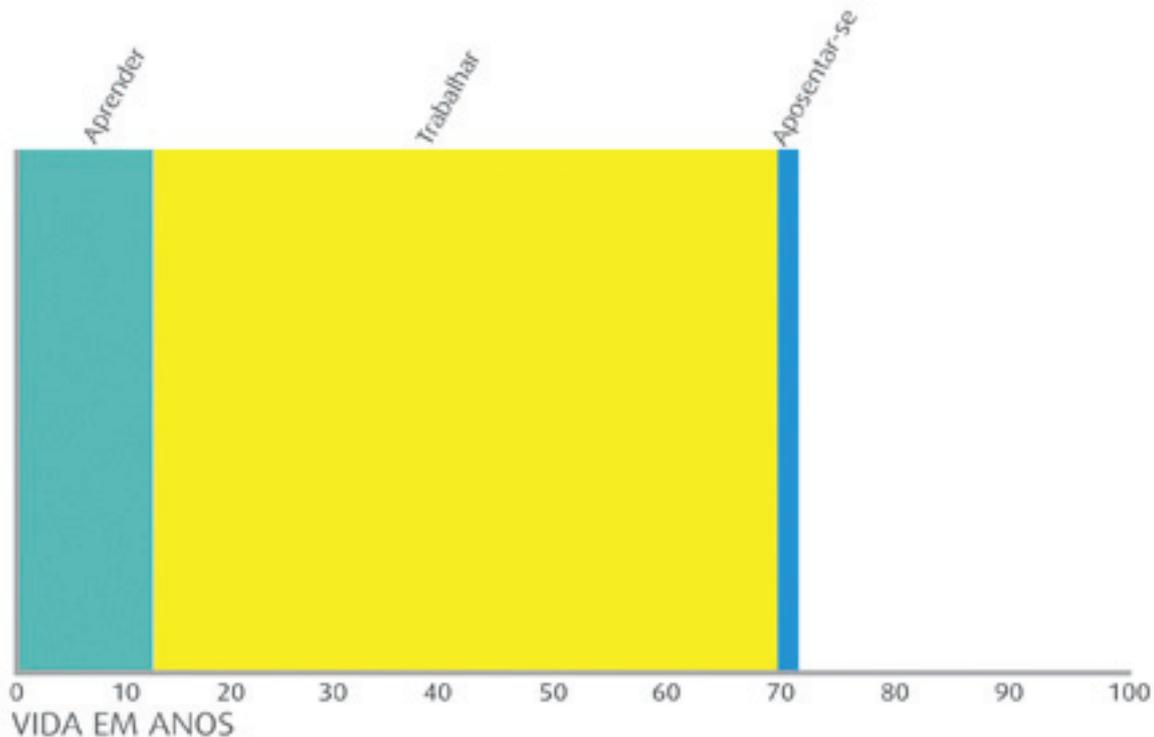
Como os indivíduos alocam o tempo e que papéis desempenham ao longo da vida depende, em grande parte, da sociedade em que estão inseridos. A longevidade, juntamente com outras tendências importantes, está remodelando o curso de vida de formas complexas e diversas. Ao mesmo tempo, a vida das pessoas tanto nos países de baixa como nos de alta renda está cada vez mais diferente.

Nas sociedades pré-industriais que ainda caracterizam muitos países de baixa renda hoje em dia, é comum que as crianças frequentem a escola somente até a puberdade e logo depois assumam as responsabilidades da vida adulta. A maioria dessas crianças faz parte da mão-de-obra informal e não recebe, portanto, benefícios ou pensões. As mulheres podem trabalhar fora também, acumulando a grande responsabilidade de cuidar das crianças e de outros familiares, inclusive parentes idosos dependentes. Homens e mulheres continuam a trabalhar enquanto forem física e mentalmente capazes, contribuindo para o sustento da família da forma como podem. A velhice costuma ser definida pela incapacidade e pela dependência.

Ao longo do século XX e até os dias de hoje, a velhice nas sociedades industrializadas tem

sido o produto da aposentadoria formalizada. A origem dessa construção social é o sistema previdenciário de Bismarck, introduzido em 1889. Esse sistema fornecia uma pequena pensão aos trabalhadores acima dos 70 anos de idade - numa época em que a expectativa de vida do homem ainda estava abaixo dos 40 anos (97). A aposentadoria formal que foi então introduzida por vários governos em todo o mundo causou profundas mudanças em como percebemos a idade (98). Uma vez que o fator determinante para deixar a força de trabalho deixou de ser a incapacidade e passou a ser a idade, essa passou a ser associada à incapacidade, de modo independente da capacidade funcional do indivíduo (98). Especialmente para os homens, isso levou a um “curso de vida normativo padronizado cronologicamente” (99). O padrão passou a ser caracterizado por um curto período de aprendizagem até o fim da adolescência, um período longo de trabalho (não raro para o mesmo empregador) e, na maioria das vezes, um período muito curto de aposentadoria, dada a baixa expectativa média de vida (Fig. 5). Para as mulheres não empregadas na força de trabalho, a “aposentadoria”, quando acontecia, era um evento menos formal: o papel de cuidadora da família se esvaziava quando os filhos saíam de casas, mas ela continuava a ser responsável pelas tarefas domésticas. O curso de vida passou a ser dividido em três fases distintas - aprendizagem, trabalho

Figura 5. Curso de vida na era Bismarck



(Fonte: Adaptado de Kalache 2013 (21))

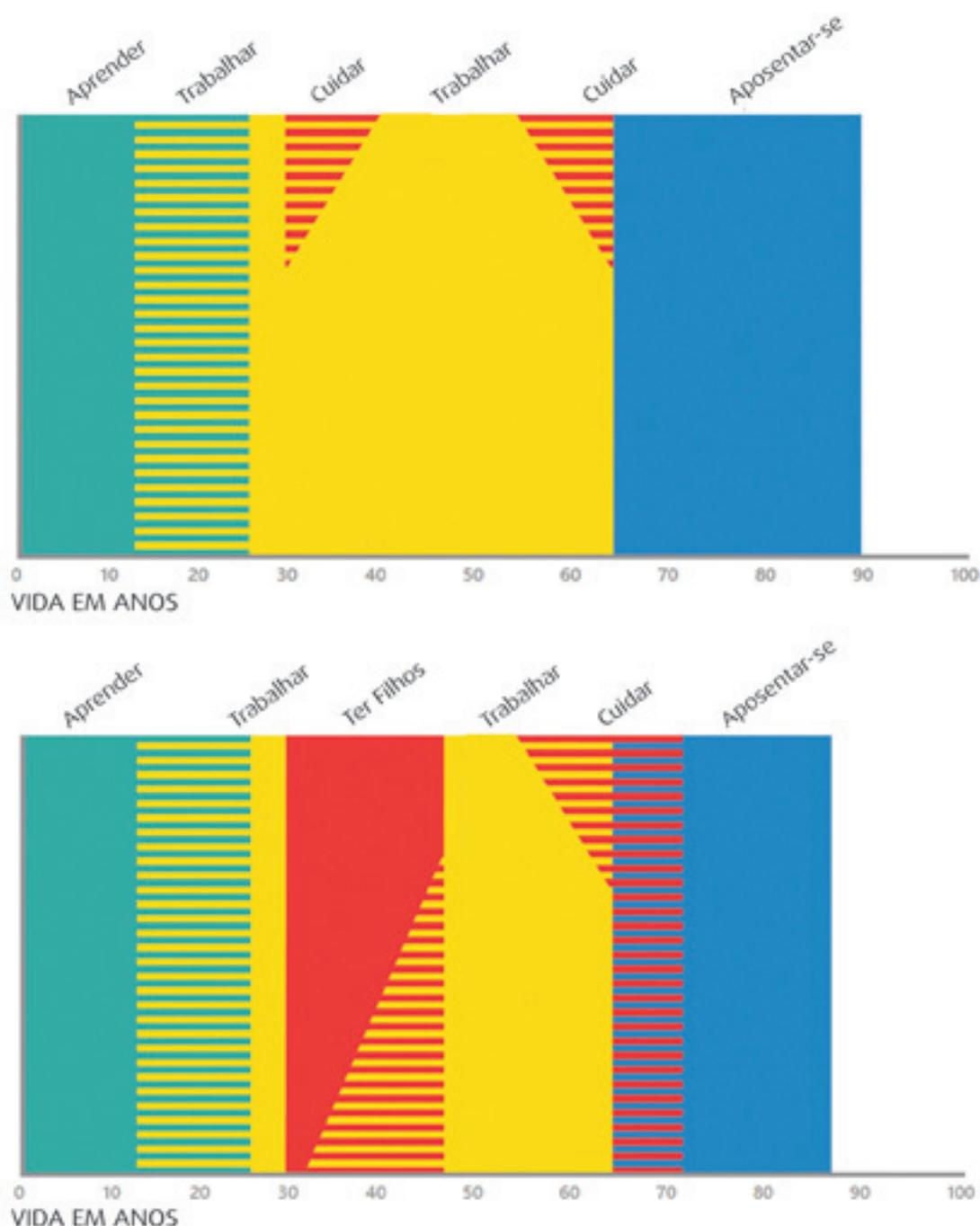
e aposentadoria (99). Esse curso de vida de três estágios ainda é muito comum na maioria das sociedades desenvolvidas, embora o tempo de aposentadoria tenha se tornado muito maior. À medida que a participação da mulher nos empregos pagos formais aumentou, esse modelo passou a representar também as mulheres; embora a aposentadoria do trabalho remunerado raramente venha acompanhada da aposentadoria da gestão do lar. A realidade de que a mulher regularmente é responsável pela maior carga de responsabilidade na gestão da família e do lar significa também que tendem a ter carreiras mais descontínuas, com períodos de licença mais frequentes e mais longos para cuidar das crianças e da família. Vários países têm idade de aposentadoria compulsória menor para as trabalhadoras (100) para que possam se aposentar ao mesmo tempo que os maridos, que muitas vezes são mais velhos. As mulheres, com tempo de trabalho remunerado menor, mas mais longa expectativa de vida, têm maior probabilidade de viver a velhice na pobreza.

Embora as normas de idade ao longo da vida ainda persistam, são agora menos predominantes e impõem menos limitações. A combinação de uma vida mais longa com outras mudanças sociais está transformando o curso de vida de três etapas. A vida é agora pontuada por períodos mais longos e mais intermitentes de aprendizagem para empregos que precisam de atualização constante de habilidades e períodos mais longos de aposentadoria (Fig. 6). A carreira contínua em emprego de tempo integral com empregador único, especialmente para os homens, está se tornando cada vez mais rara. Em alguns países, há evidências do “fim do emprego vitalício” nas grandes empresas (99). Os papéis de gênero se tornaram menos rígidos e alguns países estão passando mais tempo cuidando dos filhos e compartilhando tarefas domésticas. A licença paternidade é agora oferecida por alguns empregadores juntamente com a licença maternidade em vários países. Embora a idade de aposentadoria em si tenha mudado

muito pouco (99), a idade de aposentadoria compulsória aumentou em alguns países (101) e foi abolida por completo em países como o Reino Unido, o Canadá, a Austrália e os Estados Unidos (102). A transição para a aposentadoria está se tornando cada vez mais indefinida. A própria aposentadoria está sendo redefinida no contexto de sua crescente associação com períodos de trabalho na forma

de trabalho autônomo, empregos em meio expediente ou ciclos de trabalho e descanso (103). A aposentadoria não é mais considerada como um período de incapacidade. Especialmente nos países desenvolvidos, é cada vez mais percebida como uma época privilegiada de renovação pessoal, lazer e satisfação com a vida.

Figura 6. **Curso de vida de homens e mulheres hoje** Talvez, portanto, não seja de surpreender en-



(Fonte: Adaptado de Kalache 2013 (21))

tão que os aposentados tenham sido o grupo que obteve o maior aumento no tempo de lazer ao longo do último século (104). O tempo de lazer aumentou para outras faixas etárias também, mas somente em algumas horas por semana e de forma desigual. Os homens conseguiram mais tempo livre do que as mulheres (105), assim como os trabalhadores com níveis de escolaridade mais baixos em comparação com os de nível universitário (104). Nos países mais desenvolvidos, e talvez nas elites profissionais dos países menos desenvolvidos, as políticas dos locais de trabalho se tornaram um pouco mais adaptáveis à necessidade dos empregados altamente qualificados de flexibilizar a distribuição das horas limitadas de lazer. Exemplos disso são as semanas de trabalho comprimidas e os períodos sabáticos pagos pelo empregado.

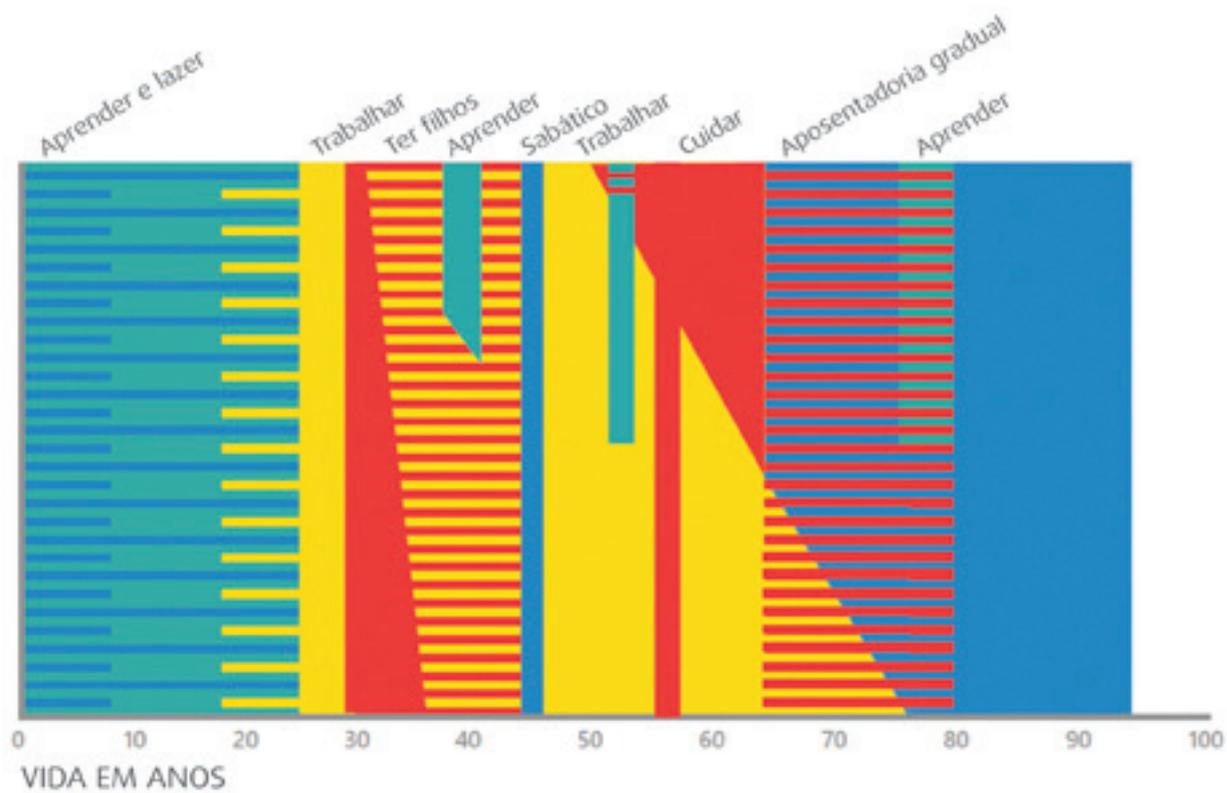
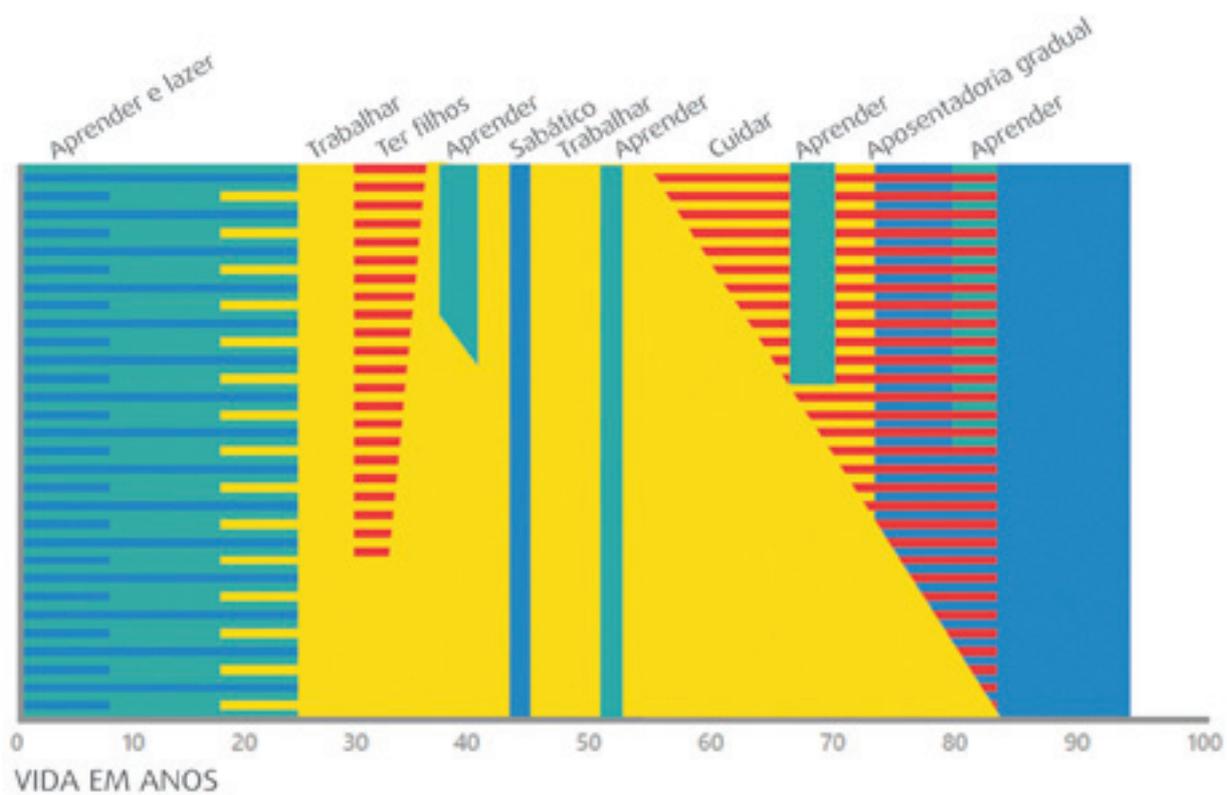
Um Curso de Vida mais Longo, Individualizado e Flexível

À medida que o século XXI avança e o curso de vida mais longo passa a estar sujeito à maior complexidade de variáveis intercorrentes e, às vezes, recorrentes, os limites do modelo de curso de vida de três estágios vão inevitavelmente se tornar ainda mais mal definidos (Fig.7). A aprendizagem irá continuar a predominar nas primeiras décadas de vida, mas provavelmente não cessará. O treinamento contínuo no emprego e certificações e cursos de curta duração para se manter em dia

com as mudanças tecnológicas e conceituais, cada vez mais rápidas, precisarão acompanhar as pessoas ao longo de toda a vida. A aprendizagem baseada no trabalho pode começar mais cedo. O compartilhamento das tarefas de administração da família e da casa entre os casais continuará a ser negociado (99). Pesquisas em países mais desenvolvidos preveem que uma divisão mais igualitária do trabalho entre homens e mulheres em casa irá se desenvolver (106). A tendência de se ter uma vida profissional mais longa provavelmente se manterá, mas mais pessoas se aposentarão de forma mais gradual e individualizada (104). Em vez de concentrar-se na fase pós-aposentadoria, o tempo de lazer poderá se tornar muito mais bem distribuído ao longo de um curso de vida muito mais flexível que esteja mais alinhado com as necessidades e preferências individuais. É muito provável que a vida se torne muito mais variada e dinâmica. As pessoas irão aprender, cuidar, trabalhar e dedicar tempo a atividades recreativas ao longo de toda a vida com muito menos atenção à idade cronológica. As instituições precisam se adaptar às transformações culturais inerentes à Revolução da Longevidade, mas também os indivíduos devem se preparar para esses anos adicionais de vida que irão requerer maior versatilidade. A Revolução da Longevidade tem impactos retroativos ao longo do curso de vida - além do simples fato de enfrentar uma velhice mais longa.

“A vida está ficando mais parecida com uma maratona do

Figura 7. Curso de vida de homens e mulheres no futuro



(Fonte: Adaptado de Kalache 2013 (21))

que com os 100 metros rasos. Precisamos ajustar o passo para o longo percurso.” (21)

Muito do nosso comportamento individual está diretamente relacionado com as nossas expectativas sobre os anos de vida que restam. As decisões relacionadas aos investimentos em capital humano, economias e consumo (107), nosso comportamento com relação à saúde e o planejamento para a aposentadoria (108) são influenciados pela percepção do tempo que nos resta de vida. Até mesmo as escolhas no que diz respeito às relações sociais podem também ser influenciadas por essa percepção (109). Subestimar a duração da velhice pode levar a um planejamento insuficiente (108).

O aumento da expectativa de vida, em paralelo com outras tendências sociais e demográficas, está mudando a estrutura familiar e as relações intergeracionais. Mais gerações, mas menos representantes de cada uma delas, estão simultaneamente presentes e engajados na sociedade. À medida que os limites dos estágios do curso de vida se tornam mais porosos e variáveis, as faixas etárias, antes contrastantes, passarão a ser menos separadas do que no passado. Adultos mais jovens e mais velhos assistirão as mesmas aulas na universidade e participarão do mesmo treinamento para o emprego. Empregados de diferentes idades ocuparão cargos em níveis “júnior” e “sênior”. Uma maior flexibilidade na divisão do tempo livre e do trabalho remunerado possibilitará que mais adultos de todas as idades se engajem nas atividades de lazer e no trabalho voluntário, tão vitais para o capital social. Interações pessoais regulares e significativas com pessoas de diferentes idades começarão a desestruturar estereótipos e discriminação por idade, originados pelo contato limitado (110). Com uma transição mais fluida entre o trabalho remunerado e a aposentadoria e a boa saúde por mais tempo, a política de bem-estar social deixará de se focar nos benefícios arbitrários ligados à idade, direcionando esforços para programas que

respondam a necessidades sociais e de saúde prementes ao longo da vida. A transferência de riqueza entre gerações beneficiará netos e bisnetos, além dos herdeiros diretos, que têm maior chance de estar bem estabelecidos quando os pais venham a falecer (106). Uma vida mais longa e saudável e a mudança dos modelos de curso de vida em muitos países fazem com que o papel e a imagem dos idosos sejam redefinidos. Ao mesmo tempo, é necessário lembrar que essa “nova era da velhice” que está se desenvolvendo ainda não se aplica a vida da maioria das pessoas nas regiões menos desenvolvidas, cuja vida continua a ser mais restrita ao trabalho e ao cuidado.

Os Gerontolescentes Estão Transformando a Sociedade - de Novo

Durante o período de crescimento econômico nos países de alta renda após a Segunda Guerra Mundial, os jovens passaram a se dar ao luxo de permanecer mais tempo estudando antes de começar a trabalhar. À medida que essa prática se tornou mais comum, o termo “adolescência”, usado pela primeira vez no final do século XIX (111), surgiu para descrever essa nova fase de transição, com duração de quatro a cinco anos, entre a infância e vida adulta. Conforme a Revolução da Longevidade ganha impulso, uma fase de transição contemporânea vai sendo engendrada, delineada mais por marcadores funcionais do que pela idade. Muitos observadores consideram que represente um estágio do desenvolvimento humano singular e sem precedentes. Foi também chamada de “final da meia idade” por alguns, em referência à manutenção da saúde e das atividades da meia idade e de anos “encore” para enfatizar a ideia de segunda chance e de novos direcionamentos para engajamento significativo. Foi também chamada de “gerontolescência” (21) para nos lembrar que a grande geração do *baby boom*, que atualmente a define, é também a mesma coorte que criou e definiu a construção social de “adolescência”. Essa

geração incorpora características distintas. Tem melhor nível de escolaridade do que qualquer outra que a precedeu e há um espírito rebelde e ativista em seu cerne. É a geração que lutou contra o racismo, a homofobia e o autoritarismo político, e a favor dos direitos da mulher, do empoderamento dos cidadãos e da liberdade sexual. É uma geração que se sente confortável em se fazer ouvir (21) e está reinventando a forma como se vive e se percebe a velhice. Envelhecer é cada vez mais visto como um processo individual com múltiplas oportunidades de desenvolvimento pessoal e de prolongamento da jovialidade; por exemplo, por meio do auto-cuidado e de produtos e serviços de tratamento estético (112). Os gerontolescentes estão à frente da tendência de “desaposentadoria” que está mudando a forma como entendemos o trabalho e a aposentadoria (113). Um exemplo dessa abordagem transformadora ao envelhecimento é a *Pass it On Network* (114), que funciona como um fórum de intercâmbio global para facilitar que idosos pró-ativos contribuam de forma criativa para melhorar a própria vida, a de outros idosos e a da comunidade.

“Nunca se havia visto um grupo de pessoas perto dos 65 anos que fosse tão bem informado, tão rico, em tão boa saúde e com tal história de ativismo. Com um legado como esse, é inimaginável que essa geração viva a velhice como as que a antecederam.”
(21)

As Estruturas Familiares em Transformação Criam Novas Oportunidades e Desafios

A vida mais longa e a menor quantidade de filhos faz com que seja mais comum que as famílias sejam multigeracionais. Um número significativo de filhos deve ter mais oportunidade de contato e apoio de familiares idosos

o que, por sua vez, pode ajudar a diminuir os estereótipos. A presença de menos filhos, entretanto, combinada com outras transformações na estrutura familiar, está ameaçando reduzir o apoio que os idosos esperariam receber das gerações mais jovens (115). Seja uma questão de estilo de vida ou devido ao divórcio ou morte do parceiro, mais casais deixam de ter filhos e mais pessoas estão vivendo sozinhas. Um grande número de pessoas terá mais de um parceiro conjugal ao longo da vida e mais crianças crescerão com pais solteiros ou com padrastos e madrastas e seus filhos de outros relacionamentos. Os filhos de famílias separadas ou reconstituídas podem estar menos dispostos a fornecer cuidado se os laços familiares forem mais diluídos ou divididos. A maior mobilidade geográfica e a maior participação das mulheres na força de trabalho também reduzem a disponibilidade dos filhos adultos dispostos a cuidar dos familiares idosos. O fenômeno da “insuficiência familiar” pode ser observado em todas as regiões.

“A família moderna é capaz ou está disposta a permanecer responsável pelo cuidado?” (21)

Expandindo os Limites da Longevidade: Qualidade de Vida até o Fim da Vida

As pessoas acima dos 80 anos também estão vivendo mais. São o grupo mais variado de indivíduos dentre todas as faixas etárias, tanto física quanto mentalmente (116), refletindo uma diferenciação cumulativa como resultado de acontecimentos ao longo da vida, meios a que estão expostos e escolhas pessoais. Em geral, cerca de um terço dessa faixa etária continua a desfrutar de alto nível de funcionamento físico e mental, um terço tem grau significativo de deficiência mas pode funcionar com apoio da comunidade e o terço restante apresenta deficiência e dependência severas (116).

Os indivíduos que mantêm bom funcionamento em idade avançada são exemplos de que o potencial para saúde e bem-estar continua na velhice. Essas pessoas têm muito a nos ensinar sobre as condições, comportamentos e atitudes que mantêm a vitalidade na velhice (117,118). Mais pessoas nos países de alta renda estão vivendo mais com melhor saúde, com um período mais curto de invalidez e declínio chegando ao fim da vida (29), embora esse ganho não seja igualmente compartilhado pelas pessoas pobres e socialmente excluídas nesses mesmos países.

Algumas perdas funcionais relacionadas à idade são inevitáveis. Além disso, várias doenças crônicas se tornam mais comuns. Algumas pessoas perdem mobilidade e dependem mais dos outros, precisamente no momento em que as redes de família e amigos se tornam mais limitadas (116).

Os homens normalmente podem contar com o cônjuge para fornecer os cuidados necessários até o final da vida. As mulheres vivem mais com deficiências e têm maior chance de viver sozinhas durante os últimos anos de vida, sendo cuidadas por algum filho adulto ou por outro familiar ou amigo que possa estar disponível. Em muitos países de alta renda, o cuidado formal público de longo prazo está disponível, mas pode não ser o suficiente para garantir qualidade de vida. Já em países em desenvolvimento, os idosos e suas famílias contam com pouco ou nenhum cuidado de longo prazo financiado pelo setor público. Em todos os países, um número extremamente pequeno de indivíduos e famílias reconhecem a possibilidade e se planejam para a possível dependência.

A crescente presença dos idosos confronta atuais paradigmas sobre o significado da vida e sobre o meio em que vivemos, a responsabilidade pelo cuidado e a qualidade de vida. Idosos resilientes que lidam com deficiências e que convivem com elas dignamente são testemunhos da força do espírito humano diante da adversidade (119).

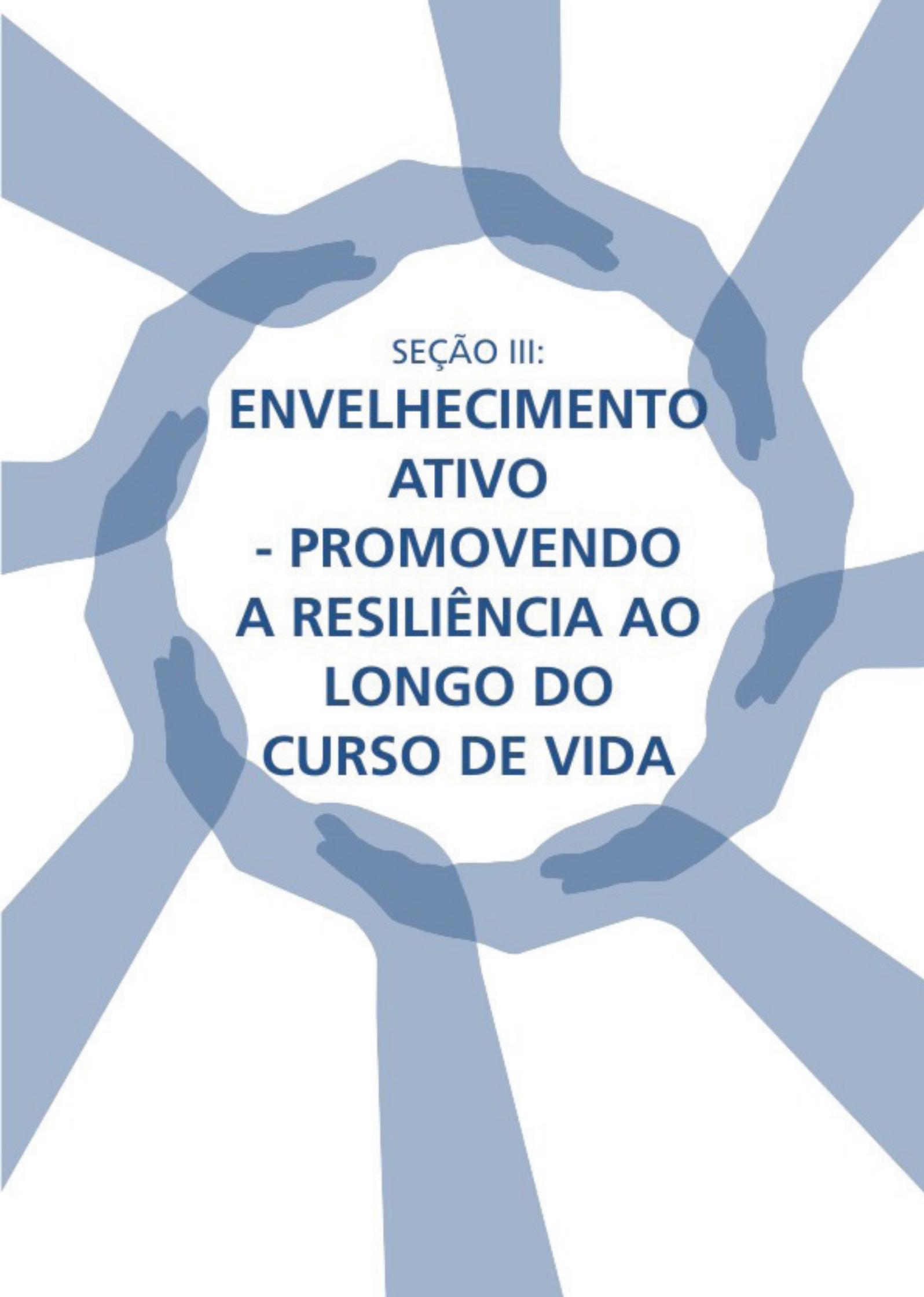
Aqueles que, apesar das doenças, continuam a encontrar sentido e prazer na vida revelam a capacidade de transcendência humana e são uma grande fonte de inspiração. Outros, que podem ser completamente dependentes ou terem perdido a capacidade de se comunicar por meio de palavras, mantêm suas personalidades distintas refletindo suas vidas singulares e plenas de sentido. Em uma sociedade que se preocupa em “fazer”, os idosos são seres humanos dedicados a “ser”. Eles nos chamam a reconhecer e a promover a expressão de sua identidade, sua individualidade e, acima de tudo, seus direitos humanos inalienáveis. Esse estágio da vida também precisa ser, sem sombra de dúvida, englobado na visão do Envelhecimento Ativo.

A morte está se concentrando mais na velhice: entre 2005–2010, mais da metade (55%) das mortes ocorreram após os 60 anos, com a maior proporção (85%) nas regiões mais desenvolvidas (120). A morte é mais esperada na velhice. Fazer as pazes com a própria mortalidade e a dos outros é tarefa essencial, cujos melhores professores são os idosos.



O australiano Frank Kelly foi pai de seis filhos, fisioterapeuta, dançarino de salão, veterano da força aérea e contribuiu enormemente para a comunidade onde vivia. Ao longo da vida, sempre acreditou ser um homem de sorte, mesmo durante sua difícil jornada final, quando desenvolveu demência. Desde o final da década de 1970, Frank foi a vários funerais de amigos e conhecidos e refletia abertamente sobre o fim da vida com a família.

“Esta é minha hora de morrer e vocês precisam entender isso.”



SEÇÃO III:
**ENVELHECIMENTO
ATIVO**
**- PROMOVENDO
A RESILIÊNCIA AO
LONGO DO
CURSO DE VIDA**

SEÇÃO III: ENVELHECIMENTO ATIVO - PROMOVENDO A RESILIÊNCIA AO LONGO DO CURSO DE VIDA

”O que você deseja para si mesmo à medida que envelhece? Como gostaria de envelhecer? Onde gostaria de morar? O que gostaria de fazer? As respostas para as perguntas acima são praticamente universais: as pessoas dizem que gostariam de envelhecer com boa saúde, no conforto do lar, passando tempo com amigos, família e celebrando a vida.” (21)

Definição e Princípios

O conceito de Envelhecimento Ativo da OMS captura essa visão positiva e holística do envelhecimento e a utiliza tanto como aspiração individual quanto como meta de políticas. Aplica-se igualmente a indivíduos e sociedades. A formulação inicial identificava a saúde, a participação e a segurança como componentes fundamentais do Envelhecimento Ativo. O conceito foi ainda mais refinado (21) com a adição da aprendizagem ao longo da vida como outro componente, conforme promulgado pela Conferência Internacional de Envelhecimento Ativo em Sevilha em 2010 e subsequentemente refletido em diretrizes políticas para a província espanhola de Andaluzia (121).

Os indivíduos que estão envelhecendo ativamente aproveitam as oportunidades que surgem ao longo da vida para alcançar e manter a saúde, uma ocupação rica em significado, relações sociais, novas habilidades, conhecimento e necessidades materiais. No nível pessoal, esses são recursos, ou tipos de “capital”, que quando acumulados ao longo do curso de vida, passam a ser os fundamentos para o

O Envelhecimento Ativo é o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem.

bem-estar físico, mental e social em todas as idades. Quanto mais cedo esse acúmulo dos capitais vitais de saúde, geração de renda, redes sociais e conhecimento começar, melhor (122). Todos são interdependentes e se reforçam mutuamente. A saúde é universalmente reconhecida como o requisito mais essencial para a qualidade de vida. A capacidade de participar de todas as esferas de atividade - trabalho, diversão, amor, amizade, cultura - depende, em grande parte, de ter saúde física e mental. A participação, por sua vez, contribui para uma boa saúde. A aprendizagem é um recurso renovável que melhora a capacidade de se manter saudável e de adquirir e atualizar conhecimentos e habilidades para permanecer relevante e melhor assegurar a segurança pessoal. Quanto mais saudável e instruído se é em qualquer idade, maiores as chances de se participar plenamente na sociedade. Saúde e conhecimento são, portanto, fatores chave para o empoderamento e a participação plena na sociedade. Ter todas as necessidades básicas materiais e de saúde supridas e se sentir seguro de ameaças externas são pré-requisitos para o bem-estar em qualquer idade, mas ganha maior relevância em determinadas situações (por exemplo, durante períodos de doença, desemprego e na velhice). O quarto pilar do Envelhecimento Ativo, a segurança confere o sentimento de estar protegido, em um sentido amplo - da negligência, da pobreza extrema, do abandono e da falta de cuidado quando esse se faz necessário. O Envelhecimento Ativo é um processo contínuo, um investimento de vida que se estende por toda

a vida. Quanto mais cedo se começa a otimizar as oportunidades de saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança, maior a chance de desfrutar uma velhice com qualidade de vida.

O Envelhecimento Ativo pode ser definido de acordo com a atual perspectiva teórica de resiliência - ter acesso às reservas necessárias a se adaptar, suportar, e aprender com os desafios enfrentados ao longo da vida (123). Saúde, engajamento, redes, segurança material, conhecimentos e habilidades constituem as reservas para alcançar a adaptação e o crescimento pessoal que, por sua vez, levam ao bem-estar e à qualidade de vida. O Envelhecimento Ativo depende de vários fatores para construir as reservas para a resiliência. Esses fatores são parcialmente individuais, mas também refletem o contexto ambiental e social no qual a pessoa vive e envelhece. Uma sociedade genuinamente resiliente promove o desenvolvimento de uma verdadeira resiliência individual, o Envelhecimento Ativo, ao longo do curso de vida.

No que diz respeito à perspectiva das políticas públicas, os componentes da saúde, da aprendizagem ao longo da vida, da participação e da segurança são “pilares” políticos ou áreas chave para ação estratégica. O Envelhecimento Ativo constitui um arcabouço amplo e integrativo para que todas as instituições sociais apoiem e possibilitem que as pessoas aproveitem as oportunidades ao longo da vida para alcançar o bem-estar na velhice. As instituições parceiras do Envelhecimento Ativo incluem todos os níveis de governo e todos os setores de políticas governamentais, bem como a sociedade civil e o setor privado.

Um marco político de Envelhecimento Ativo pressupõe um conjunto de princípios para nortear a ação política. Os princípios descritos a seguir representam uma integração daqueles articulados pela OMS (1) e outros (124-127) para quem o Envelhecimento Ativo é uma construção útil para informar a ação política multi-setorial.

- 1) A atividade **não se restringe à atividade física ou à participação na força de trabalho**. Ser “ativo” abarca também o engajamento significativo na vida social, cultural, espiritual e familiar, bem como no voluntariado e em causas cívicas.
- 2) O Envelhecimento Ativo **se aplica a pessoas de todas as idades, inclusive idosos frágeis, com alguma deficiência e que precisam de cuidados, assim como idosos que são saudáveis e ativos**.
- 3) As **metas do Envelhecimento Ativo** são preventivas, restaurativas e paliativas e lidam com as necessidades de todo um espectro de capacidades e recursos individuais. Garantir a qualidade de vida de pessoas que não possam recobrar a saúde e o funcionamento é tão importante quanto estender a saúde e o funcionamento.
- 4) O Envelhecimento Ativo promove **a autonomia e a independência** assim como **a interdependência** - a troca recíproca entre indivíduos.
- 5) O Envelhecimento Ativo **promove a solidariedade intergeracional**, o que significa a distribuição justa dos recursos por todas as faixas etárias. Também recomenda que se preste atenção ao bem-estar de cada geração e para as oportunidades de encontro e apoio entre gerações.
- 6) O Envelhecimento Ativo combina **ação política “de cima para baixo” (top-down)** visando possibilitar e apoiar a saúde, a participação, a aprendizagem ao longo da vida e a segurança, com oportunidades para a **participação “de baixo para cima” (bottom-up)** – uma ação protagonista, de empoderamento dos cidadãos, de modo que façam as próprias escolhas e estejam integrados ao direcionamento das políticas.
- 7) O Envelhecimento Ativo é uma abordagem **baseada em direitos**, e não em

necessidades, que reconhece o direito das pessoas à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que se desenvolvem, amadurecem e envelhecem. Respeita a diversidade e cumpre todas as convenções, princípios e acordos de direitos humanos promulgados pelas Nações Unidas, com foco particular sobre os direitos das pessoas sujeitas à desigualdade e à exclusão ao longo da vida. Reconhece especialmente os direitos humanos da população idosa e os Princípios das Nações Unidas para o Idoso: independência, participação, dignidade, cuidado e auto-realização.

“O acesso à cidadania se torna limitado se a fragilidade, a doença, a deficiência e o isolamento reduzem a capacidade da pessoa de efetivamente exercer seu direito de tomar decisões.” (21)

Uma abordagem abrangente baseada em direitos produzirá serviços e estruturas que darão poder de decisão ao idoso. Resultará em um “desenvolvimento mais inclusivo, igualitário e sustentável” (128).

- 8) O Envelhecimento Ativo promove a responsabilidade individual pelo aproveitamento das oportunidades proporcionadas pelos direitos que são reconhecidos. Considera, entretanto, o requisito importante de não culpar indivíduos sistematicamente excluídos da sociedade que perderam oportunidades de escolhas saudáveis ao longo da vida, aprendizagem ao longo da vida, participação e assim por diante.

“Uma estratégia contemporânea e eficaz para o Envelhecimento Ativo se baseará na parceria entre o cidadão e a sociedade. Nessa

parceria, o papel do Estado é possibilitar, facilitar e motivar o cidadão e, quando necessário, fornecer proteção social de alta qualidade pelo tempo que for necessário.” (125)

Pilar 1. Saúde

O Envelhecimento Ativo adota a meta de melhorar a saúde da população e de reduzir as desigualdades de saúde para que se possa alcançar um pleno potencial de saúde ao longo da vida. Essa visão de saúde está firmemente enraizada no conceito e nas estratégias para a saúde articuladas ao longo de décadas pela OMS e universalmente consideradas como normativas. Saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” (129). É um recurso para a vida cotidiana. É uma “dimensão importante de qualidade de vida que se precisa alcançar não somente por meio dos serviços de saúde, mas também garantindo segurança e aprendizagem”, através de “paz, abrigo, educação, alimento, renda, estabilidade ecossistêmica, recursos sustentáveis, justiça social e igualdade” (16). Ao demandar ações de promoção à saúde, a Carta de Bangkok sobre a Promoção à Saúde demanda, inter alia, defesa baseada nos direitos humanos e na solidariedade, investimento nos fatores determinantes da saúde, práticas regulatórias para garantir o alto nível de proteção e o desenvolvimento da educação para a saúde como capacidade essencial (130).

A saúde é um investimento que paga dividendos por toda vida. Quanto mais cedo na vida se cultivar a boa saúde, mais prolongadas e substanciais são as recompensas, que se fazem perceber pela ausência de doença e maior capacidade funcional. Há evidências importantes de que fatores na infância e na adolescência têm grande impacto cumulativo sobre a saúde na velhice (131). Os idosos que mantêm a melhor saúde funcional na velhice são pessoas

que tiveram ótimos hábitos de saúde na meia idade (132). Além disso, há muitas evidências dos benefícios advindos da adoção de estilos de vida mais saudáveis, mesmo em idades bastante avançadas (133) - confirmando a máxima de que “nunca é tarde demais”.

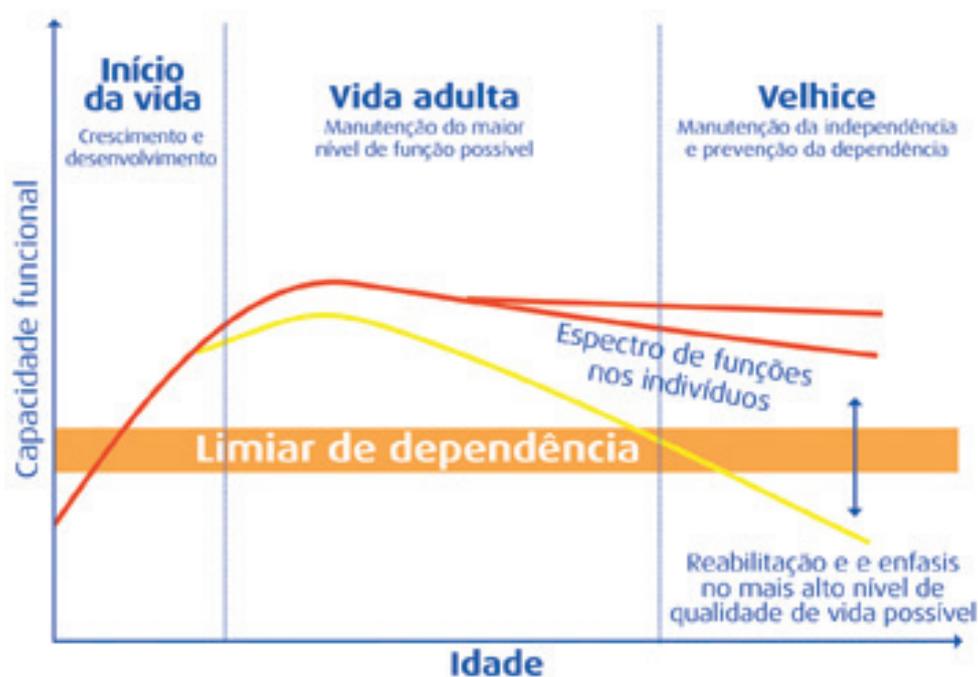
A importância da saúde mental e social para o Envelhecimento Ativo é frequentemente negligenciada. A saúde mental positiva é uma característica constante das pessoas de maior capacidade funcional de todas as idades. Evidencia-se por alguns traços distintos como auto-estima, a perspectiva positiva de vida, relações pessoais satisfatórias e habilidade de lidar bem com estresse (134,135). A saúde física e mental influenciam uma à outra, tanto positiva quanto negativamente. Apesar de a prevenção da doença e da deficiência serem a primeira linha de ação, o tratamento, o apoio e

o cuidado são acompanhamentos necessários à reabilitação e à preservação da qualidade de vida. As mudanças fisiológicas e funcionais, juntamente com o impacto de fatores externos ao longo do tempo, acabam por levar a maior ou menor deficiência. O cuidado apropriado e oportuno que minimiza as perdas beneficia indivíduos, famílias e a sociedade como um todo (136).

Uma Abordagem de Curso de Vida. O argumento do Envelhecimento Ativo ao longo do curso de vida com foco na saúde funcional foi apresentado graficamente por Kalache e Kickbusch (137), e pela OMS (1), com aprimoramentos de Kalache (21) para melhor incorporar o papel da promoção e da reabilitação para o Envelhecimento Ativo (Fig. 8).

Capacidade funcional ao longo do curso de vida. A Figura 8 mostra a trajetória da capaci-

Figura 8. Abordagem do curso de vida em relação ao Envelhecimento Ativo



(Fonte: Adaptado de Kalache e Kickbusch 1997 (138) e OMS 2002 (1))

dade física funcional ao longo do curso de vida desde o nascimento. A capacidade funcional aumenta e chega ao ápice no começo da vida adulta. É nesse ponto que a força muscular e as capacidades ventilatória e cardíaca estão em nível ótimo. Depois desse ponto, haverá declínio inevitável da capacidade funcional. A taxa de declínio é claramente influenciada pela idade, mas a afetam muito mais o estilo de vida e as variáveis externas, inclusive o acesso aos serviços de saúde - que podem ser modificadas. Se a predominância dessas condições pessoais e externas for favorável, a taxa de declínio será muito gradual e a pessoa continuará a ser capaz de realizar as atividades do dia-a-dia durante a velhice. Esse ideal de capacidade funcional robusta e sustentada leva à “compressão da morbidade” (139), na qual o inevitável declínio e a invalidez são comprimidos em um espaço muito curto de tempo imediatamente anterior à morte. Uma vida longa e independente com boa saúde é a conclusão ideal do modelo do Envelhecimento Ativo (ver Fig. 11 para possíveis trajetórias de fim da vida). Análises recentes das tendências de morbidade na população dos Estados Unidos e de outros países de alta renda (140) sugerem que a compressão da morbidade esteja de fato ocorrendo. Outros estudos, entretanto, indicam que esse ganho de expectativa de saúde nos países de alta renda está ameaçado pelo aumento do sedentarismo e da hipernutrição, levando a altas taxas de obesidade. No entanto, é importante mencionar que a compressão da morbidade não é, de forma alguma, o que ocorre com a vasta maioria da população dos países menos desenvolvidos (81).

Indivíduos que crescem pobres, subnutridos ou em bairros desfavorecidos e violentos, com poucas oportunidades educacionais, não alcançarão a capacidade funcional ótima. Sua capacidade funcional irá cair rapidamente durante uma vida caracterizada por empregos mal remunerados ou desemprego, circunstâncias de vida estressantes e poucas opções de saúde. Terão propensão para desenvolver doenças crônicas na meia idade e se tornar

incapacitados antes de alcançar a velhice. Na ausência de reabilitação e cuidado, ficarão cada vez mais doentes, mais incapacitados e em situação de risco extremo, até que morram, prematuramente - seguindo a linha amarela do gráfico.

O limiar da dependência. O limiar da dependência é o nível de impedimento no ambiente que transforma uma limitação funcional (como a visão diminuída ou um joelho enrijecido pela osteoartrite) em dependência ou deficiência. Um limiar alto aumenta a dependência. O planejamento urbano ruim, o transporte público inadequado, a informação de difícil acesso, as barreiras arquitetônicas, a falta de apoio social e as barreiras econômicas são questões que contribuem para a elevação desse limiar. Baixar o limiar reduzindo barreiras (por exemplo, pela melhora da iluminação e da sinalização, pelo estímulo à inclusão social e pela garantia da segurança econômica) permite que as pessoas com limitações mantenham sua funcionalidade. Intervenções que auxiliem as pessoas a manter suas funções, prevenir e controlar doenças e reverter ou retardar o declínio, bem como implementar planejamento e design amigável do idoso, são importantes para reduzir o limiar de dependência. Essa é a razão pela qual, no gráfico de capacidade funcional, o limiar não é representado por uma linha mas sim uma barra, o que significa que pode variar dentro de um intervalo; em outras palavras, duas pessoas diferentes com a mesma condição física podem levar vidas bem distintas: a primeira, uma vida independente (por estar em um ambiente favorável), a outra, tornando-se incapacitada por estar inserida em um ambiente adverso.

Pilar 2. Aprendizagem ao Longo da Vida

A globalização e as rápidas mudanças na expansão da economia de conhecimento fazem com que a informação seja, hoje, o commodity mais valioso. (141). O acesso à informação é, portanto, chave para o Envelhecimento

Ativo. A aprendizagem ao longo da vida é importante não somente para a empregabilidade, mas também para favorecer o bem-estar. É um pilar que sustenta todos os outros pilares do Envelhecimento Ativo. Nos instrumentaliza para permanecer saudáveis, relevantes e engajados na sociedade. Confere, portanto, poder de decisão e maior certeza de segurança pessoal. No nível social, pessoas bem informadas e capacitadas de qualquer camada social e de todas as idades contribuem para a competitividade econômica, o emprego, a proteção social sustentável e a participação dos cidadãos. A aprendizagem ao longo da vida, ao facilitar a prosperidade em geral, contribui significativamente para a solidariedade entre gerações. A OCDE considera a aprendizagem contínua um dos componentes mais importantes do capital humano em um mundo que está envelhecendo (142).

A aprendizagem sob o ponto de vista formal - isto é, a aquisição de conhecimento de forma estruturada com o objetivo de obter certificado ou diploma -, se concentra, tradicionalmente, nas primeiras décadas de vida. Contudo, a aprendizagem está sendo cada vez mais necessária durante a vida adulta, devido à especialização profissional, a mudanças de carreira ou simplesmente crescimento pessoal. Grande parte do desenvolvimento de habilidades adicionais acontece em situações informais, por meio de atividades planejadas como oficinas, cursos de curta duração e seminários. Por fim, a aprendizagem informal ou experiencial ocorre em todas as idades no cotidiano - em casa, no trabalho e nas atividades de lazer.

A necessidade de aprendizado é variada e constante ao longo do curso de vida. Paralelo à educação formal e às habilidades de leitura e escrita, a educação para a saúde é necessária para o auto-cuidado, a educação financeira é necessária para gerenciar renda e despesas e a educação tecnológica é necessária para estar plenamente conectado. Ficar desatualizado sobre os avanços tecnológicos pode fazer com que a pessoa não possa mais exercer

a profissão que aprendeu (por exemplo, um engenheiro do setor automotivo hoje precisa saber mais sobre eletrônica do que mecânica; há vinte anos, só precisava saber mecânica). A vulnerabilidade, em todos os aspectos, aumenta nas pessoas com baixo nível de escolaridade - um grupo em que, com frequência, preponderam minorias raciais e culturais, imigrantes, deficientes e idosos e, em muitos países, mulheres também.

A educação organizada de adultos após o fim da escolarização tende a se focar na aquisição de habilidades e conhecimentos relacionados ao trabalho e a se direcionar a pessoas em atividade na força de trabalho. A necessidade de uma abordagem mais inclusiva e estratégica feita especialmente para determinados grupos alvo no intuito de promover o Envelhecimento Ativo foi reconhecida pela Comissão Europeia (143), incluindo pessoas que deixaram a escola precocemente e imigrantes. Um modelo de curso de vida ainda mais abrangente para a aprendizagem de adultos pressupõe uma variedade de programas que atendam às necessidades de lidar com situações, de contribuir e de cultivar relacionamentos (ou seja, aperfeiçoamento pessoal) (144).

Pilar 3. Participação

Participação é muito mais do que simplesmente ter um trabalho remunerado. Significa engajamento em qualquer causa social, cívica, recreativa, cultural, intelectual ou espiritual que dê significado à vida e promova um sentimento de realização e de pertencimento. “Participar” sustenta a saúde positiva, por favorecer o engajamento e a fluência de experiências que podem ser intrinsecamente satisfatórias, conferindo um sentimento de ter propósito na vida e constituindo oportunidades para relações sociais positivas (134). Ter propósito na vida contribui para diminuir o risco de morte em pessoas de todas as idades (145). O engajamento social e intelectual está ligado à boa saúde - subjetiva (relatada pelos sujeitos) e objetivamente - desde a juventude até a velhice (146) e ao bom funcionamento

cognitivo na velhice (147). Trabalhar além da idade de aposentadoria é um fator de proteção contra a demência (148). Do ponto de vista coletivo, as pessoas engajadas na comunidade criam capital social que é constantemente associado à saúde e ao bem-estar dos indivíduos (149) e a grande participação no trabalho contribui para a prosperidade e para a receita pública.

Ao longo do curso de vida, o trabalho é um importante componente da participação. O emprego é fonte de segurança econômica, auto-estima, integração social, estabilidade social e saúde (150). Por outro lado, o desemprego cronicamente alto e o subemprego, especialmente alto entre adultos jovens em muitos países (151), representa um risco significativo a sua capacidade de envelhecer ativamente, com impacto negativo sobre a saúde (152) e a inclusão social (151).

A participação voluntária em organizações sem fins lucrativos, instituições de caridade e grupos comunitários é também muito importante para a qualidade de vida individual e da sociedade como um todo. Reconhecido pela ONU como grande fonte de empoderamento, cidadania e desenvolvimento humano (153), o valor econômico do trabalho voluntário em 36 países (mais ou menos desenvolvidos) é estimado em 400 bilhões de dólares ao ano (153). Pessoas de todas as idades se voluntariam e ser voluntário na juventude aumenta a probabilidade de ser durante a vida adulta (154). Apesar de proporcionalmente menos pessoas serem voluntárias, não raro por questões de saúde, voluntários idosos doam muito mais horas do seu tempo do que qualquer outra faixa etária (155).

A participação ativa de todos os cidadãos em todos os níveis dos processos de tomada de decisões da sociedade mantém robusta a democracia, aumenta a capacidade de resposta das políticas e dá poder aos indivíduos. As pessoas que têm mais recursos - aquelas que têm melhor educação formal, renda mais alta e redes sociais mais extensas e são adultos

maduros - participam mais na vida política e social (156). Os indivíduos que se engajam em atividades cívicas na juventude tendem a manter esse engajamento ao longo da vida (154). Encorajar a participação cívica intensa desde a juventude, por meio de órgãos como associações voluntárias de jovens, se tornará cada vez mais importante para garantir que venham a ter sua voz ouvida em um diálogo saudável entre gerações acerca de questões sociais (157). Ter acesso à Internet também está associado com o engajamento cívico (158). Promover a inclusão digital por meio do acesso à Internet e do treinamento pode ser uma forma de facilitar a participação de pessoas que foram excluídas da vida cívica.

Pilar 4. Segurança/Proteção

A segurança é a mais fundamental das necessidades humanas. Na ausência dela, não podemos desenvolver plenamente nosso potencial nem envelhecer ativamente. A falta de segurança tem efeito corrosivo sobre a saúde física, o bem-estar emocional e o tecido social. Ameaças à segurança no nível social incluem os conflitos, os efeitos das mudanças climáticas, os desastres naturais, as epidemias, o crime organizado, o tráfico de pessoas, a vitimização criminal, a violência, o abuso e a discriminação interpessoal, bem como o declínio econômico e financeiro repentino e/ou prolongado (159). No nível do risco individual, há a doença, as mortes na família, os períodos de desemprego ou invalidez e a migração para fora da terra natal. Formas intensas e crônicas de estresse geradas pela incerteza quanto à segurança podem levar a problemas de saúde mental, com risco mais alto para mulheres, adolescentes, idosos e pessoas com deficiências (160). A insegurança alimentar está associada a problemas de desenvolvimento nas crianças e a doenças crônicas nos adultos (161). As pessoas cuja segurança está sujeita a maior risco são aquelas com menos poder na sociedade - crianças e jovens, mulheres, idosos, imigrantes e pessoas portadoras de deficiências. O Fundo Fiduciário da ONU para Segurança e Proteção de-

fende “estar livre do medo, da necessidade e ter a liberdade de viver com dignidade” (159).

A maioria dos idosos do mundo não tem segurança de renda. Não têm muita opção senão continuar a trabalhar, muitas vezes em empregos com baixa remuneração ou em atividades de subsistência. Um grande número de mulheres nunca teve o privilégio de ter um emprego remunerado na vida e são relegadas na velhice a “viver nas sombras”. Além disso, o cuidado à saúde, o cuidado de longo prazo e os serviços sociais são inadequados ou não existentes na maioria dos países, embora a situação esteja melhorando em vários países de renda média (162). Esses países, ao reconhecer que os programas de proteção social promovem o desenvolvimento humano, a estabilidade política e a prosperidade inclusiva, estão estabelecendo ou expandindo seus sistemas de proteção social para o benefício de cidadãos de todas as idades (163). Ao mesmo tempo, há debates nos países mais desenvolvidos sobre a diminuição das provisões

de segurança de renda e sobre o equilíbrio do investimento público entre saúde e segurança de renda (100).

A segurança cultural (164) é uma forma de segurança humana que está recebendo cada vez mais atenção. Populações marginalizadas cujo patrimônio é ameaçado, destruído, negado por conflitos ou opressão, ou perdido, devido à globalização e à migração, são vulneráveis ao enfraquecimento dos laços sociais e impactos negativos à saúde (165, 166). Favorecer a identidade cultural e negociar relações harmoniosas entre majorias e minorias em ambientes cada vez mais multiculturais é importante tanto para a segurança dos indivíduos quanto das comunidades.

Políticas eficazes que abordem esses quatro pilares do Envelhecimento Ativo aumentarão enormemente a capacidade dos indivíduos de obter os recursos necessários à resiliência e ao bem-estar pessoal durante o curso de vida. A constituição biológica, os comportamentos pessoais e as disposições psicológicas influenciam sobremaneira o desenvolvimento da resiliência, mas, por sua vez, são moldados por fatores determinantes externos - a maioria dos quais é muito afetada por decisões políticas.



SEÇÃO IV:
**DETERMINANTES
DO ENVELHECIMENTO
ATIVO - CAMINHOS
PARA A
RESILIÊNCIA**

SEÇÃO IV: DETERMINANTES DO ENVELHECIMENTO ATIVO - CAMINHOS PARA A RESILIÊNCIA

Em 2002, no intuito de esclarecer os fatores múltiplos e interativos que determinam se a pessoa envelhece ativamente ao longo da vida ou não, a OMS promulgou um conjunto inter-relacionado de Fatores Determinantes do Envelhecimento Ativo (Fig. 9). A cultura e o gênero foram considerados como fatores determinantes abrangentes e transversais que

moldam as pessoas e o meio em que estão inseridas ao longo da vida. Os fatores determinantes e os comportamentos pessoais são específicos de cada pessoa. O ambiente físico - os fatores determinantes sociais, econômicos, de saúde e de serviço social - constituem os fatores contextuais.

Figura 9. **Determinantes do Envelhecimento Ativo**



(Fonte: OMS 2002 (1))

Todos os fatores determinantes interagem e formam uma rede dinâmica de condições de proteção que podem tanto favorecer o desenvolvimento de reservas para respostas resilientes, quanto criar riscos que impeçam o desenvolvimento dessas reservas ou as destruam completamente. Resumidamente, o Envelhecimento Ativo é a interação dinâmica, que ocorre durante toda a vida, entre risco e proteção na pessoa e no ambiente. Ao mesmo tempo, cada fator determinante também

influencia individualmente o Envelhecimento Ativo.

Embora haja uma quantidade cada vez maior de pesquisas baseadas em dados de estudos longitudinais sobre muitos dos fatores determinantes, ainda há uma compreensão limitada de como eles interagem ao longo da vida. Embora mais evidências estejam surgindo nos países de média renda, especificamente

do Estudo sobre Envelhecimento e Saúde do Adulto realizado pela OMS (161), a maioria das pesquisas sobre os fatores determinantes do Envelhecimento Ativo continua sendo feita na América do Norte e na Europa.

Cultura

Cultura se refere aos significados compartilhados de uma sociedade que evoluem historicamente e que se expressam nas tradições, na expressão artística, na língua, nos rituais e nas expectativas sobre o comportamento individual e do grupo. A cultura influencia todos os aspectos da vida: o que e quando as pessoas comem, como percebem o corpo e as práticas que usam para manter a saúde e tratar a doença. Estrutura o papel das mulheres e dos homens e também as ideias sobre a posição e o valor das pessoas de diferentes idades, classes sociais e outras entidades culturais e raciais. Relacionamentos em família, arranjos de moradia e expectativas de cuidado em todas as etapas da vida são culturalmente determinados. A cultura também confere às pessoas sentimentos de identidade, continuidade e pertencimento que podem fortalecê-las em tempos difíceis.

A opressão cultural colonial teve efeito devastador sobre a integridade social e o bem-estar individual dos povos indígenas (165). As políticas de saúde e serviço por e para povos aborígenes cada vez mais se focam na garantia da “segurança cultural” (ou seja, abordagens que afirmem a cultura e deem poder de decisão aos indivíduos que se identifiquem com ela) (164). A globalização ameaça o patrimônio cultural em muitas regiões do mundo, levando a demandas de inclusão do patrimônio cultural na agenda do desenvolvimento global sustentável (166). A migração extensa está criando uma crescente diversidade de culturas em uma mesma sociedade, o que às vezes estimula a tolerância e a sensibilidade cultural, mas por vezes também leva ao atrito entre grupos e à exclusão social. Aplicar o conceito de segurança cultural de maneira mais ampla no contexto de um mundo glo-

balizado, pós-colonial e multicultural pode fazer com que se considere a cultura como perspectiva essencial para o desenvolvimento e a implementação de políticas.

Comportamentos de saúde variam amplamente nas diferentes culturas. É notório que dietas mais vegetarianas, como os padrões alimentares tradicionais da cultura mediterrânea (167) e de muitas culturas asiáticas (168), são mais saudáveis ao longo da vida do que as dietas ricas em gorduras saturadas, mais típicas da América do Norte e de partes da Europa. A Ioga (169), o Tai-chi-Chuan (170) e a meditação (171) são práticas de auto-cuidado eficazes no manejo do estresse e/ou na melhora da função física que são amplamente utilizadas em partes da Ásia. O comportamento de busca por ajuda e os remédios aceitos durante a doença também variam. Muitos imigrantes, em especial os idosos, retomam o uso de práticas e remédios tradicionais, muitas vezes em combinação com os tratamentos encontrados no país que os recebeu (172) e podem ainda ter necessidades de saúde não atendidas devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde do país onde vivem (173).

A cultura influencia os mecanismos de enfrentamento e resposta adotados ao longo da vida. Determinados grupos abordam problemas particulares de maneira diferente. Algumas culturas são vistas como mais individualistas. Considera-se que enfatizam mais a ação pessoal para solucionar problemas e questionem as respostas coletivas como a espiritualidade, o apoio e reavaliação social (174).

A discriminação a que estão sujeitas as minorias culturais e os grupos raciais em uma sociedade pode claramente resultar em exclusão e prejuízo à auto-estima. A cultura, entretanto, pode também funcionar como uma proteção diante da injustiça, se conferir um forte sentimento de identidade étnica e poder de decisão em relação a outros grupos (175). A incorporação da segurança cultural nas políticas pode contribuir significativamente para fortalecer a resiliência.

Há uma tradição de cuidado familiar em todas as sociedades. Em algumas culturas, a expectativa é de que a família se responsabilize completamente pelo cuidado dos idosos. Os arranjos de moradia que incluem a família estendida são a norma em muitos países. Há evidências de que esses arranjos estejam mudando, embora o apoio familiar permaneça forte (176). A urbanização, a modernização, as mudanças na estrutura familiar e a participação das mulheres na força de trabalho assalariado estão corroendo o arranjo multi-geracional dos lares (115). Em certas sociedades, tanto os idosos quanto os filhos adultos valorizam muito a independência e mantêm a “proximidade à distância”. Cada padrão tem implicações para o auto-cuidado, para o planejamento financeiro ao longo da vida, para as aspirações pessoais de meninas e mulheres além do papel de cuidadoras, para os tipos preferidos de casa e de arranjos de moradia e para o papel da sociedade no apoio aos cidadãos idosos. A norma de responsabilidade filial também influencia a experiência pessoal de cuidar. De acordo com um estudo com cuidadores de famílias chinesas e caucasianas, os cuidadores chineses apresentavam melhor saúde e bem-estar - subjetiva (por eles relatado) e objetivamente - pois consideravam o cuidar como uma atribuição “normal” e valorosa (177).

A cultura do cuidado familiar está sendo cada vez mais desafiada. Há um número crescente de idosos dependentes e uma quantidade cada vez menor de familiares disponíveis para cuidar deles. Cuidadores exauridos e com restrições de tempo - principalmente mulheres - podem se rebelar contra o “dever” de ter que cuidar de uma quantidade de parentes - por exemplo, tios e tias solteiros ou sem filhos, além dos próprios pais. A mudança das estruturas familiares e a migração também fazem com que haja mais pessoas envelhecendo sem qualquer família imediatamente disponível. Relações familiares com configurações diferentes estão surgindo com expectativas completamente novas (por exemplo, casais

que moram em casas separadas ou laços de cuidado com familiares que não são filhos) (178). Em alguns países, a tendência é ter a expectativa de assistência de cuidadores profissionais e em outros a preferência é pelo cuidado de algum membro da família (179). À medida que a demanda por cuidado aumenta (179), os governos irão continuar a contar com um grande envolvimento de indivíduos e de cuidadores familiares não remunerados. Será necessário fazer mais ajustes para garantir maior suporte público. Um consenso internacional, contudo, está surgindo em torno da necessidade de se ter uma visão de cuidado enquanto responsabilidade social de fato compartilhada. Esse consenso se articulou na Declaração do Rio “Além da Prevenção e Tratamento: Desenvolvendo uma Cultura do Cuidado em resposta à Revolução da Longevidade” (180).

Edaísmo. Todas as culturas expressam crenças sobre o envelhecimento e sobre os idosos, tanto positivas quanto negativas. Esses estereótipos influenciam as atitudes e os comportamentos em relação ao próprio envelhecimento e aos idosos, tanto como grupo quanto como indivíduos. A categorização cultural das pessoas com base na idade impede o Envelhecimento Ativo de várias formas. No nível individual, as pesquisas mostram que a percepção negativa do envelhecimento tem efeito prejudicial sobre a auto-estima e o sentimento de controle (181,182) e desencoraja ações para controlar doenças crônicas (183). Outra pesquisa mostra que a internalização dos estereótipos negativos da velhice pode ser prejudicial ao desempenho dos idosos (184). Um estudo longitudinal concluiu que a percepção sobre o envelhecimento influencia a saúde funcional na velhice (185). Outro estudo relatou que pessoas com uma percepção negativa do envelhecimento viviam 7,5 anos menos do que aquelas que tinham uma visão mais positiva do envelhecimento (186). O desconforto pessoal com o envelhecimento pode levar à negação e a tentativas de esconder a própria idade por meio de produtos de beleza e dos chamados “anti-envelhecimento”, cirurgias

plásticas e outras fórmulas mágicas. As taxas de cirurgia plástica aumentaram em paralelo ao envelhecimento populacional (187) e os Estados Unidos e o Brasil foram os líderes mundiais em número de cirurgias estéticas em 2013 (188).

A discriminação por causa da idade e de outras características sociais é cada vez mais reconhecida como um fator de risco para a saúde (189), pois limita o acesso a outros fatores determinantes, como recursos econômicos e serviços. As ações discriminatórias variam desde a exclusão até a recusa de serviços, a negligência e a violência. Como outros preconceitos, como o racismo e o sexismo, o edaísmo ignora tanto as diferenças quanto as semelhanças entre os grupos - nesse caso, entre os idosos e os jovens (190). O design é um desses exemplos. Desconsiderar uma perspectiva significativa para pessoas idosas no processo de planejamento urbano leva à exclusão. Os idosos consultados sobre o planejamento urbano em 33 cidades do mundo para o *Guia Cidade Amiga do Idoso da OMS* (2007) relataram consistentemente que os sinais de trânsito para pedestres eram breves demais e que havia um número insuficiente de bancos para que os pedestres pudessem descansar (14). Outro exemplo é a dificuldade em lidar adequadamente com as diferenças de idade na área das políticas. O relatório da OMS *Idosos em Situações de Emergência: Uma Perspectiva do Envelhecimento Ativo* (2008) (191) identificou emergências naturais e relacionadas a conflitos nas quais as respostas políticas não levaram em consideração vulnerabilidades específicas mais comuns em idosos, como as limitações de mobilidade e a maior suscetibilidade às variações de temperatura. A discriminação por causa da idade pode ser encontrada em todo tipo de situação. Manifesta-se no local de trabalho na relutância de contratar e treinar trabalhadores idosos e nas políticas de aposentadoria compulsória com base na idade. No cuidado à saúde, se evidencia na falsa crença de que as doenças são menos tratáveis na velhice, resultando na limitação do acesso a serviços diagnósticos e

a intervenções (79).

Gênero. As expectativas sobre homens e mulheres desde o nascimento determinam as oportunidades e os riscos para o Envelhecimento Ativo em todas as áreas da vida. Apesar dos avanços importantes em vários países nas últimas décadas, ainda há disparidades significativas entre homens e mulheres. O acúmulo dessas discrepâncias tem forte impacto sobre a saúde e o bem-estar dos idosos de várias maneiras e consequências enormes para a sociedade em geral.

As mulheres e o envelhecimento. O discurso dominante em quase todas as culturas é o de superioridade masculina. Tem inevitavelmente um efeito importante sobre as mulheres, agravado ainda por outras condições como a pobreza, a invalidez e o próprio processo de envelhecimento. Conforme documentado pelo Fórum Econômico Mundial (192), as mulheres estão em variados graus de desvantagem em todos os países e em todas as áreas da vida - participação econômica e oportunidades, grau de escolaridade, saúde e sobrevivência e poder de decisão política. Especialmente em regiões mais desenvolvidas, houve progresso substancial, mas as desigualdades de gênero persistem em todo o mundo (193). Mesmo em alguns países de alta renda há situações recentemente relatadas de aumento de desigualdade: na Austrália, por exemplo, as mulheres estão ganhando 81,8 centavos para cada dólar que os homens ganham, nos mesmos postos e ocupações, abaixo dos 85,1 centavos que ganhavam há dez anos (194).

O relatório da OMS sobre *Mulheres, Envelhecimento e Saúde* (2006) apresenta várias desigualdades específicas de gênero (195).

- Meninas e mulheres podem ter menos acesso a alimentos nutritivos, a atividades físicas que promovam a saúde e a sono adequado.
- Meninas e mulheres têm menos acesso à educação e a oportunidades de participação e desenvolvimento pessoal fora de casa.

- Na educação formal e no mercado de trabalho, os estereótipos de gênero restringem as escolhas de carreira da mulher, o nível de aspiração, o salário e a renda após a aposentadoria.
- As mulheres podem não ter direito de herdar os bens da família nem de conseguir um acordo justo por ocasião do divórcio.
- As expectativas com relação ao tradicional papel de cuidadora da mulher na família muitas vezes limita as possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional fora de casa, assim como a segurança financeira atual e futura.

O cuidado, especialmente o cuidado de longo prazo de pessoas com incapacidade, é, em sua maioria, realizado por mulheres e tem consequências importantes para a saúde (196). Meninas e mulheres têm maior probabilidade de sofrer violência doméstica e abuso sexual do que meninos e homens (197). As mulheres sofrem discriminação no acesso à saúde; por exemplo, as mulheres não têm o mesmo acesso do que os homens a muitos serviços e intervenções especializados (195,198).

Diferenças biológicas relacionadas ao envelhecimento e ao sexo, agravadas pelo impacto cumulativo das desigualdades sociais ao longo da vida, levam a maiores taxas de morbidade e incapacidade. Por exemplo, uma análise transversal recente de dados internacionais concluiu que a baixa idade materna quando do nascimento do primeiro filho está ligada a uma maior prevalência de doença crônica e ao pior desempenho físico na velhice (199). No âmbito mundial, embora 40% de todos os homens e mulheres acima dos 60 anos vivam com alguma deficiência (200), mais mulheres apresentam problemas de mobilidade, incontinência, lesões relacionadas a quedas, demência e depressão (195).

As mulheres, com maridos mais velhos de cuja renda dependem, têm muito mais pro-

habilidade de ficar sozinhas e pobres na velhice. É comum que mulheres idosas vivam sozinhas, com uma baixa renda, muitas vezes com doenças crônicas e deficiências e, portanto, sejam socialmente isoladas e vulneráveis. Mulheres de idade avançada são o grupo populacional que demanda mais cuidados da comunidade (201). Um fator de proteção contra o isolamento das mulheres, entretanto, é o vínculo mais estreito com familiares e, em geral, uma rede maior de amigos em comparação com os homens (202).

Os homens e o envelhecimento. Embora desfrutem mais das vantagens sociais e econômicas que favorecem o Envelhecimento Ativo do que as mulheres, a socialização dos homens que estimula, na maioria das culturas, ser “masculino” (ou seja, forte e auto-suficiente) traz vários riscos ao bem-estar físico, social e mental (203). O fato de os homens se exporem a risco mais frequentemente ao longo da vida é uma das explicações para sua expectativa de vida mais baixa em comparação a das mulheres, apesar de suas melhores condições sócio-econômicas (203). De acordo com a ONU, as mulheres vivem 4,5 anos mais do que os homens em todo o mundo (204). Os homens têm maior probabilidade de consumir álcool em excesso (205), fumar (206), utilizar drogas ilícitas (207) e se envolver em acidentes de trânsito (208). Os homens são as vítimas mais frequentes de violência fora de casa. No Brasil em 2013, 22 em cada 1000 homens jovens entre 15–24 anos morriam antes de completar 25 anos, comparado com 12 em cada 1000 mulheres jovens na mesma faixa etária (209). Em praticamente todas as regiões do mundo, os homens acima dos 60 anos apresentam a maior incidência de suicídio com taxas aumentando progressivamente a cada década (210). Alguns estudos mostram que os homens relutam mais a buscar ajuda para lidar com problemas de saúde (203). Em um levantamento randomizado de adultos australianos, os homens tinham consideravelmente menos probabilidade do que as mulheres de buscar informações de saúde e de se responsabilizar pela própria saúde (211). Esforços para

direcionar informações e serviços de saúde para os homens estão aumentando nos países mais desenvolvidos (212). De acordo com a avaliação dos mesmos, os que se provarem mais eficazes, poderão ser mais amplamente implementados.

A transição para a aposentadoria pode ser mais difícil para os homens, uma vez que a identidade do homem pode depender mais da sua ocupação e os relacionamentos fora da família podem ser principalmente relacionados ao trabalho (213). Os homens em geral mostram mais resistência em participar de organizações e atividades voltadas para os idosos, mas a probabilidade de que participem aumenta quando a oferta se adequa aos interesses específicos e à experiência profissional (214). Os homens costumam cultivar menos as relações sociais com familiares e amigos, tendendo a delegar ao cônjuge esse papel (215). Viúvos idosos têm maior chance do que as viúvas de se casar novamente, possivelmente porque tenham menos companheirismo com iguais do que as viúvas e também porque tenham mais recursos financeiros (202). O isolamento social dos homens idosos reflete uma relutância em se envolver com os outros, e os riscos de isolamento são mais altos para os homens divorciados e para os que nunca se casaram (214).

“A natureza transformadora do envelhecimento populacional global exige que todas as sociedades criem novos arcabouços conceituais. Faz-se necessária uma total reavaliação sobre quem somos, como nos relacionamos com nossa vida prolongada, uns com os outros como homens e mulheres - como seres humanos. Precisamos continuar a aprofundar e expandir nossa compreensão

sobre gênero por meio da colaboração interdisciplinar e intersetorial. Nossa sagacidade para inovação dentro da diversidade cultural que se apresenta permite atualizar essa visão de diferentes maneiras. Quando a igualdade de gêneros é realmente aceita, as aptidões, experiências e recursos de mulheres e homens de todas as idades serão reconhecidos como um patrimônio intrínseco de uma sociedade plenamente coesa, enriquecedora, produtiva e sustentável.” (216)

Determinantes Comportamentais

O comportamento individual tem papel direto e significativo no Envelhecimento Ativo. O comportamento saudável promove uma vida mais longa, uma capacidade funcional ótima e bem-estar, enquanto que o comportamento não saudável aumenta o risco de mortalidade, doença e incapacidade. As principais doenças crônicas no mundo - doença cardiovascular, hipertensão arterial, câncer e diabetes tipo II - têm relação causal com quatro fatores de risco ligados a estilos de vida: tabagismo, sedentarismo, maus hábitos alimentares e consumo de álcool (217). Os comportamentos relacionados à saúde são fundamentais para o desenvolvimento da resiliência uma vez que contribuem com a energia, a força, a resistência a doenças e lesões e com uma disposição mais positiva. Contudo, a vigilância dos comportamentos relacionados à saúde na velhice é deficitária (218), apesar do fato de que as intervenções de promoção de saúde também possam ser benéficas e ter boa relação custo-benefício na velhice (140,219).

Embora esses comportamentos sejam individualistas e dependam de decisões pessoais,

eles são fortemente influenciados por fatores determinantes legais, fiscais, sociais e econômicos. Considerar que a responsabilidade de adotar “estilos de vida mais saudáveis” cabe exclusivamente ao indivíduo em situação de desvantagem é o mesmo que culpar a vítima. Jurisdições com melhores históricos de comportamentos de saúde são aquelas em que se implementaram políticas no nível populacional que, nas palavras da *Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde*, “tornam as escolhas saudáveis as mais fáceis” (16).

As intervenções no nível populacional podem ser complementadas por medidas de promoção de saúde bem projetadas e direcionadas ao nível individual. Um estudo sistemático de revisão da literatura (220) constatou que as intervenções de promoção de saúde mais eficazes a curto prazo e direcionadas ao nível individual foram as que ocorreram em ambiente escolar ou de trabalho e que incluíram orientações dadas por um médico e aconselhamento individual. A mesma revisão concluiu que mais pesquisas são necessárias para determinar as intervenções eficazes a longo prazo e que apresentam os melhores resultados em grupos onde há desigualdade no que diz respeito à saúde. É necessário que se realizem estudos longitudinais sobre a eficácia das intervenções na velhice que também considerem a inter-relação dos determinantes de saúde ao longo do curso de vida (221).

Tabaco. O tabagismo, globalmente principal causa evitável de morte no mundo, responde por cinco milhões de mortes em todo o mundo, a cada ano, entre as pessoas acima dos 30 anos; ou seja, uma pessoa a cada seis segundos (222). É fator de risco para vários tipos de câncer, como os de pulmão, bexiga e boca, doença cardíaca, acidentes vasculares, doença obstrutiva pulmonar crônica, osteoporose, catarata, artrite reumatoide, perda de dentes, diabetes tipo II, enfraquecimento do sistema imunológico em geral (223) e demência (224). O tabagismo também está relacionado ao declínio cognitivo da meia idade à velhice (225). Os efeitos nocivos são maiores para o

A História de Sucesso do Controle do Tabaco no Brasil

O Brasil, por meio de políticas fortes e progressivas de controle do tabaco, reduziu o tabagismo em adultos de 34,8% em 1989 para 18,5% em 2008 e 14,7% em 2013 (406). Entre as intervenções estão:

- Proibição total do fumo em ambientes públicos fechados;
- restrições à propaganda de cigarros;
- aumentos graduais dos impostos sobre os produtos do tabaco;
- rótulos nos maços de cigarro com advertências pictóricas explícitas e informações sobre onde conseguir ajuda para deixar de fumar;
- disseminação pública de informações sobre como parar de fumar e sobre os tratamentos disponíveis para tal;
- proibição do uso de aditivos e aromatizantes em todos os produtos do tabaco.

fumante, mas os fumantes passivos também sofrem consequências negativas (226).

De acordo com a OMS (227), a proporção entre homens e mulheres tabagistas é, em média, de quatro para um, embora haja grande variação entre países. As taxas de tabagismo caíram significativamente em alguns países desenvolvidos, mas permanecem obstinadamente altas em muitos países menos desenvolvidos, especialmente entre os homens. No Egito, 39% dos homens e 0,4% das mulheres são fumantes. Na China, 57% dos homens e 2,6% das mulheres fumam e na Rússia, os fumantes são 60% de homens adultos e 15% de mulheres adultas. As normas culturalmente impostas protegem as mulheres do tabagismo

em muitos países menos desenvolvidos. A diminuição da desigualdade de gênero e a propaganda da indústria do tabaco direcionada às mulheres, entretanto, podem fazer com que as taxas de tabagismo aumentem na população feminina, como foi o caso em países mais desenvolvidos na segunda metade do século XX.

Na maioria das regiões, o tabagismo está associado com graus mais baixos de escolaridade e de renda, especialmente entre homens (228). As pessoas com menor grau de escolaridade e renda podem ter menos consciência do mal que o tabagismo faz à saúde, podem usá-lo como meio de gerenciar o estresse, ou fumar porque entendam que esse é um dos poucos prazeres de uma vida tão difícil. É menos provável que o ambiente social em que estão inseridas apoie a esforço de parar de fumar. A trágica ironia é que o tabaco não só prejudica a saúde, mas também custa caro, ou seja, deixa mais pobres os que já o são.

Alimentação saudável. Há amplo consenso científico de que uma dieta saudável em qualquer idade consiste em uma variedade de grãos integrais de alto teor nutricional, frutas e vegetais, leite e derivados com baixo teor de gordura, proteínas com baixo teor de gorduras saturadas e quantidades limitadas de carnes vermelhas, sal e açúcares (229). As mulheres pós-menopausa precisam de mais cálcio e vitamina D para minimizar a perda óssea (230). Embora se saiba muito sobre a alimentação saudável, o sobrepeso e a obesidade tomaram proporções epidêmicas. Essas são grandes preocupações nos países desenvolvidos e a prevalência está aumentando rapidamente nas regiões menos desenvolvidas, particularmente nas áreas urbanas. De 1980 a 2013, a prevalência global de sobrepeso e obesidade (índice de massa corporal acima de 25) subiu de 28,8% para 36,9% nos homens e de 29,8% para 38,0% nas mulheres (231). O preço muitas vezes mais alto dos alimentos mais saudáveis e nutritivos é um fator que dificulta a mudança dos hábitos alimentares - uma dieta branca (rica em açúcar, grãos refinados,

amido, sal, gordura e álcool) é muito mais barata do que a seleção mais saudável que “traz cor à mesa”.

A obesidade, em específico, é fator de risco para a diabetes tipo II, a hipertensão, a doença cardíaca, alguns tipos de câncer e a osteoartrite (232). As patologias crônicas relacionadas à obesidade dobraram desde 1990 (232) e é possível que os ganhos em aumento da expectativa de vida sejam perdidos em consequência de obesidade (81). De fato, alguns estudos já preveem uma perda de anos de expectativa de vida devido à obesidade (233). O estilo de vida urbano é mais sedentário e os alimentos processados, ricos em gordura, sal e calorias, mas pobres em nutrientes, estão amplamente disponíveis como resultado da globalização dos mercados. A obesidade combinada à desnutrição é mais prevalente em pessoas de condição sócio-econômica mais baixa porque os alimentos processados são baratos, trazem saciedade e há muita propaganda para vendê-los. Nos países menos desenvolvidos, as mulheres estão sujeitas a maior risco, pois apresentam taxas mais altas de obesidade do que os homens. Nos países mais desenvolvidos, homens e mulheres estão sujeitos a riscos igualmente altos. Em toda a África Subsaariana (234) e em alguns países asiáticos, como a Índia (79), a subnutrição representa o maior risco de mortalidade.

A desnutrição e o baixo peso são motivo freqüente de preocupação, especialmente em relação a idosos que vivem sozinhos na comunidade e os internados em hospitais e instituições de cuidado de longa duração, inclusive em países mais desenvolvidos (235). As causas são várias e incluem as perdas relacionadas ao envelhecimento do paladar, olfato e saciedade, o déficit cognitivo, as incapacidades físicas, problemas dentários que causam dificuldade em se alimentar, efeitos colaterais de alguns medicamentos, doenças crônicas e depressão (235). Idosos que vivem em suas próprias comunidades podem comer mal devido ao isolamento social e à pobreza (235). A ingestão inadequada de nutrientes

contribui para a fragilidade, as quedas, o enfraquecimento do sistema imunológico, a cicatrização ruim e a depressão (236). Cerca de 23% da população mundial é muçulmana (237), religião de acordo com a qual todos os fiéis, com algumas exceções, devem jejuar durante o dia no mês do Ramadã. Jejuar pode ser prejudicial à saúde dos muçulmanos idosos com problemas significativos de saúde (em especial aqueles com diabetes ou que são frágeis) na ausência de orientações adequadas de segurança por parte dos serviços de saúde (238).

Atividade física. Os benefícios abrangentes, e de impacto ao longo de toda a vida, da atividade física regular em todas as idades para a saúde física, cognitiva e mental estão bem estabelecidos. O exercício é uma das ações mais importantes para promover o Envelhecimento Ativo. Nunca é tarde demais para colher os benefícios da atividade física. Ela reduz os riscos de doença cardíaca e acidentes vasculares, diabetes, câncer, depressão, quedas e declínio cognitivo; preserva a mobilidade, a força muscular, a resistência, a força óssea, o equilíbrio e a coordenação (239). Um grande estudo longitudinal com homens noruegueses concluiu que 30 minutos de qualquer atividade física seis dias por semana estão associados a uma redução de 40% da mortalidade acima dos 70 anos. Mostrou também que aumentar a atividade física é tão benéfico quanto parar de fumar para reduzir o risco de mortalidade (240).

O nível de atividade física está, contudo, caindo em todas as idades e no mundo inteiro como resultado do estilo de vida cada vez mais sedentário (231). Os níveis de atividade física são mais baixos nas mulheres do que nos homens (195) e são mais baixos na velhice em ambos os sexos (241). De acordo com o *Guia Cidade Amiga do Idoso da OMS*, algumas características do meio urbano desencorajam a caminhada ao ar livre (14), como o tráfego intenso, a má qualidade do ar, a violência e a ausência de calçadas, parques ou estruturas recreativas. Políticas

que encorajam o uso do carro particular em lugar do transporte ativo também prejudicam a atividade física saudável.

Sono. O sono adequado é uma contribuição ao Envelhecimento Ativo pouco valorizada. Dormir regularmente duas horas a menos do que as oito horas recomendadas aumenta o risco de obesidade, diabetes e doença cardiovascular e reduz a resistência a infecções, além de prejudicar a aprendizagem, a memória e a resolução de problemas. Dormir cinco horas ou menos por noite pode aumentar o risco de mortalidade em até 15% (242). Pesquisas em países mais desenvolvidos mostram que a duração média do sono nos adultos diminuiu de oito para sete horas e que as queixas de dificuldade para dormir aumentaram. Desempregados e pessoas com condição sócio-econômica mais baixa relatam mais problemas de sono do que outros grupos (243). Pessoas que trabalham de noite ou em sistema de plantão têm mais risco de desenvolver problemas de saúde a longo prazo, inclusive doença cardiovascular (244). É comum que os idosos tenham dificuldade de dormir adequadamente devido às mudanças normais relacionadas ao envelhecimento e também a patologias que causam distúrbios secundários do sono, como a osteoartrite e a próstata aumentada. Um estudo recente com pessoas acima dos 50 anos em seis países mostrou uma associação positiva entre o desempenho cognitivo, a duração do sono de seis a nove horas e a boa qualidade de sono relatada pelo sujeito (245). Os adultos que já sofrem privação crônica de sono podem ter menor resiliência e maior suscetibilidade a doenças à medida que envelhecem.

Sexo seguro. É provável que os *baby boomers*, gerontolescentes de agora, sejam mais ativos sexualmente do que seus pais. Têm uma melhor condição de saúde, são mais frequentemente solteiros ou divorciados, sexualmente mais liberais do que as gerações anteriores e têm acesso a medicamentos que melhoram a experiência sexual, como o citrato de sildenafila. De acordo como um le-

vantamento da AARP (Associação Americana de Pessoas Aposentadas) (246), a maioria dos participantes americanos de meia idade ou mais velhos diz que o sexo é importante para a qualidade de vida e cerca de um terço relata fazer sexo ao menos uma vez por semana. O mesmo levantamento também revelou que somente uma minoria dos solteiros sexualmente ativos usa preservativo. A atividade sexual sem proteção e a sobrevivida mais longa das pessoas infectadas pelo HIV estão fazendo com que aumente a incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) nos idosos. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos relatam que incidência de clamídia na faixa etária acima dos 55 anos subiu 41% de 2005 a 2009 (247) e que a de sífilis subiu 67% (248) (embora os idosos ainda tenham menos essas doenças do que os mais jovens).

Mais pessoas acima dos 50 anos estão vivendo com AIDS. Um estudo sobre AIDS nos Estados Unidos mostrou que 29% de todas as pessoas com AIDS em 2011 estavam acima dos 50 anos, comparado com 17% em 2001. Além disso, 50% dos idosos com AIDS está infectado há um ano ou menos (249). Na África Subsaariana, a introdução dos medicamentos anti-retrovirais melhorou a expectativa de vida de muitas pessoas infectadas pelo HIV. Estima-se que três milhões, ou seja, 14%, da população soropositiva de 15 anos e mais, têm acima de 50 anos de idade (250). Apesar disso, os idosos são amplamente negligenciados na resposta à AIDS. Há pouca campanha de prevenção de AIDS direcionada aos idosos e os médicos podem confundir a infecção por HIV com problemas associados ao envelhecimento (249,251).

Mulheres idosas têm maior risco de contrair DSTs. As paredes vaginais mais delgadas são vulneráveis a laceração e, portanto, mais suscetíveis à infecção. Além disso, depois da menopausa, tendem a deixar de consultar o ginecologista para fazer o rastreamento para câncer de colo do útero. Um grande impedimento para o rastreamento e tratamento

abrangente das DSTs tanto nos homens quanto nas mulheres é a pressuposição edaísta de que pessoas idosas não são sexualmente ativas (252).

Álcool. O consumo de álcool está crescendo em paralelo ao desenvolvimento econômico e tem efeitos negativos sobre a saúde em todas as idades. Beber está associado a mais de 200 problemas de saúde, de acordo com a OMS (253), embora a doença cardiovascular e o diabetes sejam as causas mais frequentes de morte relacionada ao álcool. Os maiores consumidores de álcool estão nas Américas e na Europa, especialmente na Rússia e no Leste Europeu, mas a mudança de estilo de vida nas economias emergentes, como China e Índia, estão fazendo aumentar o consumo de álcool (253).

Muito mais homens bebem em excesso do que mulheres em qualquer idade. Crianças, adolescentes e idosos são mais vulneráveis aos efeitos do álcool e quanto mais cedo se começa a beber, maior a chance de criar dependência mais tarde. O número de pessoas que bebe álcool e a quantidade consumida diminui com a idade, à medida que as pessoas se tornam mais sensíveis aos efeitos da bebida ou tomam medicamentos que contraindicam seu consumo. Idosos com problemas de dependência do álcool podem ter longo histórico de adição ou ter adquirido a dependência mais tarde para lidar com o estresse da vida (254). Além da relação com as doenças crônicas, o álcool está implicado em quedas, acidentes de trânsito e violência, inclusive a doméstica (255). O abuso do álcool e suas consequências impedem a melhora da expectativa de vida nos países do leste europeu desde 1980. O aumento da incidência nos países emergentes que estão envelhecendo rapidamente é também motivo de preocupação (81).

Auto-cuidado e educação para a saúde. Os comportamentos da vida cotidiana para manter a saúde e prevenir as doenças são denominados auto-cuidado. Além dos comportamentos já descritos, eles incluem higiene oral e pessoal, consultas com profissionais de

saúde, vacinação, rastreamento preventivo, adesão ao tratamento medicamentoso prescrito e outras ações voluntárias para gerenciar doenças crônicas. O auto-cuidado está fortemente associado com a educação para a saúde, definida como a habilidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde para tomar decisões adequadas com relação à saúde (256). A Internet é cada vez mais utilizada como estratégia para obter informações de saúde (257). O baixo nível de educação para a saúde, entretanto, é bastante frequente em todas as regiões do mundo, especialmente nas pessoas idosas, com níveis de renda e escolaridade mais baixos e habilidade linguística ruim. Mesmo em países mais desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, menos de 50% dos adultos têm educação adequada para a saúde (258). Portanto, esses achados sugerem que a saúde da maioria das pessoas está comprometida devido ao nível inadequado de conhecimento sobre como cuidar de si mesmo. Outros fatores que contribuem para o auto-cuidado incluem a autoeficácia (259) (crença na própria capacidade de conseguir realizar uma tarefa específica) e a presença de apoio social (260).

Determinantes Pessoais

Biologia e genética. Há um número significativo de pesquisas que mostram que os fatores genéticos respondem por até 25% da diferença na idade em que as pessoas morrem e que parte da resistência ou suscetibilidade a muitas doenças também é hereditária (261). Diferenças de inteligência são parcialmente hereditárias (262), assim como a doença de Alzheimer familiar, embora somente menos de 1% de todos os casos da doença sejam desse tipo (263). Determinadas disposições associadas com o bem-estar psicológico são evidentes desde a mais tenra infância, como a sociabilidade, o otimismo e o calor humano (264) e estudos recentes indicam que haja uma base genética para a felicidade (265). Fatores ambientais e sociais, contudo, influenciam muito se ocorre e como ocorre

a maior parte das predisposições genéticas, reveladas ou não durante o desenvolvimento e o envelhecimento.

Capacidade cognitiva. Há consenso sobre os padrões de mudança cognitiva ao longo do curso de vida (266). Algumas habilidades cognitivas têm seu auge na juventude e declinam com o passar dos anos, como a velocidade mental, a solução de novos problemas, o raciocínio espacial e a capacidade de realizar muitas tarefas ao mesmo tempo. No entanto, habilidades que dependem do acúmulo de conhecimento e expertise aumentam com a idade, como vocabulário, conhecimentos gerais, e conhecimentos específicos e habilidades adquiridas através de vários papéis, ocupações e interesses ao longo dos anos. A habilidade intelectual é muito variada em todas as idades e alguns idosos têm aptidões melhores ou iguais às de pessoas mais jovens. Até uma idade bastante avançada, os idosos têm desempenho tão bom quanto o dos mais jovens em tarefas que requeiram sabedoria - ou seja, “discernimento em questões de vida importantes mas incertas” (267) - e podem ter desempenho superior ao dos mais jovens em áreas em que ambos tenham expertise (268).

Embora o declínio do funcionamento cognitivo e o desenvolvimento da demência estejam associados ao envelhecimento, surgem a partir de fatores sociais, ambientais e individuais que são modificáveis. Pesquisas indicam que os idosos com maior grau de escolaridade, participação social, atividades estimulantes, estilo de vida saudável e saúde mental positiva têm mais “reservas cognitivas”, apesar da presença de doença neurológica (269).

Fatores psicológicos. A revisão de um grande número de pesquisas sobre o bem-estar psicológico mostra que várias disposições emocionais e características psicológicas estão associadas com a resiliência ao longo da vida adulta, que se manifesta por meio da saúde contínua, da boa recuperação após doenças e do bem-estar mental (264). Entre essas importantes características estão

emoções positivas como a esperança e o otimismo, a auto-estima, a autoeficácia e a espiritualidade. Outros traços de personalidade associados com o bem-estar contínuo na velhice incluem a extroversão, a consciência (confiabilidade, empenho) e o baixo neuroticismo (estabilidade emocional). Diante de dificuldades ou perdas, pessoas resilientes conseguem reduzir ou transformar os sentimentos negativos por meio de estratégias maduras de enfrentamento, como humor, ajudar o próximo, interrupção de pensamentos perturbadores e canalizar a negatividade para fins construtivos.

Pesquisas extensas demonstraram como seis dimensões psicológicas chave contribuem para uma vida mais longa e saudável e um bem-estar robusto na velhice (270). Essas dimensões são: autonomia, domínio do ambiente (habilidade de gerenciar o mundo que o cerca), crescimento pessoal, relações positivas com os outros, propósito na vida e autoaceitação. Manifestar essas dimensões pode conferir proteção contra os efeitos de variáveis sociais e econômicas negativas sobre a saúde (como baixo grau de escolaridade e baixa renda). Outro modelo de bem-estar psicológico baseado em evidências apresenta cinco fundamentos para a felicidade em todas as idades: emoções positivas, engajamento, relacionamentos, sentido de vida e realização (PERMA na sigla em inglês) (207; também 131). Uma pesquisa com residentes idosos de instituições de cuidado de longo prazo mostrou que a capacidade de adaptação psicológica positiva é possível mesmo em pessoas com limitações severas que escolhem como utilizar suas restritas reservas energéticas da forma mais gratificante possível (268).

Orientação sexual e identidade. O estudo de lésbicas, gays, bissexuais, transgênero e inter-gênero (LGBTI) idosos está aumentando com o envelhecimento dos *baby boomers* que são a primeira geração de pessoas LGBT que viveram abertamente em grande número nos países desenvolvidos (271).

A orientação e a identidade sexual são características fundamentais da diversidade humana que são vividas dentro de um amplo espectro de contextos culturais e históricos ao longo da vida. Afetam a auto-estima, a condição social e o bem-estar físico e mental ao longo da vida. Pesquisas mostram que os LGBT idosos permanecem em grande parte invisíveis, mal servidos pelos sistemas formais e têm experiências diversas com relação às estruturas familiares e ao apoio social informal (272), mesmo em sociedades mais tolerantes. Isso leva a uma gama de resultados. Colocar todos os LGBT em uma única categoria é “tão desinformado e perigoso quanto tratá-los como invisíveis” (273), mas pode se dizer que os LGBT idosos são uma “população resiliente, embora sujeita a risco, que sofre com disparidades significativas de saúde” (274). LGBT idosos apresentam uma maior prevalência de muitos problemas de saúde comuns do que os heterossexuais, mesmo quando se consideram as diferenças de distribuição de idade, renda e educação (274). Por exemplo, estudos indicam que pessoas LGBT têm mais risco de incapacidade (inclusive HIV/AIDS, asma e diabetes) e perturbação mental, além de apresentar maior incidência de tabagismo, uso de álcool/drogas, depressão e suicídio (275).

Os grupos mais jovens de LGBTI que vivem em países mais desenvolvidos devem se inserir em um ambiente social muito mais positivo do que o de seus compatriotas idosos e suas contrapartes em outras regiões do mundo. Muitos dos estudos realizados nos países desenvolvidos concluíram que, em sua maioria, os LGBT adultos apresentam funcionamento psicossocial positivo (272). Mesmo nessas sociedades mais permissivas, entretanto, os estudos revelam uma incidência de 82% de vitimização de LGBT idosos ao menos uma vez na vida e 64% ao menos três vezes (274). A realidade mundial é que grandes números de indivíduos LGBTI são rotineiramente sujeitos à violência, ao abuso, ao *bullying* e à estigmatização, com consequências inevitáveis para a saúde.

“Reconhecemos agora que os LGBT idosos também representam uma comunidade com necessidades singulares que precisam ser supridas.” (410)

Meio Ambiente Físico

O ambiente apresenta fatores de risco e de proteção para a resiliência em todas as etapas da vida. Particularmente em relação à velhice, é necessário ajustar o ambiente para compensar o declínio da capacidade funcional no intuito de democratizar a participação e o bem-estar. O ambiente deve promover a atividade física individual e reduzir riscos de lesão, ao mesmo tempo que encoraja o envolvimento, as redes sociais e a independência. No âmbito da comunidade, um ambiente acolhedor promove a interação no espaço público, assim construindo coesão social.

Espaços públicos ao ar livre. Espaços ao ar livre, como parques, apresentam oportunidades não só de exercício e atividades recreativas, mas também de socialização. As características espaciais, como tamanho da área, sua capacidade de atrair o público e adequação para o uso ativo, estão associadas com o maior uso (276). A segurança, o conforto, a manutenção e a proximidade também influenciam o uso (277). A presença de áreas verdes pode contribuir para melhorar a saúde física e mental não só por estimular as caminhadas e melhorar a qualidade do ar, mas também por reduzir o estresse, melhorar o humor e facilitar os encontros sociais (278).

Planejamento urbano. A alocação de espaço para uso residencial, comercial e outros afeta de maneira significativa a mobilidade ao ar livre. Em geral, as pessoas costumam andar mais em bairros mistos, onde áreas residenciais e de comércio a varejo estejam presentes (279). A mobilidade dos idosos no ambiente externo construído também depende claramente da topografia (plano ou com elevações)

e das características do design, como rampas no meio-fio, faixas de pedestres, iluminação, exposição aos elementos, calçadas e bancos (280).

Transporte. A mobilidade pessoal depende, em grande parte, da disponibilidade, acessibilidade, aceitação e preço do transporte. Ter opções de transporte se torna ainda mais relevante à medida que as capacidades funcionais diminuem.

Nos países de renda mais alta e nos grupos mais abastados dos países em desenvolvimento, os carros particulares são os meios de transporte mais comuns e a maioria dos idosos dirige (281). Ter a liberdade de dirigir influencia os sentimentos de autonomia, controle, inclusão e o status dos idosos (282). No entanto, as mudanças sensoriais, perceptivas e de tomada de decisões, assim como as deficiências e os medicamentos, afetam a habilidade de dirigir. É necessário, portanto, modificar hábitos para garantir a segurança (por exemplo, evitar dirigir nos horários de tráfego intenso e de noite). Abrir mão de dirigir por completo limita o engajamento fora de casa e pode ter impacto negativo sobre a qualidade de vida (282) se outras alternativas de transporte não estiverem disponíveis ou se não forem aceitáveis.

O transporte público acessível pode afetar positivamente a saúde dos usuários idosos. O transporte local gratuito, por exemplo, mostrou reduzir o risco de obesidade nos idosos (283) além de proporcionar maior bem-estar e participação social, voluntária e econômica (284). Há necessidade de mais pesquisas sobre o uso do transporte público por idosos e sobre a mobilidade e bem-estar de pessoas com limitações de funcionalidade em todas as idades que não dirigem nem utilizam transporte público.

Edifícios, incluindo moradia. O projeto arquitetônico, a localização dos edifícios e sua qualidade (por exemplo, presença de mofo, umidade, barulho do tráfego etc.) são fatores que influenciam a saúde em todas as idades

(285). É muito mais provável que uma pessoa com renda baixa vá morar em um local onde esteja exposta a riscos à saúde, como áreas de risco (encostas e margens), poluição (tráfego, indústrias), intempéries, materiais tóxicos e pouco acesso a serviços (37). O acesso a água potável e o saneamento são uma preocupação em todo o mundo. A poluição interna também é uma questão. Normalmente advém do uso, pelas mulheres de países de baixa renda, de combustíveis sólidos (lenha, carvão e esturme) para cozinhar (286). Esse tipo específico de poluição é tido como um importante fator de risco evitável para doenças respiratórias (287).

A maioria das pessoas prefere “envelhecer na própria casa” (288,289); ou seja, na casa e na comunidade onde habitualmente vivem. Barreiras arquitetônicas em casa são uma causa importante de diminuição da capacidade funcional, inclusive do funcionamento cognitivo (290) e do risco de quedas. Modificações em casa podem ter impacto positivo e melhorar o uso da moradia (291,292), aumentar a independência nas atividades de rotina (291,293,294) e reduzir, consideravelmente, o número de quedas (293,295). No entanto, as adaptações da casa ou a transferência para residências alternativas podem desencadear um sentimento de perda de controle por parte dos idosos, se não forem aceitas (296). Um exemplo é o asilo ou lar para idosos que, apesar de oferecer muito conforto, pode deixar as pessoas afastadas demais do lar, da comunidade e das oportunidades de interagir facilmente com outras gerações.

Meio ambiente. As mudanças ambientais e climáticas apresentam desafios imediatos e de longo prazo para a resiliência dos indivíduos e para a capacidade das comunidades de manejar bem eventos extremos. A longo prazo, a poluição atmosférica cria ou exacerba problemas respiratórios e câncer. A OMS estima que sete milhões de mortes prematuras são resultado da poluição atmosférica a cada ano (297). O aumento da exposição aos raios ultravioleta faz aumentar o risco de desenvol-

ver catarata e câncer de pele. O surgimento e a disseminação de bactérias desconhecidas, vírus e insetos apresentam novos perigos à saúde. Os grupos populacionais mais vulneráveis a esses efeitos a longo prazo das mudanças climáticas são as crianças, os idosos, as pessoas com saúde debilitada ou com deficiências e as com baixa renda (298). A poluição atmosférica na China, por exemplo, mostrou ter consequências desastrosas para a expectativa de vida saudável e a longevidade dos idosos (299).

Embora eventos ambientais graves (secas, enchentes, ondas de calor e de frio, tempestades fortes) e desastres naturais sem relação com o clima (terremotos, tsunamis) afetem o bem-estar de comunidades inteiras, têm um impacto ainda maior nos “grupos vulneráveis”: crianças, idosos e pessoas com deficiências (300). Durante o tsunami de 2011 no Japão, 31% da população afetada estava acima dos 60 anos, mas 64% dos que morreram eram idosos (18). Da mesma forma, 70% das mortes em decorrência do furacão Katrina, em Nova Orleans em 2005, foi de idosos, embora representassem somente 15% da população local (301). Calor extremo fora do comum por dez dias durante o verão Europeu de 2003 resultou em quase 35.000 mortes além do esperado para o período, predominantemente de pessoas acima dos 70 anos. O maior número de mortes - quase 15.000 - ocorreu na França (191). Essas ocorrências se tornarão mais frequentes e irão afetar um número maior de idosos. Devido à redução da capacidade funcional, uma maior incidência de doença e uma rede de apoio social frequentemente menor, os idosos são mais vulneráveis ao evento em si e sofrem mais as consequências dele, como acesso limitado a medicamentos e alimentos (302).

Em épocas de escassez de recursos e serviços, os idosos podem ser esquecidos na resposta à situação de emergência. No entanto, os idosos são um grupo muito variado e muitos podem contribuir, e o fazem, empregando habilidades e experiência para esforços de

alívio e de reconstrução. Conforme registrado em estudos de caso de vários países coletados pela OMS (302), os idosos sustentam a família, usam sua posição de respeito para manter a comunidade intacta e oferecem assistência material e prática. Muitas vezes mais vulneráveis em situações de emergência, também têm muitas, e às vezes únicas, contribuições a dar para a recuperação e a reconstrução das comunidades.

Determinantes Sociais

O ambiente social e as redes pessoais de família, amigos, colegas e conhecidos influenciam muito, seja favorecendo ou minando a resiliência ao longo da vida.

Educação. As pessoas com maior grau de escolaridade vivem por mais tempo e com mais saúde do que as com menor grau de escolaridade (303). A educação de nível superior leva a maior renda, mais segurança de renda e melhores condições de trabalho e de moradia o que, por sua vez, resulta em saúde melhor. A educação de nível superior influencia a educação para saúde, que resulta em estilo de vida mais saudável. A educação também fortalece a resiliência cognitiva: na velhice, pessoas com maior grau de escolaridade têm risco mais baixo de desenvolver demência do que as que têm menor grau de escolaridade (304).

Enfatizando ainda mais a importância da aprendizagem ao longo da vida, os benefícios não parecem ser limitados à educação formal das primeiras décadas de vida. Aprender durante a vida adulta tem impacto positivo sobre a auto-estima e a auto-confiança (305), a participação social, os níveis de atividade física e de tabagismo e as habilidades e chances de arranjar emprego e conseguir uma promoção (306). Um estudo sueco mostra que, especialmente para pessoas com menor grau de escolaridade e para as mulheres, conseguir um diploma quando adulto aumenta significativamente a participação no mercado de trabalho e o salário (307).

A aprendizagem na velhice também contribui para o bem-estar. Por exemplo, participar de atividades artísticas ou musicais mostrou melhorar o bem-estar das pessoas acima dos 50 anos (308). Outros estudos revelaram melhor desempenho cognitivo, saúde, níveis de atividade e disposição, conforme relatado pelos sujeitos (309), além de melhor desempenho cognitivo mensurável dos idosos inscritos em cursos quando comparado aos não inscritos (309,310). Apesar do grande valor da aprendizagem na velhice para o bem-estar, a participação diminui com a idade (311) e aqueles que mais se beneficiariam são os que menos participam (306).

Apoio social. Há forte evidência mostrando a associação entre apoio social e a saúde física e mental (312,313). As redes sociais podem fornecer apoio emocional, reforçar comportamentos saudáveis, melhorar o acesso a serviços, emprego, informação e recursos materiais (como creche, transporte, alimentação e moradia) e ajudar os imigrantes a se integrar na sociedade (312–314). A associação se mantém na velhice. Aqueles com redes sociais fortes têm menos fatores de risco à saúde, menor incidência de doença cardíaca, menor taxa de mortalidade (315) e melhor saúde mental. Na velhice, as redes sociais de apoio podem se tornar menores e se focar mais na família devido a mudanças tais como perda do cônjuge, alterações de saúde ou responsabilidade de cuidar da família (316).

Exclusão social. A exclusão social foi definida em linhas gerais como:

um processo de não reconhecimento e privação de direitos e recursos de certos segmentos da população ... levando ao isolamento social em sete dimensões: exclusão simbólica (imagens negativas ou invisibilidade); exclusão de identidade (a identidade da pessoa é reduzida ao fato de pertencer a um grupo); exclusão sócio-política (entraves à participação cívica/política); exclusão institucional (redução

do acesso a serviços); exclusão econômica (falta de recursos financeiros); exclusão de laços sociais significativos (ausência/perda da rede social); e exclusão territorial (redução da área geográfica de moradia, vizinhança insegura). (317)

Grupos minoritários e desprivilegiados em qualquer sociedade estão diante do risco da exclusão social (318). Na ausência de recursos, informação e apoio para facilitar a participação na sociedade e, às vezes, enfrentando completa rejeição, esses indivíduos têm maior probabilidade de apresentar uma gama de problemas de saúde, adições, fim de relacionamentos e isolamento social (313). Uma pesquisa sobre idosos de minorias étnicas que moravam em bairros desprivilegiados mostrou que muitos estão sujeitos a diversos tipos de exclusão e sofrem com a solidão e a baixa qualidade de vida (319). A exclusão social de idosos pode ser o resultado de mudanças demográficas e sócio-econômicas nos bairros em que moram. Sentir-se como estrangeiros na própria cidade foi a experiência relatada por idosos em Tóquio e Londres consultados para o *Guia Cidade Amiga do Idoso da OMS (14)*. A gentrificação de bairros de renda mais baixa em Montreal resultou em um sentimento de exclusão por parte dos residentes mais velhos com relação à identidade, às redes sociais e à influência política sobre o planejamento local, embora a construção de um novo centro comunitário em um dos bairros tenha aumentado a inclusão social desses sujeitos (320).

Isolamento social e solidão. Isolamento social é a falta objetiva de contato social; solidão é a avaliação individual subjetiva da adequação da rede social de cada um (321). Tanto o isolamento social quanto a solidão são comumente associados a maiores riscos de morbidade e mortalidade e a comportamentos não saudáveis (321). A experiência de isolamento social e solidão para os idosos está ligada à diminuição da função cognitiva (321). Os idosos com redes sociais enfraquecidas ou mobilidade restrita, pessoas com doença

mental e refugiados apresentam risco específico de isolamento social e solidão (322). As mulheres apresentam risco mais alto do que os homens (323). Um estudo transnacional em 25 países europeus mostrou que a prevalência da solidão aumenta com a idade, mas também que morar em determinados desses países representa risco ainda maior para solidão do que ser idoso (322).

Violência e abuso. A violência e o abuso sofridos no começo da vida continuam a influenciar a saúde e o bem-estar ao longo da vida. Uma revisão sistemática revelou uma relação causal entre o abuso não sexual (abuso emocional ou físico, negligência) em crianças e problemas de saúde mental mais adiante e também com comportamentos que representam risco para a saúde como o abuso de drogas e o comportamento sexual perigoso (324). O impacto do abuso sobre o bem-estar na vida adulta depende de muitos fatores, como a gravidade do abuso, a idade em que aconteceu o ato abusivo, a relação que se tinha com o perpetrador, o número de perpetradores, frequência e duração (325). A prática disseminada de contenção física, muitas vezes aplicada em idosos com demência em instituições de cuidado a longo prazo e instituições geriátricas (368), pode facilmente se caracterizar como uma forma de abuso ao idoso.

Na *Declaração de Toronto sobre a Prevenção Global do Abuso ao Idoso*, desenvolvida pela OMS em parceria com a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao Idoso (INPEA), há uma definição abrangente de abuso ao idoso para orientar a prevenção, a identificação e a intervenção:

O abuso ao idoso é uma ação isolada ou repetida, ou a inação quando a ação é necessária, que ocorre em qualquer relação em que haja expectativa de confiança, causando prejuízo ou sofrimento ao idoso. Há várias formas de abuso: físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro ou, simplesmente, a negligência, seja ela

intencional ou não intencional. (326)

O abuso ao idoso existe dentro de um contexto cultural. Em muitas sociedades, atos de violência contra os idosos fazem parte dos costumes locais e devem ser identificados e combatidos. O relatório da OMS *Missing Voices [Vozes Ausentes]* (327), preparado em parceria com a INPEA, dá exemplos que incluem o abandono e o roubo de propriedade de viúvas idosas e acusações de bruxaria contra idosas isoladas, especialmente na África. Embora todos os idosos estejam sujeitos a abusos, os mais vulneráveis são os solitários ou socialmente isolados, os com limitação cognitiva e aqueles que tenham um familiar com problemas sérios de personalidade (328). O abuso tem várias consequências para a saúde física e mental e para a segurança material (329). Apesar da extensão do abuso ao idoso, a OMS relata que dos 133 países pesquisados, 41% não tem qualquer plano de ação para combater o problema (330). Com base na definição estabelecida de abuso, a negligência por parte dos tomadores de decisões - cuja posição pressupõe a confiança pública - constitui em si uma forma de abuso.

Voluntariado. O voluntariado descreve a reciprocidade entre os indivíduos e as ações de participação social e cívica que contribuem para o bem-estar dos outros, da organização e da sociedade como um todo. Cada vez mais se considera que o voluntariado é um comportamento social que beneficia tanto aquele

que o pratica como o que dele se beneficia diretamente. Por meio de ações voluntárias, os cidadãos se engajam na vida da comunidade e, não raro, na vida cívica pela interação com instituições do governo (153). Voluntariar-se através de organizações é mais comum nos países desenvolvidos e nos da CIS (Commonwealth of Independent States [países do antigo bloco soviético]), mas ajudar aos outros diretamente é mais comum nas regiões em desenvolvimento (27,153). O voluntariado mostrou influenciar o bem-estar de quem se voluntaria em todas as idades. Pode ser uma oportunidade para ganhar experiência no mercado de trabalho para os jovens. Pode ter efeito indicativo de proteção contra o isolamento social, a solidão e a exclusão social ao longo da vida adulta. O voluntariado foi associado com a baixa incidência de depressão, o aumento do bem-estar e da qualidade de vida (331) e a diminuição da mortalidade (332). Os benefícios podem ser ainda maiores para os idosos: um estudo sobre os efeitos do voluntariado a longo prazo revelou que os idosos alcançavam maior satisfação na vida e relatavam condição melhor de saúde do que os adultos mais jovens (333).

Determinantes Econômicos

O capital financeiro afeta a saúde, a segurança e as oportunidades contínuas de participação ativa e aprendizagem. Os riscos e os fatores de proteção econômicos incluem a condição



Muriel Beach tem 87 anos e reside há muito tempo em Chelsea, na cidade de Nova Iorque. Apesar de limitações significativas de mobilidade e de saúde, mantém rigorosamente o padrão de engajamento e atividade que sempre teve. Aplica com entusiasmo sua experiência às iniciativas voluntárias nas esferas local, municipal, estadual, federal e internacional.

“Ao final do dia, tenho a satisfação de saber que a idade não me impediu de continuar a ser uma pessoa produtiva; que meus talentos não estão se deteriorando nem sendo desperdiçados. A maior recompensa dessa vida ativa é a profunda amizade que tenho com as pessoas que trabalham para proteger e melhorar as condições de

econômica da família e da comunidade, o emprego e as condições de trabalho, o acesso a pensões contributivas ou não e a programas de transferência de renda.

Condição sócio-econômica. Os efeitos da condição de renda começam na mais tenra infância e podem durar toda vida, embora mudanças de condição econômica também possam alterar o curso de vida, para o bem ou para o mal. A renda determina as opções das pessoas em relação a moradia, alimentação, educação, saúde e assim por diante. O gradiente social, que liga a condição econômica e as medidas de bem-estar de indivíduos e comunidades, está bem documentado em todo o mundo. Indivíduos mais ricos, assim como as comunidades mais abastadas, em geral apresentam melhores medidas de bem-estar (334). Ao longo da vida, as pessoas de baixa renda têm maior probabilidade de fumar, beber em excesso, comer menos frutas e vegetais, se exercitar menos (335) e experimentar mais sofrimento psicológico (336). Os efeitos negativos da baixa renda persistem ao longo da vida adulta e se refletem em uma maior prevalência de doenças crônicas, limitações funcionais, sofrimento psicológico e taxas de mortalidade mais altas (337). Dados do Estudo Longitudinal Inglês sobre o Envelhecimento (ELSA na sigla em inglês) mostraram que em comparação com as pessoas mais ricas da mesma idade, os idosos com condição sócio-econômica mais baixa têm mais chance de fumar e de ser sedentários e obesos; desenvolvem mais doenças crônicas, têm mais sintomas depressivos, maior solidão e pior qualidade de sono (338).

Emprego e condições de trabalho. Um bom emprego fornece não só renda adequada, mas também acesso a oportunidades de aprendizagem, redes sociais e benefícios psicológicos, como engajamento, sentido, auto-estima e realização (339). Desta forma, altos índices de desemprego e o subemprego crônico representam riscos significativos à segurança econômica e ao bem-estar e à saúde pessoal. A ausência de uma ampla recuperação eco-

nômica desde a crise de 2008 deve ter repercussões a longo prazo para a atual geração de adultos jovens que ainda não conseguiram se estabelecer profissional nem financeiramente (151,340). Como será a experiência de envelhecer para aqueles que já chegaram aos 30 anos sem um histórico de emprego e que ainda dependem dos pais e dos avós?

Os desempregados têm pior qualidade de sono, mais problemas de saúde física e mental e taxa mais alta de mortalidade. Trabalhadores idosos desempregados têm maior dificuldade de se reintegrar à força de trabalho (341) num momento da vida em que garantir a segurança financeira para a aposentadoria e para os cuidados necessários na velhice é fundamental. Por outro lado, as pessoas que continuam a trabalhar após a idade de aposentadoria mantêm melhor funcionamento físico, mental e cognitivo do que os aposentados de mesma idade (342).

As condições de trabalho contribuem para o bem-estar tanto quanto a renda gerada pelo trabalho. Uma revisão sistemática revelou que a flexibilidade no trabalho tem impacto positivo sobre a saúde nas situações em que os trabalhadores exercem seu poder de escolha e controle, como no planejamento pessoal de turnos de trabalho e na escolha da aposentadoria parcial ou gradual. Quando “flexibilidade” significa que o empregador decide quando e por quanto tempo a pessoa irá trabalhar, entretanto, podem haver efeitos negativos sobre o bem-estar e a saúde do trabalhador (339). Um estudo longitudinal na Alemanha identificou uma correlação entre a insegurança no emprego e a baixa satisfação com a saúde (343). Outro estudo alemão determinou que o estresse psicossocial relacionado ao trabalho está ligado à pior saúde subjetiva e a sintomas de depressão (344). Constatou-se que o estresse psicossocial do trabalho ocorre tanto nos trabalhadores idosos quanto nos jovens, mas os níveis desse estresse são mais altos nos empregados com menor grau de escolaridade e renda mais baixa (344).

O emprego é uma questão central que precisa ser abordada para que as crescentes desigualdades possam ser reduzidas. O trabalho precisa ser decente para que desempenhe seu papel no Envelhecimento Ativo. A definição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) é que o emprego deve propiciar renda justa, segurança no local de trabalho; proteção social para as famílias; oportunidades para melhor desenvolvimento pessoal e integração social; tratamento igualitário de homens e mulheres, trabalhadores idosos e pessoas com deficiência; e liberdade para que os trabalhadores expressem seus pontos de vista, se organizem e participem de decisões pertinentes ao trabalho que os afetem (345).

Prevê-se que a participação dos trabalhadores idosos na força de trabalho aumente. Há uma crescente conscientização de que a continuidade da vida profissional dos trabalhadores idosos é essencial para a produtividade geral e para a sustentabilidade dos programas sociais. As políticas em alguns países estão indo na direção do aumento da idade de aposentadoria, de opções mais flexíveis de aposentadoria parcial e de formas criativas de promover a aprendizagem ao longo da vida e práticas de emprego amigáveis do idoso. O potencial de ganho é enorme. Um estudo da Deloitte na Austrália revelou que uma participação adicional de 5% por parte dos trabalhadores idosos acrescentaria mais 48 bilhões de dólares australianos ao produto interno bruto (ou 2,4% da renda nacional) - equivalente às maiores reformas macroeconômicas da Austrália (346).

Ainda há, entretanto, entraves significativos no local de trabalho que advêm de mitos edaístas sobre a capacidade produtiva dos trabalhadores idosos, sua motivação e capacidade de aprender. Ao mesmo tempo, algumas pessoas idosas - inclusive muitas mulheres - são obrigadas a continuar a trabalhar em empregos de baixa qualidade porque têm renda insuficiente após a aposentadoria. As razões incluem a participação fragmentada na força de trabalho, a expansão dos planos de pensão

de contribuição definida (que não garantem a renda após a aposentadoria) e a diminuição do valor dos investimentos de aposentadoria devido a crises econômicas ou emergências familiares. Em muitos países de baixa renda, continuar a trabalhar é uma necessidade diante da falta de seguridade social. Em 2010, a participação de pessoas acima dos 65 anos na força de trabalho formal era de cerca de 31% nas regiões de baixa e média renda comparado com somente 8% nos países de alta renda (25). O direito de parar de trabalhar e se aposentar com o apoio de uma renda de aposentadoria decente é tão importante para preservar a identidade pessoal quanto o direito de continuar a ter uma vida profissional significativa. A hipótese de que o desenvolvimento econômico nos países de renda mais baixa irá liberar recursos públicos para sustentar uma aposentadoria digna e necessária para os idosos pode explicar a diminuição prevista da participação das pessoas acima dos 65 anos na força de trabalho nesses países.

Pensões e transferência de renda. Pensões podem ser transferências de renda privadas ou públicas e podem prever ou não contribuição. De acordo com a OIT, pouco menos da metade (48%) das pessoas no mundo em idade de aposentadoria compulsória recebe pensão (281). Nos países em desenvolvimento, cerca de 80% dos idosos não possui renda regular (374). O valor monetário de uma pensão é um fator determinante importante do bem-estar na velhice. Dados de 13 países da OCDE mostram que a saúde é, em geral, melhor nos países com benefícios previdenciários mais generosos e que essa associação é mais forte para as mulheres (348). A OIT, entretanto, relata que os países de alta renda mudaram políticas para reduzir a cobertura e os benefícios dos planos com contribuição, reduzindo, assim, sua capacidade de proteger futuros pensionistas contra a pobreza (281).

Em muitos países de baixa e média renda, expandiram-se as pensões contributivas ou não contributivas (281), embora as pensões contributivas possam estar restritas à peque-

na proporção de servidores públicos. Um estudo sobre o impacto das pensões sociais não contributivas no Brasil e na África do Sul mostrou que as mesmas tiveram impacto significativo sobre o bem-estar das famílias (349). Paralelo ao impacto direto sobre o bem-estar, poder de decisão e nutrição dos beneficiados, constatou-se que essas pensões afetam positivamente a economia local (18). Há também evidências de que as pensões sociais levam a melhora na nutrição e na escolaridade dos membros jovens da família (350) e contribuem para reduzir a participação das crianças na força de trabalho (351).

Da mesma forma que as pensões, o seguro desemprego tem impacto positivo sobre o bem-estar. Revelou-se em 34 países da OCDE uma correlação positiva entre o valor do seguro desemprego e a satisfação na vida (352). O seguro desemprego também está ligado a uma menor incidência de suicídio nos homens, conforme mostra a análise de dados de 25 países da OCDE (353). Além das transferências de renda, as transferências em espécie (como energia, alimento e subsídios de moradia) e os serviços de cuidado na residência contribuem para a resiliência do indivíduo e da família. Por exemplo, considera-se que os subsídios alimentares para os pobres em Moçambique, cujos principais beneficiados são os idosos, também melhoram a nutrição das crianças da família (354).

Serviços Sociais e de Saúde

Serviços sociais e de saúde acessíveis, igualitários e bem coordenados são fundamentais para promover a saúde, prevenir, tratar e manejar problemas de saúde à medida que ocorrem, ao longo da vida, e para preservar a qualidade de vida até a morte. Somente são realizáveis e sustentáveis quando a mesma prioridade é dada ao apoio a todos os outros fatores determinantes do Envelhecimento Ativo. O modelo do curso de vida do Envelhecimento Ativo explicita a visão de que os pacotes de serviços fornecidos nas sociedades em processo de envelhecimento

precisam abordar múltiplas metas com relação à capacidade funcional ao longo da vida da pessoa e a uma gama de doenças e níveis de incapacidade.

Suprindo as Necessidades de Saúde de uma População cada Vez mais Velha

Há forte evidência de que a presença de doenças crônicas leva ao uso dos serviços de saúde e não a idade em si (355). Doenças e deficiências crônicas, contudo, se tornam mais frequentes com o avançar da idade e o uso do cuidado à saúde e os gastos de fato aumentam com ela (356). Em alguns países, incluindo o Canadá (357) e os Estados Unidos (356), o custo per capita do cuidado à saúde para os idosos aumentou ao longo dos anos, à medida que mais intervenções e novas tecnologias se tornaram disponíveis para problemas comuns na velhice (por ex., cirurgia de catarata, substituição de articulação, ponte de safena). Os sistemas de suporte e cuidado à saúde estão diante de dois desafios significativos no contexto da Revolução da Longevidade: primeiro, prevenir doenças e deficiências crônicas; e segundo, oferecer cuidado de alta qualidade e de boa relação custo-benefício que seja adequado aos indivíduos.

De acordo com as estimativas da Carga Mundial de Morbidade da OMS para 2010 (79), 23,1% da carga total de morbidade pode ser atribuída a problemas enfrentados por pessoas acima dos 60 anos (que constituíam 11,7% da população mundial em 2013 (19)). Nas regiões menos desenvolvidas, a carga de morbidade por pessoa entre os idosos é mais alta do que nas regiões mais desenvolvidas. De modo geral, as principais doenças que contribuem para a invalidez são a doença cardiovascular, o câncer e a doença respiratória crônica, patologias musculoesqueléticas e doenças mentais e neurológicas (79). Algumas patologias comuns na velhice são especialmente incapacitantes e requerem detecção precoce e manejo adequado.

As doenças crônicas que são comuns nos

idosos podem ser classificadas em dois grupos. O primeiro inclui doenças que aparecem em torno da sexta década de vida e são, em geral, evitáveis por meio de comportamentos saudáveis e/ou intervenções de estilo de vida e serviços de saúde preventiva eficazes. Aí estão normalmente incluídas a doença cardiovascular, o diabetes, a doença pulmonar obstrutiva crônica e muitos tipos de câncer. A segunda categoria de doenças está mais relacionada aos processos de envelhecimento e ainda não se sabe o suficiente sobre sua prevenção. Aí incluem-se a demência, a depressão e as patologias musculoesqueléticas. Embora a pesquisa possivelmente acabe por chegar a prevenção e tratamentos eficazes, o manejo precoce é, atualmente, a chave para controlar a incapacitação e/ou manter a qualidade de vida.

Demência. Em todas as regiões, o número de pessoas com demência continuará a aumentar rapidamente, a não ser que haja progresso significativo das medidas de prevenção. A demência já se tornou uma das dez principais causas de mortalidade em todo o mundo (358). Em 2013, 44,4 milhões de pessoas tinham demência e esse número deve dobrar nos próximos 20 anos, para 75,6 milhões, e dobrar de novo, para 135,5 milhões em 2050 (359). De todas as pessoas com demência, 58% vivem em países menos desenvolvidos e espera-se que essa proporção aumente para 71% até 2050, à medida que as pessoas passem a viver mais tempo. A maioria das pessoas com demência no mundo continua a viver na comunidade, se tornando gradualmente incapacitada até a morte. Os transtornos psicológicos e comportamentais associados com essa doença progressiva são particularmente desgastantes para os cuidadores familiares que, por sua vez, passam a ter maior risco de apresentar declínio da própria saúde física e emocional. Comunidades amigas do idoso que também são amigáveis à demência estão ganhando experiência no apoio a pessoas com demência e a seus cuidadores, contribuindo, portanto, para a manutenção da qualidade de vida de ambos. Nas comunidades amigas da

demência, as lojas e outros negócios locais têm empregados com conhecimento sobre a demência e que são capazes de estabelecer uma comunicação eficaz com os clientes que apresentam a doença. Os empregadores e as organizações voluntárias fornecem oportunidades significativas inclusivas para o engajamento, a socialização e o lazer das pessoas com demência (360).

Limitação sensorial. As perdas auditiva e visual são causas comuns e, em grande parte, tratáveis da perda da independência e da redução da qualidade de vida na velhice. Estima-se que 65% das pessoas com limitação visual e 82% das pessoas cegas estejam acima dos 50 anos (79). A miopia e a hipermetropia são as principais causas de limitação visual e a catarata é a principal causa de cegueira, especialmente nos países menos desenvolvidos onde o acesso a tratamento com boa relação custo-benefício (lentes de correção e cirurgia de catarata) é inadequado, em especial para a população rural e para as mulheres (79). A perda auditiva também é uma patologia muito comum e subestimada que afeta cerca de um em cada três adultos acima dos 65 anos (361), proporção que aumenta significativamente depois dos 70 anos. Devido à exposição ocupacional, os homens têm mais risco do que as mulheres, especialmente nas regiões menos desenvolvidas (362). O Comitê Científico dos Riscos para a Saúde Emergentes e Recentemente Identificados da Comissão Européia considera que o amplo uso de dispositivos portáteis individuais de reprodução de músicas, especialmente pelos jovens, representa um risco importante para a perda da audição devido ao volume em que se toca música nesses dispositivos (363). A perda auditiva está associada com a perda da capacidade de dirigir, o isolamento social, a limitação cognitiva, o declínio funcional e as quedas (364). Os aparelhos auditivos podem restaurar a audição de forma eficaz, mas são utilizados por somente uma minoria dos que necessitam, mesmo nos países em que o custo não é problema (364).

“A não ser que os sistemas de saúde mudem a situação de subutilização seletiva de intervenções que são sabidamente eficazes nos idosos, a carga sobre os sistemas de saúde tomará proporções impossíveis de gerenciar.” (409)

Mobilidade e quedas. Estima-se que 9,6% dos homens e 18% das mulheres acima dos 60 anos têm dor e limitações de mobilidade relacionadas à osteoartrite (365), que tende a piorar com a idade. No âmbito global, cerca de um em cada três idosos tem um episódio de queda a cada ano. A frequência de quedas e a probabilidade de lesão aumenta com a idade e o nível de fragilidade (366). Resultado de uma interação complexa entre fatores de risco biológicos, comportamentais, ambientais e sócio-econômicos, as lesões relacionadas às quedas são causas bastante comuns de invalidez, dependência e morte. O enfraquecimento osteoporótico, mais comum nas mulheres após a menopausa, é uma causa importante de fraturas (367). Idosos obesos também têm maior risco de queda e de lesão e invalidez decorrentes desta (368). Observou-se que alguns indivíduos restringem sua mobilidade por medo de cair e acabam se tornando mais suscetíveis a quedas devido à perda da capacidade funcional. Abordagens rigorosas e multi-setoriais que lidam de forma abrangente com os fatores de risco são a resposta mais eficaz (366).

Depressão. A depressão é a principal causa de incapacidade no mundo, de acordo com a OMS (369). É o problema de saúde mental mais comum na velhice e afeta cerca de 15% dos idosos integrados na sociedade, 20% dos que estão nos hospitais e até 40% dos idosos que moram em instituições de cuidado a longo prazo (370,371). A depressão clínica é comum nas últimas etapas da vida (pessoas acima dos

75 anos) (372). A depressão pode complicar ainda mais patologias frequentemente associadas a ela, como acidentes vasculares, doença de Parkinson e demência. Fatores de risco incluem alterações neurológicas biológicas, alterações relacionadas a doenças, problemas de saúde física, isolamento social e solidão. A depressão, quando não tratada, pode levar a enfermidade física, declínio funcional acelerado e morte prematura. Barreiras importantes à detecção oportuna da depressão são as dificuldades de comunicação (por exemplo, pessoas com demência ou deficiência auditiva), confundir depressão com demência, a falta de conhecimento sobre a apresentação da depressão na velhice e a crença edaísta de que a depressão é normal na velhice. A depressão é a razão mais comum de suicídio de idosos e muitas pessoas que se suicidam se consultam com profissionais de saúde pouco antes de fazê-lo (373). Imagina-se que mais casos de suicídio poderiam ser evitados se os profissionais de saúde da comunidade fizessem a detecção adequada e garantissem o acesso à intervenção oportuna e apropriada. Estudos atuais, entretanto, indicam que a psicoterapia, eficaz na redução da depressão e dos sintomas depressivos, não tem a mesma eficácia no tratamento de tendências suicidas (374).

Saúde da pele. Uma das mudanças mais sérias, comuns e ainda subestimadas relacionadas ao envelhecimento é a deterioração natural da pele. Essa deterioração é o resultado direto do dano causado por mecanismos fisiológicos, predisposição genética e fatores externos (em particular a radiação solar) (375). As implicações são grandes para todas as sociedades, uma vez que todos passam por esse processo. Além das mudanças normais, a prevalência de doenças e enfermidades comuns de pele aumenta com a idade, inclusive o câncer de pele (376), os efeitos colaterais cutâneos dos tratamentos de câncer (quimioterapia e terapias direcionadas) (377,378) e o ressecamento e prurido cutâneo, sintomas mais comuns do declínio da saúde da pele (379). No entanto, quando não se cuida - ou se cuida mal - da saúde da pele, há maior

risco de feridas, infecções e prescrição de medicamentos, com graves implicações sobre a saúde geral, a qualidade de vida e a morbidade (380). Por exemplo, a xerose e a aparência de pele envelhecida pode levar a uma auto-imagem ruim e à rejeição social. O cuidado inadequado da pele também pode levar a um aumento das quedas (381), das consultas médicas, das internações (380) e dos custos com sistema de saúde (382) - todos os quais podem ser mitigados.

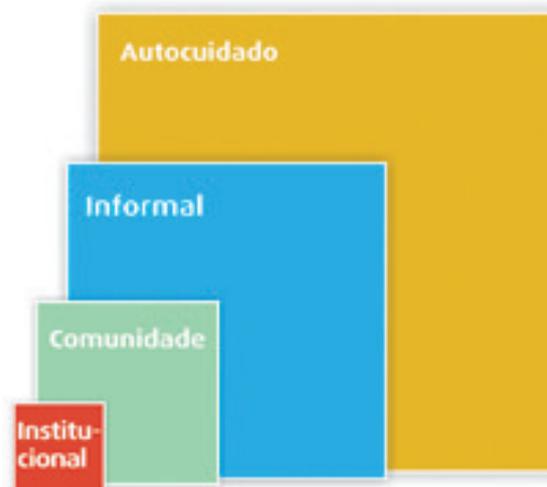
Multi-morbidade e fragilidade. A prevalência de múltiplas enfermidades crônicas aumenta com a idade, afetando cerca de dois terços das pessoas acima dos 65 anos e 82% das pessoas acima dos 85 anos (79). Um levantamento nos países de média renda também mostrou que 12% das pessoas abaixo dos 50 anos apresentam mais de uma doença crônica (383). A multi-morbidade é uma causa importante de invalidez, dependência e má qualidade de vida. As manifestações das doenças estão muitas vezes interconectadas e o tratamento é mais complexo. Qualquer intervenção pode produzir uma gama de efeitos. Esses efeitos podem ser indiretos, retardados, difíceis de prever e diferentes dos resultados esperados quando se trata uma doença isoladamente. Os riscos de polimedicação são altos, levando a interações medicamentosas e reações adversas. O cuidado inadequado resulta em complicações e custos evitáveis, além do sofrimento desnecessário. É necessário que se aprimorem as pesquisas para compreender os mecanismos das doenças subjacentes à multi-morbidade para melhor tratá-las (384). A fragilidade está muitas vezes associada à multi-morbidade. Definida como o aumento da fraqueza associado a uma capacidade de reserva mais baixa em geral, a fragilidade produz uma vulnerabilidade muito maior a desfechos negativos de eventos como quedas e infecções oportunistas. A multi-morbidade e a fragilidade criam uma dependência grande e constante, que é um fardo para os cuidadores. Pode ser possível, com avaliação e intervenção geriátricas abrangentes e oportunas, reverter a fragilidade (385). Em casos com-

plexos onde a melhora física não é possível, o cuidado deve se focar em uma melhor qualidade de vida para o paciente (371).

Um continuum de serviços de saúde. Um continuum abrangente de serviços inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a cura, a recuperação, o manejo, a prevenção do declínio e o cuidado paliativo. Esses serviços são prestados por vários agentes envolvidos no fornecimento do cuidado: o próprio indivíduo e a família; cuidadores da comunidade e instituições (Fig. 10). A maioria dos sistemas formais de saúde foi desenvolvida com ênfase nos serviços médicos e institucionais preventivos e curativos para suprir os requisitos de “cuidado catastrófico” ocasional de uma população muito mais jovem (ou seja, doenças transmissíveis e lesões). À medida que as necessidades de saúde da população mudam no contexto da Revolução da Longevidade, a sustentabilidade e a eficácia dos serviços social e de saúde demandam uma mudança radical para alcançar um melhor equilíbrio entre “cuidado” e “cura”, entre “paliativo” e “preventivo”. A mudança necessária de paradigma depende de dois componentes fundamentais: (a) um sistema focado no cuidado primário baseado na comunidade para fornecer cuidado e garantir a coordenação ao longo do tempo e entre serviços; e (b) um corpo de profissionais de saúde de todas as áreas que seja amplamente treinado para compreender os aspectos da saúde relacionados ao envelhecimento e para reagir à mudança das necessidades de saúde ao longo de todo o curso de vida.

Promoção da saúde. A Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde define a promoção da saúde como “o processo de possibilitar que as pessoas tomem para si o controle sobre a própria saúde e a melhora” (16). Apesar de a promoção da saúde dar poder de decisão aos indivíduos, também atribui uma responsabilidade vital ao setor público de criar as condições e os serviços necessários à saúde. A promoção da saúde é uma atribuição partilhada que envolve a família, a escola, o local

Figura 10. **Dimensões do cuidado**



(Fonte: Kalache 2013 (21))

Nota: O tamanho das caixas representa o volume de cuidado fornecido na maioria das sociedades e é o inverso de onde a maior parte do apoio financeiro é dada na maioria das sociedades.

de trabalho, a comunidade e os serviços de saúde, com o apoio das políticas governamentais em todos os níveis. A integração de uma perspectiva de saúde em todas as áreas políticas - desde a agricultura até o urbanismo - faz parte da promoção da saúde. No nível individual, desenvolver a educação para a saúde é a chave para que se tenha o poder de decisão sobre a própria saúde em todas as idades. A prevenção de doenças e lesões inclui, de forma geral, três ações preventivas: “primária” (vacinação contra a gripe, remoção dos perigos de queda em casa), “secundária” (triagem para detecção de diabetes ou câncer) e “terciária” (por exemplo, práticas de estilo de vida e medicamentos para controle do diabetes uma vez diagnosticado).

Cuidado primário. Conforme mencionado anteriormente, a espinha dorsal de todos os serviços de saúde é o cuidado primário com base na comunidade. Os clínicos gerais e outros profissionais de saúde integrados fornecem a primeira linha de serviços para prevenir doenças e fazer a detecção precoce no intuito de controlar as doenças crônicas e de manejar as limitações. O cuidado primário é normalmente a porta de entrada para outros

serviços necessários - o centro de planejamento e coordenação do cuidado que leva em consideração as necessidades da pessoa como um todo e respeita suas metas e valores.

Os entraves ao cuidado primário, contudo, são frequentes. Consultas que são breves demais, com profissionais que não têm treinamento adequado sobre as necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento, não raro resultam em diagnóstico errado e tratamento inadequado. A longa distância para chegar aos serviços, custo alto e o tempo prolongado de espera em locais desconfortáveis são outros problemas frequentes nas regiões de baixa e média renda. Um levantamento com idosos em 11 países de alta renda conduzido pelo Fundo do *Commonwealth* também encontrou lacunas e obstáculos financeiros no acesso e no cuidado (386). No intuito de fortalecer o cuidado primário para promover o Envelhecimento Ativo, a OMS promove princípios baseados em evidências para o cuidado primário amigo do idoso em três áreas: (1) informação, educação, comunicação e treinamento; (2) sistemas de gestão de cuidado à saúde; e (3) o ambiente físico (387).

Cuidado intensivo. Os serviços de cuidado intensivo são intervenções episódicas com o objetivo de curar uma doença, tratar uma lesão ou outras patologias que ameacem a vida ou que possam causar deficiência. O cuidado primário com base na comunidade, complementado pelo cuidado medicamentoso, pelos serviços especializados e pelos hospitais de cuidado intensivo são os componentes centrais. Apesar de serem essenciais para as pessoas de todas as idades, os serviços de cuidado intensivo não são suficientes para manter a saúde das pessoas nem para fornecer o suporte necessário para manejar doenças crônicas. Os sistemas de saúde foram projetados para suprir as demandas de saúde da população antes das transições demográficas e epidemiológicas e, portanto, tendem a tratar a doença crônica da mesma forma que as patologias agudas - ou seja, como episódios únicos e não recorrentes e que não se relacio-

nam com outras necessidades de saúde (388).

“Sem mudanças, os sistemas de saúde continuarão a ficar cada vez mais ineficientes e ineficazes à medida que a prevalência de doenças crônicas aumenta... as despesas de saúde continuarão a aumentar, mas a condição de saúde da população não melhorará. Enquanto o modelo de cuidado intensivo dominar os sistemas de saúde, irá minar por completo os resultados de saúde que poderiam ser alcançados.” (388)

Nos países mais desenvolvidos, os idosos respondem por internações em maior número e mais longas do que outras faixas etárias. O ambiente hospitalar não é muito adequado aos idosos com questões de saúde complexas. O resultado, não raro, é uma gama de problemas induzidos pela hospitalização, como infecções, quedas, confusão, ansiedade, delírio e declínio funcional. Da mesma forma que as perspectivas “amigas do idoso” estão remodelando o cuidado primário e os ambientes urbanos, um novo modelo amigo do idoso para o cuidado hospitalar também está se desenvolvendo. É um modelo que leva em consideração a perspectiva do idoso com relação ao ambiente físico, às atitudes e comportamentos da equipe, às políticas administrativas e aos procedimentos e protocolos de cuidado (389).

Cuidado a longo prazo. O cuidado a longo prazo descreve um conjunto de serviços sociais e de saúde que tem como objetivo controlar doenças crônicas, prevenir as deficiências e preservar a qualidade de vida. São ações de cuidado a longo prazo: a monitora-

ção de sintomas, o manejo da medicação, a fisioterapia, a terapia ocupacional, o controle da dor, o apoio para auto-manejo da doença, a enfermagem, o cuidado pessoal (banhar, vestir, alimentar) e o suporte em casa (limpeza da casa e preparo de refeições). O ideal é que esses serviços apoiem o envelhecer em casa e incluam os seguintes elementos: comunicação, continuidade, coordenação, abrangência e elo com a comunidade (390). As instituições de cuidado a longo prazo podem se fazer necessárias, contudo, quando o idoso é altamente dependente e não tem suporte adequado em casa. O cuidado institucional e na comunidade pago pelo governo está disponível nos países mais desenvolvidos, mas ainda ausente nas regiões menos desenvolvidas.

Apoio a Cuidadores não Remunerados. Os cuidadores não remunerados precisam ser reconhecidos como a pedra fundamental do cuidado a longo prazo. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC) citaram evidências do Instituto de Medicina de que os cuidadores não remunerados fornecem cerca de 90% do suporte e cuidado recebido pelos idosos (391). A maioria dos cuidadores não remunerados são cônjuges, que são idosos também, e filhas e noras. Embora cuidar seja intrinsecamente compensador, é também difícil, exaustivo e demanda tempo. As consequências do cuidado não remunerado a longo prazo para a saúde física, a saúde mental, as redes sociais, o emprego e a segurança financeira são bem documentadas (392,393). Por exemplo, cuidadores negligenciam o cuidado de si mesmo (394). Os cuidadores de pessoas com demência têm saúde pior do que os cuidadores de pessoas sem essa doença (395). A extensão de serviços confiáveis e suficientes, tanto informais quanto formais, para quem recebe cuidado assim como alternativas de acolhimento temporário, preserva enormemente o bem-estar do cuidador principal e melhora sua capacidade de cuidar por mais tempo (396). Também são úteis os serviços de apoio direto aos cuidadores, como treinamento, grupos de apoio e remuneração financeira justa.

A responsabilidade por fornecer cuidado a longo prazo não pode ser exclusivamente nem da família nem do governo. Redes familiares menores, mais complexas e geograficamente mais dispersas são cada vez menos capazes de fornecer cuidado sem reforço adicional. Há uma crescente crise global do que se denomina “insuficiência familiar” na *Declaração do Rio - Além da Prevenção e Tratamento: Desenvolvendo uma Cultura do Cuidado em resposta à Revolução da Longevidade* (180). A resposta a essa insuficiência familiar deve ser a criação de uma “cultura de cuidado” que inclua a família e o cuidado público, mas que também corrija significativamente a desigualdade de gênero no cuidado. Uma cultura de cuidado precisa engajar empregadores, negócios, estruturas e serviços públicos da comunidade (moradia, transporte), grupos de voluntários e familiares em uma iniciativa ampla, intergeracional, com a meta comum de solidariedade tanto para com as pessoas que precisam de cuidado como também para com os indivíduos envolvidos com o fornecimento desse cuidado. Conforme enfatiza a *Carta sobre Gênero e Envelhecimento* (216), criar oportunidades e remover obstáculos que perpetuam a desigualdade de gênero no cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e das famílias diante de problemas associados à doença com risco de vida. Se dá através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Cuidado paliativo. A maior parte do uso de serviços de saúde durante a vida ocorre nos últimos seis meses ou um ano de vida (356). Um estudo com beneficiários do Medicare nos Estados Unidos revela que, embora mais pessoas estejam morrendo em casa ou em asilos do que no passado, os meses que antecedem a morte se caracterizam por mais transições de e para o hospital e por um aumento no uso das unidades de cuidado intensivo no mês que precede a morte.

Além de ser caro para o sistema de saúde, é muito provável que esse padrão de cuidado prejudique a qualidade de vida (397). Uma revisão sistemática da literatura concluiu que a inscrição em programas de cuidado paliativo, seja no hospital, em casa ou no asilo, tem melhor relação custo-benefício do que o cuidado padrão e que essa relação melhora de acordo com o tempo em que a pessoa permanece inscrita (398). Além de ser um uso mais eficiente dos recursos do cuidado à saúde, o cuidado paliativo oferece cuidado de qualidade ótima para as pessoas que se aproximam do fim da vida.

O cuidado paliativo para os idosos coloca desafios especiais que precisam ser considerados por todos os envolvidos. Há várias trajetórias possíveis de fim da vida (399,400). A trajetória de uma pessoa morrendo de câncer normalmente contém um curto período de declínio evidente na capacidade funcional física (Fig. 11A). Pessoas com doença cardíaca crônica, por exemplo, apresentam uma trajetória de limitações a longo prazo com episódios sérios intermitentes, que podem levar a morte ou, caso sobrevivam, a deterioração gradual da capacidade funcional (Fig. 11B).

Os idosos muitas vezes têm doenças crônicas múltiplas e progressivas que levam à morte de forma menos previsível e mais complexa do que o câncer terminal ou a doença cardíaca isoladamente. Essa trajetória de declínio prolongado pode terminar com uma morte devido à falência neurológica (por exemplo, Alzheimer) ou devido à fragilidade de múltiplas partes do corpo (Fig. 11C). Uma quarta trajetória possível é aquela por que passa o indivíduo que morre subitamente sem qualquer questão de saúde conhecida ou limitação funcional antes da morte (Fig. 11D). Apesar de esse fim parecer ser um curso desejável, somente uma pequena parcela das mortes segue esse padrão. Esse panorama conceitual das possíveis trajetórias de fim da vida precisa ser levado em consideração quando se adap-

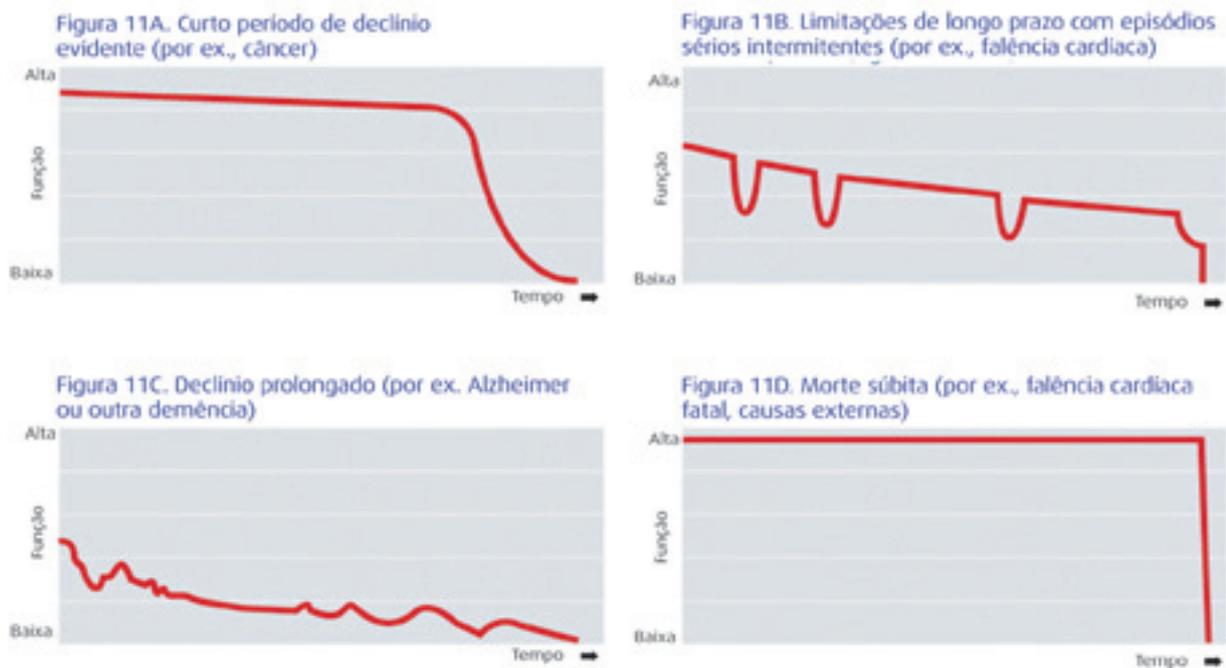
O cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e das famílias diante de problemas associados à doença com risco de vida. Se dá através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. O cuidado paliativo:

- fornece alívio da dor e de outros sintomas que causam desconforto;
- afirma a vida e considera a morte como processo normal;
- não se propõe a acelerar nem adiar a morte;
- integra os aspectos psicológico e espiritual do cuidado ao paciente;
- oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver da forma mais ativa possível até a morte;
- oferece um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com a perda;
- usa uma abordagem de equipe para lidar com as necessidades dos pacientes e das famílias, inclusive o aconselhamento sobre como lidar com a perda, se indicado;
- melhorará a qualidade de vida e pode também influenciar positivamente o curso da doença;
- pode-se aplicar logo no início do curso da doença, em conjunção com outros tratamentos para prolongar a vida, como a quimioterapia ou a radioterapia e inclui as investigações necessárias a melhor entender e manejar as complicações clínicas desagradáveis.

ta o cuidado às necessidades individuais (399,401). *Dificuldades de comunicação, devido a perdas neurológicas ou sensoriais, tornam mais desafiador detectar e aliviar o desconforto e a dor. Há situações em que há poucos familiares e amigos, ou nenhum, para fornecer apoio e oferecer informações sobre as preferências e valores da pessoa. Devido ao fato de que a maioria das pessoas está morrendo cada vez mais velhas, o cuidado paliativo precisa ser posicionado*

como componente central de todos os serviços de saúde, necessitando de uma complementação adequada de especialistas bem como de profissionais generalistas bem treinados.

Figura 11. Trajetórias de fim da vida



(Fonte: Adaptado de Lynn e Adamson 2003 (399) e Murray et al 2005 (400))



SEÇÃO V:
**RESPOSTA
DAS POLÍTICAS**

SEÇÃO V: RESPOSTA DAS POLÍTICAS

A Revolução da Longevidade: Uma Perspectiva Macroeconômica

A Revolução da Longevidade gerou previsões de consequências econômicas e sociais avassaladoras partindo da premissa de que os idosos constituem uma carga cada vez maior para o resto da sociedade. Análises recentes (402) mostraram, contudo, que a Revolução da Longevidade não é uma catástrofe macroeconômica, mas que é necessário que se tomem medidas urgentes para descartar ideias ultrapassadas sobre o curso de vida e para mudar políticas no intuito de lidar com essa nova realidade. Alguns direcionamentos amplos são propostos neste documento.

A diminuição esperada do número de pessoas na força de trabalho remunerada (15-64 anos de idade) pode ser compensada pela maior participação de mulheres e de pessoas acima dos 65 anos na força de trabalho. “Políticas amigas da família” - permitindo que ambos os pais possam equilibrar as responsabilidades de trabalho e família - podem encorajar os casais a ter filhos enquanto mantêm a produtividade na força de trabalho e a segurança econômica na velhice. A preocupação de que trabalhadores idosos sejam menos produtivos pode ser contornada com maior ênfase no treinamento contínuo e na atualização de habilidades. A sustentabilidade a longo prazo dos fundos de pensão pode ser garantida melhorando as perspectivas de emprego de adultos desempregados ou subempregados de todas as idades, e não cortando benefícios dos aposentados nem dos que se aproximam da aposentadoria. Oferecendo a todos os trabalhadores a opção irrestrita de buscar uma ocupação significativa com oportunidades de desenvolver novas habilidades e de ter condições de trabalho compatíveis com diferentes capacidades funcionais, trabalhar por mais tempo pode ser uma perspectiva positiva. Ao mesmo tempo, a opção de uma saída digna e

economicamente segura da força de trabalho quando as escolhas e capacidades mudarem deve ser uma decisão mútua, que beneficie tanto os trabalhadores quanto a sociedade.

O aumento previsto na demanda por cuidado e suporte de saúde é administrável por meio de um amplo espectro de abordagens que são baseadas em evidências. Resolver as desigualdades dos fatores determinantes sociais e econômicos do Envelhecimento Ativo e adaptar o ambiente para que se torne mais amigável ao idoso e propício à saúde reduzirá os riscos de doenças crônicas e de problemas psicossociais. A promoção da saúde direcionada e contínua, que inclua a educação para a saúde, é necessária para melhorar os conhecimentos sobre a saúde em todas as idades, para que as pessoas possam cuidar melhor da própria saúde e da saúde da família. O cuidado sustentável e de alta qualidade para todos é possível com um sistema de saúde que seja ancorado na Atenção Primária Amigável ao Idoso; que forneça um espectro abrangente e coordenado de serviços contínuos e centrados no indivíduo, para promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidado; e que seja oferecido por profissionais com treinamento em todos os aspectos da saúde relacionados com a idade. Oferecer sistemas de cuidado a longo prazo que não dependam exclusivamente da família nem utilizem os recursos públicos de maneira desproporcional, é possível se cultivarmos uma cultura de cuidado que envolva governos, famílias, comunidades, empregadores, o setor voluntário e os negócios. Incapacidades que levam à dependência se tornaram uma preocupação universal. Conforme esclarecido na Declaração “*Além da Prevenção e Tratamento: Desenvolvendo uma Cultura do Cuidado em Resposta à Revolução da Longevidade*” (175), cuidado e suporte precisam ser reconhecidos como responsabilidades coletivas.

Países em todas as regiões do mundo precisam

abraçar a Revolução da Longevidade e fortalecer os quatro pilares do Envelhecimento Ativo - saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação e segurança/proteção - partindo de uma perspectiva de curso de vida. A maioria dos países de alta renda que tiveram o privilégio de se tornar ricos antes de envelhecer têm ambientes e programas sociais e de saúde estáveis que vão, de alguma forma, na direção de suprir as necessidades de toda a população. Seu desafio é apoiar e tornar possível o novo curso de vida flexível em todos os domínios políticos - em particular na saúde, na educação, na indústria, nos recursos humanos e no bem-estar social - e garantir a sustentabilidade para todas as gerações. O Envelhecimento Ativo em todas as políticas deve ter como objetivo a plena inclusão, enquanto necessidade social, e, acima de tudo, como uma questão de direitos humanos.

Países de média renda com economias em expansão estão se tornando demograficamente tão envelhecidos como os países de alta renda e isso está acontecendo mais rapidamente do que antes, quando tais países ricos envelheceram. Educação, saúde, segurança de renda e sistemas de assistência social estão sendo estabelecidos e a qualidade de vida está melhorando para muitos. No entanto, ainda há grande desigualdade social, os locais de moradia não são saudáveis nem amigos do idoso, os níveis de risco para doenças crônicas são muito altos e o cuidado a longo prazo praticamente inexistente. Direcionar a nova prosperidade econômica de maneira eficaz e igualitária é vital para acompanhar os múltiplos desafios gerados pela Revolução da Longevidade no campo das políticas.

Os países de renda baixa estão buscando o desenvolvimento econômico e social para aumentar o padrão de vida para todos. Embora a proporção de idosos nessas sociedades permaneça pequena, por enquanto, em comparação com as regiões de média e alta renda, não podem se furtar a ignorar as con-

sequências humanas do desenvolvimento (ou seja, vida mais longa). Garantir a proteção e a promoção dos direitos dos idosos - inclusive o direito ao cuidado primário adequado e acessível, à alimentação, ao abrigo, aos meios para se sustentar e à certeza de que terão sustento básico garantido quando não puderem mais trabalhar - possibilitará que permaneçam mais saudáveis e mantenham a qualidade de vida por mais tempo. Envolver os idosos como participantes plenos do desenvolvimento, conforme estabelecido no Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento (2002), contribuirá para o seu bem-estar e o da família e para o desenvolvimento econômico em geral. Os idosos já têm papel vital nos países em desenvolvimento: no seu apoio a outras gerações (como netos, órfãos da AIDS), como guardiões das experiências coletivas e como amálgama das comunidades em tempos de crise. Argumentou-se, com relação à África Subsaariana - a região mais pobre do mundo - que em áreas rurais, o investimento nos idosos poderia aliviar a pobreza e beneficiar comunidades inteiras de várias formas. Em primeiro lugar, uma vez que a maioria dos agricultores da região são idosos, investir na saúde e capacitá-los, fornecer-lhes recursos, ferramentas e conhecimento poderia melhorar substancialmente a produção de alimentos. Em segundo lugar, mudar as práticas dos proprietários de terra idosos com relação ao controle da terra e aos direitos de herança poderia melhorar o engajamento das gerações mais novas na agricultura e nos empreendimentos (403).

Concebendo um Novo Paradigma

O documento *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*, de 2002, anunciou o fim do paradigma ultrapassado e rígido, definido de estágios de vida no qual o período que antecede a vida adulta é dedicado à aprendizagem, a maior parte da vida adulta ao trabalho e a velhice à aposentadoria e à dependência. Esse

paradigma, naquela época e mais ainda agora, está se distanciando da realidade de vida das pessoas, especialmente nos países de alta renda. As regiões de média renda também começaram a sentir as mudanças e já se deparam com períodos de aprendizagem estendidos e mais aperfeiçoamento de habilidades disperso ao longo da vida profissional. O modelo rígido dos estágios da vida não está mais adequado a um mundo globalizado, interconectado e que está envelhecendo. Com rápidos avanços tecnológicos e menos jovens munidos das mais modernas habilidades prestes a integrar a força de trabalho, a aprendizagem não pode parar depois do fim da educação formal. A participação ativa dos idosos em todas as áreas da atividade humana é cada vez mais necessária. Cuidar precisa se reconfigurar como responsabilidade compartilhada porque não há outra alternativa.

O modelo flexível do curso de vida derruba as divisões artificiais entre gerações, engajando a todos em todas as idades. Implica uma total reavaliação dos direitos e restrições com base na idade e responde muito mais às necessidades individuais de crescer, trabalhar, descansar, cuidar e ser cuidado, durante o curso de vida.

“A forma como lidamos com o envelhecimento e os idosos determinará nossas relações com outras gerações e a maneira como nós, nossos filhos e netos envelhecerão.” (21)

A Resposta

Em uma sociedade que integra gerações em transições fluidas ao longo do curso de vida, o papel das políticas públicas é de:

- criar oportunidades para saúde, participação e aprendizagem ao longo da vida;

- proteger as pessoas dos riscos comuns à saúde, à segurança financeira, social e pessoal, e de não serem atendidas por serem desafortunadas;
- dar poder de decisão às pessoas promovendo os direitos básicos ao longo do curso de vida e especialmente os direitos dos idosos à independência, à participação, ao cuidado, à realização pessoal e à dignidade conforme expresso nos Princípios das Nações Unidas para o Idoso (17).

Participação baseada em direitos. De acordo com uma perspectiva de Envelhecimento Ativo, as decisões são tomadas com, e não somente para, as pessoas por elas afetadas. Isso significa envolver todas as gerações, com um esforço especial de ouvir aqueles com menos voz: os jovens, os muito idosos e, na maioria das regiões, as mulheres, os de baixa renda, os marginalizados e as minorias e grupos de imigrantes. Participação na tomada de decisões é mais do que a simples “consulta”. Precisa envolver a identificação e correção dos desequilíbrios de poder para que haja uma inclusão genuína na tomada das decisões, na resolução das diferenças e na obtenção de soluções equânimes. A primazia dos direitos é vitalícia. Inclui a identificação e o respeito aos valores e às metas de vida dos idosos frágeis e daqueles que se aproximam do fim da vida.

Construir resiliência por meio da ação inter-setorial. O Marco Político do Envelhecimento Ativo se baseia na noção de que todos os fatores determinantes identificados devem ser abordados para promover pessoas resilientes em comunidades resilientes, favorecendo os fatores de proteção e minimizando os riscos. Isso requer ações de Envelhecimento Ativo em todos os níveis de governo e em todos os setores políticos: saúde e bem-estar social, educação, emprego, indústria, transporte, moradia, meio ambiente, seguridade social,

cultura, justiça e desenvolvimento rural e urbano.

Conscientização e conhecimento para se mobilizar de forma eficaz. É crucial para aumentar a consciência sobre as implicações imediatas e a longo prazo da Revolução da Longevidade para informar e mobilizar ações. A coleta de dados e as pesquisas sobre a idade e o envelhecimento melhoraram consideravelmente na última década, mas ainda se fazem necessárias a desagregação de dados e a disseminação muito mais ampla do conhecimento baseado em evidências em todas as regiões, especialmente nos países de média e baixa renda.

Recomendações de Políticas Chave

A política do Envelhecimento Ativo requer ações abrangentes e intersetoriais sobre os quatro pilares (Fig. 12) e todos os fatores determinantes. As recomendações de polí-

ticas a seguir foram projetadas para serem relevantes para tomadores de decisão em todos os níveis, em todos os setores e em todos os países. A maior parte se direciona ao governo, mas muitas são relevantes também para outros atores - a saber, as organizações intergovernamentais como as Nações Unidas, a sociedade civil, o setor privado, a mídia e os próprios idosos (ver Fig. 13 e tabelas a seguir). Embora o Envelhecimento Ativo se aplique a pessoas em todos os pontos do curso de vida, algumas recomendações se relacionam especificamente aos idosos. Outras são recomendações de integração da idade; ou seja, onde o envelhecimento precisa se integrar a outras áreas políticas, dado que o envelhecimento deve ser abordado de acordo com a perspectiva do curso de vida. Enquanto fatores determinantes transversais, o gênero e a cultura precisam ser levados em consideração em todas as áreas políticas quando se for desenvolver ações específicas.

Tabela 6. **Recomendações para a Saúde**

Figura 12. **Os Pilares do Envelhecimento Ativo**



(Fonte: Adaptação de OMS 2002 (1))

Figura 13. **Ação intersectorial**



Para tirar máximo proveito da Revolução da Longevidade, é essencial não só aumentar o número de anos de vida, mas também os anos em boa saúde. Os fatores de risco, tanto ambientais como comportamentais, precisam ser reduzidos. Simultaneamente, os fatores de proteção precisam aumentar para garantir que as doenças crônicas e o declínio funcional possam ser prevenidos ou adiados (ou seja, minimizados ao máximo). A promoção da saúde, a prevenção, a detecção e o tratamento das doenças precisam estar vigorosamente garantidos para apoiar o Envelhecimento Ativo e para maximizar os dividendos da maior longevidade. Quando, e se, as pessoas vierem a precisar de cuidado, ele deve ser integrado e personalizado com ênfase geral sobre a manutenção da maior capacidade funcional e qualidade de vida possível.

Recomendações para a Saúde	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
1. Reduzir fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores de proteção ao longo do curso de vida.						

Recomendações para a Saúde	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
1.1 Influências econômicas sobre a saúde. Reduzir as desigualdades sócio-econômicas que contribuem para o surgimento da doença e da deficiência ao longo da vida: pobreza absoluta, desigualdade de renda, baixo grau de educação e de conhecimentos, exclusão social. Priorizar a melhora da condição de saúde dos grupos socialmente excluídos.						●
1.2 Ambientes amigos do idoso, limpos e saudáveis. Facilitar o acesso universal a ar e água não poluídos; reduzir a poluição e minimizar a exposição a poluentes, em especial nos grupos vulneráveis; construir ambientes sem barreiras para facilitar a mobilidade ativa, o acesso a áreas verdes saudáveis e à alimentação saudável.				●		●
1.3 Hábitos saudáveis e auto-cuidado em todas as idades. Promover hábitos saudáveis e auto-cuidado desde a mais tenra idade e ao longo da vida, cultivando a educação para a saúde nos currículos educacionais e favorecendo o acesso amplo e contínuo a informações de saúde confiáveis.	●			●	●	●
1.4 Controle do tabaco. Desencorajar veementemente as pessoas a começarem a fumar, controlar o uso do tabaco para evitar fumar passivamente e apoiar as pessoas que queiram parar de fumar.		●		●	●	●
1.5 Controle do álcool. Fornecer informações sobre o consumo seguro e implementar medidas criativas para reduzir o consumo excessivo.		●		●	●	●
1.6 Atividade física. Fornecer oportunidades baratas, acessíveis e prazerosas de atividade física ao longo de todas as etapas do curso de vida, inclusive para os que têm limitação funcional.	●	●		●		●
1.7 Escolhas alimentares saudáveis. Garantir acesso a alimentos baratos e nutritivos e a informações imparciais sobre nutrição equilibrada ao longo do curso de vida.	●	●		●	●	●
1.8 Aconselhamento sobre práticas e intervenções preventivas eficazes. Desenvolver e disseminar recomendações direcionadas de acordo com a idade e a condição funcional sobre a eficácia de medidas específicas de prevenção de doença/promoção de saúde e intervenções de saúde para melhorar a saúde e a expectativa de vida.	●					
1.9 Resiliência psicológica. Estimular a resiliência psicológica desde a primeira infância e ao longo da vida através do currículo	●	●				●

Recomendações para a Saúde	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
escolar e de uma educação da comunidade que seja centrada em atitudes e comportamentos positivos (ou seja, cultivar emoções positivas, engajamento, empatia, relações satisfatórias, buscas e realizações significativas).						
2. Garantir acesso universal a serviços de saúde de qualidade.						
2.1 Acesso universal. Fornecer cobertura universal de serviço de saúde que dê acesso não discriminatório a toda a gama de serviços de saúde mental e física e que promova a boa saúde, previna e controle a doença mental e física e a incapacidade e preserve a qualidade de vida. Esses serviços devem incluir:						●
2.1.1 prevenção, detecção e tratamento eficazes - acesso igualitário e específico para cada gênero e para todas as idades a rastreamento e tratamento eficaz, oportuno e com preço razoável;						●
2.1.2 medicamentos - medicamentos essenciais, seguros, a preço razoável, eficazes, e de qualidade, assim como instrução centrada na pessoa e acompanhamento para garantir adesão e evitar as interações medicamentosas e as reações adversas;						●
2.1.3 continuum de cuidado - acesso a um continuum de serviços sociais e de saúde com preço razoável, acessíveis e de alta qualidade que supra as necessidades e direitos das pessoas à medida que envelhecem e que inclua o acesso a avaliação e cuidado geriátrico abrangente;						●
2.1.4 não discriminação - proteção, promoção e realização das necessidades de saúde de cada pessoa, sem discriminação por idade, gênero, raça, condição sócio-econômica, cultura nem orientação/ identidade sexual;						●
2.1.5 serviços amigos do idoso - auxiliar os profissionais de saúde a projetar e implementar serviços de saúde em nível primário e hospitalar que sejam amigos do idoso.						●
2.2 Treinamento profissional. Fornecer treinamento geriátrico e gerontológico básico e continuado a todos os profissionais de saúde e serviço social e a cuidadores/equipe de apoio remunerados - incluindo no treinamento as abordagens baseadas em direitos e centradas na pessoa.	●					●
2.3 Tomada de decisões. Implementar diretrizes e protocolos para apoiar decisões adequadas e baseadas em evidências envolvendo idosos e aqueles que lhes fornecem serviços.		●	●			●

Recomendações para a Saúde	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
2.4 Tecnologias com boa relação custo-benefício. Investir no desenvolvimento e na implementação de tecnologias com boa relação custo-benefício para melhorar a detecção precoce, o tratamento e/ou a manutenção da funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas com limitações físicas e/ou cognitivas.	●			●		●
3. Prestar atenção especial às questões específicas de saúde.						
3.1 Consciência dos problemas de saúde mental. Conscientizar sobre os problemas de saúde mental, como a depressão, os pensamentos suicidas e os problemas associados com a demência e contestar os estigmas sociais que impedem que se busque ajuda e tratamento.	●	●			●	●
3.2 Serviços de saúde mental. Disponibilizar um continuum integrado de serviços de saúde mental que vá desde a prevenção e intervenção precoce até o tratamento e a reabilitação, e garantir que os profissionais de saúde sejam adequadamente treinados para diagnosticar e tratar corretamente os problemas de saúde mental nos idosos e nos jovens.	●		●			●
3.3 Reconhecimento e resposta ao HIV/AIDS e a outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Incluir os idosos no monitoramento de HIV/AIDS e de outras DSTs, removendo as restrições de idade na coleta e análise de dados; incluir os idosos nos programas de prevenção, cuidado e tratamento de HIV/AIDS e de outras DSTs; e reconhecer e dar suporte aos cuidadores de pessoas infectadas ou órfãs em consequência da AIDS.				●		●
3.4 Riscos de doenças infecciosas. Melhorar a detecção no nível do cuidado primário das doenças infecciosas, especialmente nos idosos que são mais suscetíveis; garantir tratamento imediato para reduzir a mortalidade evitável; e desenvolver, implementar e aplicar vacinas que sejam eficazes na velhice.	●	●		●		●
3.5 Perdas auditiva e visual. Reduzir as perdas auditiva e visual que possam ser evitadas, fornecendo acesso universal a prevenção e rastreamento adequado, bem como tratamento acessível, inclusive óculos de correção e próteses auditivas.						●
3.6 Prevenção de quedas. Verificar fatores de risco individuais e ambientais para quedas e proporcionar promoção de saúde multifatorial, tratamento médico, modificações do ambiente da moradia e medidas de mitigação de quedas (por exemplo, dispositivos de monitoração) para reduzir riscos.		●		●		●

Recomendações para a Saúde	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
4. Desenvolver uma cultura de cuidado.	●	●		●		●
4.1 Auto-cuidado. Promover o auto-cuidado e dar apoio para que os idosos possam manejar eles mesmos suas doenças.						
4.2 Envelhecer em casa. Oferecer um espectro amplo, flexível e de preço razoável de opções de moradia e serviços na comunidade para ajudar idosos e pessoas com deficiência a permanecer em casa, como adaptações da casa, opções de moradia alternativa, serviços de transporte, manutenção da casa, serviços de refeição e cuidado pessoal.		●		●		●
4.3 Organização e prestação de cuidado. Estabelecer sistemas de apoio e cuidado com os seguintes atributos de melhores práticas: abrangência dos serviços; comunicação com quem recebe o cuidado e com a família; cuidadores não remunerados e entre os fornecedores; coordenação de todos os serviços centrados em quem recebe o cuidado; continuidade em todas as situações e ao longo do tempo; ligação com a comunidade, incluindo as comunidades etno-culturais.						●
4.4 Dar suporte aos cuidadores. Dar aos cuidadores não remunerados suporte adequado e flexível para que possam cuidar do próprio bem-estar físico, profissional, financeiro e psicossocial enquanto cuidam do idoso. Promover a posição de que o cuidado não remunerado é uma escolha e não uma obrigação imposta por papéis sociais determinados pelo gênero, nem pela falta de alternativa de cuidado na comunidade. Promover formas de “compartilhar o cuidado” entre gerações da família e com as redes de amigos e da comunidade.		●		●		●
4.5 Instrução e treinamento para o cuidado. Dar suporte para que os provedores de serviço e a sociedade civil ofereçam educação prática, flexível e continuada e informação para auxiliar os cuidadores não remunerados e fornecer treinamento certificado de alto nível para cuidadores remunerados.	●					●
4.6 Condições de trabalho dos cuidadores. Propiciar aos cuidadores condições de trabalho e remuneração adequadas, que levem em consideração o valor e a complexidade de seu trabalho e reforcem a dedicação à profissão de cuidador.				●		●
4.7 Multi-morbidade e fragilidade. Garantir acesso a avaliação geriátrica abrangente e a uma abordagem de cuidado construída		●		●		●

Recomendações para a Saúde	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
em parceria com o idoso para prevenir ou reverter a fragilidade, preservar a qualidade de vida e minimizar riscos desnecessários.						
4.8 Cuidado paliativo. Garantir cuidado paliativo que seja centrado na pessoa, com mais “toque” e menos tecnologia (high touch and low tech), desde o início de doenças que limitem a vida e altamente focado no conforto e no cuidado. Preparar e auxiliar as pessoas próximas a quem está morrendo para que possam acompanhá-la durante essa jornada final e seguir adiante.		●		●		●
4.9 Planejamento para a dependência e o cuidado. Conscientizar sobre a importância de prever o declínio funcional e a possível dependência na velhice, incluindo o planejamento de arranjos de moradia, cuidado de longo prazo e instruções de cuidado avançado.	●	●				●

Tabela 7. **Recomendações para a Aprendizagem ao Longo da Vida**

A aprendizagem ao longo da vida suporta todos os outros pilares do Envelhecimento Ativo. O conhecimento contribui para a saúde, garante maior participação em todas as esferas da sociedade e aumenta a segurança. Numa sociedade na qual o conhecimento se torna mais acessível, embora mediado por uma tecnologia da comunicação em constante desenvolvimento, o acúmulo de conhecimento ao longo da vida é fundamental.

Recomendações para a Aprendizagem ao Logo da Vida	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
1. Promover oportunidades inovadoras para a aprendizagem ao longo da vida.						
1.1 Cultura de aprendizagem ao longo da vida. Propiciar oportunidades flexíveis e acessíveis de ampliação de conhecimentos, educação, treinamento e re-treinamento ao longo do curso de vida; e adaptar os arranjos de trabalho para facilitar e estimular a aprendizagem para suprir uma gama de necessidades pessoais e profissionais. Dar suporte para que a sociedade civil ofereça acesso e encoraje a aprendizagem em situações e modalidades não tradicionais para alcançar pessoas excluídas ou socialmente isoladas.	●	●		●		●
1.2 Melhores Práticas. Apoiar a identificação e disseminação de	●				●	●

Recomendações para a Aprendizagem ao Logo da Vida	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
melhores práticas para maximizar o engajamento e a obtenção dos maiores benefícios possíveis da aprendizagem ao longo da vida.						
2. Melhorar o acesso à informação.						
2.1 Acessibilidade. Garantir que a informação seja fornecida de forma acessível para que as pessoas com capacidade funcional reduzida ou com baixo grau de escolaridade não sejam excluídas.	●	●			●	●
2.2 Inclusão tecnológica. Reduzir a exclusão digital garantindo acesso e treinamento adaptado às necessidades específicas das pessoas de todas as idades que estejam sujeitas ao risco de exclusão.	●			●		●
2.3 Informação sobre direitos. Garantir que as pessoas tenham total acesso a informações abrangentes e confiáveis sobre seus direitos e às formas de fazer valer esses direitos, especialmente para os mais vulneráveis.		●			●	●
3. Reconhecer o papel crucial do voluntariado na promoção da aprendizagem ao longo da vida.						
3.1 Treinamento e orientação para voluntários. Dar apoio a organizações da sociedade civil para que ofereçam treinamento e orientação para voluntários e membros, no intuito de aprimorar habilidades e ampliar conhecimentos.						●
4. Promover a educação para a saúde como prioridade e preparar as pessoas para o cuidado.						
4.1 Educação para a saúde. Propiciar oportunidades direcionadas e gerais para melhorar a educação para a saúde em todas as situações e com pessoas de todas as idades. Estabelecer ferramentas de treinamento e diretrizes para a prática no intuito de garantir que os profissionais de saúde tenham o melhor conjunto de habilidades possível para discernir as necessidades específicas dos pacientes e agir de forma a supri-las.	●	●		●		●
4.2 Cuidado. Fornecer instrução e modelos de auto-cuidado e de cuidado dos outros, contestando, especificamente, estereótipos ultrapassados de determinação de papéis de acordo com o gênero.		●				●
5. Proporcionar educação e treinamento sobre o envelhecimento.	●	●			●	●

Recomendações para a Aprendizagem ao Logo da Vida	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Sector Privado	Mídia	Governos
processo de envelhecimento e os fatores que o determinam, além de respeitar os direitos do idoso.						
5.2 Inclusão do envelhecimento nos currículos educacionais. Dar suporte para que instituições de educação formal da comunidade e da sociedade civil incluam a educação sobre o envelhecimento enquanto processo que dura toda a vida, a forma diferente como afeta homens e mulheres e sobre os direitos do idoso em situações educacionais.						●
5.3 O estudo do envelhecimento. Encorajar instituições de ensino a oferecer disciplinas sobre as implicações da Revolução da Longevidade, sobre a sociedade e sobre todas as áreas da vida, a alunos e profissionais de vários campos de atuação - não somente no setor da saúde (incluindo jornalismo, negócios, engenharia, direito, design, arquitetura etc.).	●					●
6. Promover o intercâmbio entre gerações como forma de aprendizagem ao longo da vida.						
6.1 Intercâmbio entre gerações em várias situações. Maximizar as oportunidades de intercâmbio entre gerações nas famílias, comunidades e locais de trabalho.	●	●		●		●
6.2 Valorizar o conhecimento de outras gerações. Estimular a valorização de habilidades, experiências, perspectivas, memória e sabedoria acumulada e sua transmissão a outras gerações.	●	●		●		●

Tabela 8. **Recomendações para a Participação**

Garantir que as pessoas possam participar de atividades sociais, econômicas, culturais, cívicas, recreativas e espirituais ao longo da vida - inclusive na velhice - de acordo com suas necessidades, preferências, capacidades e, mais importante, direitos, induz a sociedades mais produtivas e inclusivas. Devem propiciar-se oportunidades de participação para incluir e dar poder de decisão a grupos marginalizados e àqueles sob risco de exclusão devido à redução da capacidade funcional.

Recomendações para a Participação	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Sector Privado	Mídia	Governos
1. Melhorar a imagem do envelhecimento e combater estereótipos e preconceitos.						

Recomendações para a Participação	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
1.1 Imagens positivas. Promover imagens positivas e realistas do envelhecimento e dos idosos e contestar os estereótipos e preconceitos que impedem a participação.		●			●	●
1.2 Mídia. Aumentar a representação na mídia de mulheres e homens idosos e criar uma imagem real do envelhecimento populacional e de suas implicações.	●				●	
2. Criar oportunidades de participação.						
2.1 Oportunidades totalmente acessíveis para a participação de todos. Criar oportunidades para que as pessoas com diferentes níveis de capacidade funcional possam participar em todas as esferas da vida, como a social, a econômica, a política, a cívica, a recreativa, a cultural e a espiritual.	●	●		●		●
2.2 Reduzir a solidão. Estabelecer programas formais e voluntários na comunidade local para identificar e estabelecer contato com idosos com risco de solidão e facilitar a maior participação social deles.		●				●
3. Possibilitar o envolvimento ativo na tomada de decisões.						
3.1 Mecanismos para participação e consulta. Criar mecanismos para participação e consulta de mulheres e homens idosos nos processos de tomada de decisões em todos os níveis.		●		●		●
3.2 Inclusão. Envolver ativamente os idosos, as famílias e os cuidadores quando desenvolver produtos e serviços e, em especial, metas e arranjos de cuidado.	●	●		●		
4. Fomentar o engajamento cívico e voluntário ao longo do curso de vida.						
4.1 Oportunidades e incentivos. Oferecer oportunidades para o engajamento cívico, incluindo organizações de defesa e ação comunitária, que seja adaptado a metas, interesses e talentos individuais; estabelecer como público alvo grupos cuja voz seja pouco ouvida no discurso cívico, como os adultos jovens, as minorias, as pessoas em desvantagem sócio-econômica e os indivíduos que estão em isolamento social.		●				●
4.2 Cultura do voluntariado. Estabelecer uma “cultura do voluntariado” encorajando a atividade voluntária formal e informal como parte da vida de todos em todas as idades.		●		●		●

Recomendações para a Participação	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
4.3 Organizações de idosos. Investir em grupos organizados por homens e mulheres idosos na comunidade, como associações de idosos e grupos de auto-ajuda.		●		●		●
4.4 Inclusão social. Dar suporte à sociedade civil para que estabeleça programas voluntários com o objetivo específico de fortalecer a conexão das pessoas de diferentes gerações, gêneros e culturas e que envolvam a inclusão digital.					●	●
5. Re-projetar o trabalho e o ambiente de trabalho para a participação mais estável e por mais tempo na força de trabalho.						
5.1 Trabalhadores idosos. Encorajar os idosos que queiram trabalhar a fazê-lo implementando estratégias para reter trabalhadores idosos e para facilitar a transição trabalho-aposentadoria quando não for mais possível ou desejável trabalhar.				●		●
5.2 Acabar com a discriminação. Adotar e implementar políticas não discriminatórias para o recrutamento, a seleção, o treinamento e a promoção. Proibir o uso da idade de aposentadoria compulsória como meio coercivo de expulsão do emprego e implementar uma idade mínima de aposentadoria.				●		●
5.3 Oportunidade de emprego em todas as idades. Estimular a criação de oportunidades de emprego para adultos de todas as idades, especialmente aqueles que estão sujeitos a alta taxa de desemprego e subemprego.				●		●
5.4 Flexibilidade no trabalho. Permitir a implementação de práticas flexíveis de trabalho ao longo da vida, tanto para mulheres quanto para homens, considerando que facilitar os períodos de aprendizagem ao longo da vida, cuidado e buscas pessoais é investir em capital humano.				●		●
5.5 Local de trabalho saudável. Promover hábitos saudáveis no local de trabalho e dar oportunidades para que se melhore a saúde pessoal. Introduzir e melhorar ambientes de trabalho seguros e ergonômicos.				●		●
6. Cultivar a solidariedade intergeracional.						
6.1 Solidariedade intergeracional. Estimular o contato e o diálogo entre gerações; proporcionar educação, o quanto antes, sobre os	●	●			●	

Recomendações para a Participação	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
valores de apoio mútuo e cuidado na família e entre gerações; reduzir o potencial de conflito entre as gerações produzido por desinformação e estereótipos de idade; identificar os desafios enfrentados pelas famílias (e, especialmente, os adultos jovens) e promover soluções que aumentem as oportunidades de participação e o bem-estar.						
6.2 Decisões inclusivas. Garantir o diálogo entre gerações, dando voz aos jovens e aos idosos quando se tomarem decisões sobre questões de interesse público relacionadas ao envelhecimento.	●					●
7. Criar ambientes amigos do idoso para encorajar a participação.						
7.1 Design amigo do idoso para todas as idades. Construir ambientes amigos do idoso que promovam a independência e a segurança e reduzam as barreiras para as pessoas de todas as idades, especialmente para aquelas que tenham limitações funcionais.				●		●
7.2 Transporte e mobilidade. Melhorar o transporte público e a mobilidade para que pessoas de todas as idades, inclusive aquelas com capacidade funcional reduzida, possam se movimentar, tanto para o lazer quanto para suprir suas necessidades essenciais.				●		●
7.3 Serviços e programas na comunidade local. Criar e apoiar serviços amigos do idoso e inclusivos na comunidade local para aumentar a participação, inclusive a participação daqueles que se		●				●

Tabela 9. **Recomendações para a Segurança / Proteção**

A segurança é um direito humano básico que nos permite viver livres de insegurança física, social e financeira. Quando as pessoas não mais conseguem sustentar e proteger a si mesmas, o que muitas vezes acontece na velhice, políticas que tratam de necessidades e direitos se tornam particularmente importantes.

Recomendações para a Segurança / Proteção	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
sintam excluídos devido à migração.						

Recomendações para a Segurança / Proteção	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
1.1 Direito à segurança física, abrigo, saneamento, água e alimentos seguros para o consumo. Garantir proteção, segurança e dignidade para todos, inclusive para as pessoas em fim de vida, promovendo as necessidades e os direitos básicos de segurança física ao longo da vida, tanto para homens quanto para mulheres; e criar e implementar protocolos que abordem as vulnerabilidades específicas relacionadas à idade, ao gênero e às limitações funcionais em situações de emergência e conflito.				●		●
1.2 Acesso universal à seguridade social básica. Garantir que todos tenham acesso à seguridade social básica ao longo da vida, como o direito a educação, moradia, medicamentos e serviço de saúde acessíveis.						●
2. Construir ambientes físicos amigos do idoso como princípio fundamental da segurança.						
2.1 Ambientes de proteção. Construir comunidades e ambientes amigos do idoso que contribuam para a segurança dos residentes, em especial daqueles que tenham incapacidades ou morem sozinhos.	●	●		●		●
2.2 Moradia. Fornecer uma gama de opções acessíveis de moradia que facilite o envelhecimento em casa e informação abrangente para orientar as pessoas sobre as vantagens de opções, como modificações na casa, moradias alternativas e/ou diferentes arranjos de moradia.				●	●	●
3. Erradicar a pobreza e garantir uma renda básica ao longo do curso de vida.						
3.1 Proteção social. Fornecer e/ou aumentar a cobertura dos benefícios mínimos de proteção social para evitar períodos de empobrecimento ao longo da vida, que ameaçam o bem-estar mais tarde, e também prevenir o empobrecimento na velhice.						●
3.2 Inovações de geração de renda para eliminar a pobreza. Implementar mecanismos eficazes para erradicar a pobreza e a privação material dos idosos, em especial das mulheres idosas (por exemplo, esquemas de microcrédito e cooperativas).			●			●
3.3 Desigualdades. Desenvolver e/ou manter políticas que reduzam as desigualdades econômicas entre homens e mulheres e nos						●

Recomendações para a Segurança / Proteção	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
4. Segurança por meio de trabalho decente e sustentabilidade dos sistemas de pensão.						
4.1 Preparação para o futuro. Preparar os trabalhadores de todas as idades para adotar uma perspectiva de longo prazo para o futuro da vida profissional e se planejar adequadamente.	●			●		●
4.2 Trabalho decente. Legislar padrões trabalhistas satisfatórios e requerer que os empregadores garantam trabalho decente, conforme definido pela Organização Internacional do Trabalho, para os empregados de todas as idades.						●
4.3 Aposentadoria. Eliminar a aposentadoria compulsória com base na idade, implementar uma idade mínima de aposentadoria e proibir práticas de coerção dos trabalhadores idosos para que deixem de trabalhar sem qualquer justificativa.						●
4.4 Sistemas de pensão. Garantir que os sistemas de pensão protejam os atuais e futuros pensionistas da pobreza; garantir a sustentabilidade dos sistemas de pensão por meio da alta taxa de emprego de modo a manter um sistema robusto e adaptável de contribuição a longo prazo e investimento sólido em fundos de aposentadoria; e introduzir sistemas de pensão universais sem contribuição e com contribuição relacionada ao emprego onde eles ainda não existam.						●
4.5 Identificar e lidar com fatores subjacentes às diferenças entre as faixas etárias. Garantir que as discussões e políticas direcionadas a suprir as necessidades de todos os cidadãos considerem as histórias sociais e econômicas que determinam a vida e a trajetória das pessoas ao longo da vida e busquem corrigir as variáveis atuais que geram desigualdade em um determinado momento, em lugar de estimular polarizações, como no caso de “abastado” versus “empobrecido”.		●				●
5. Prevenir e combater a discriminação, a violência e o abuso.						
5.1 Conscientização. Conscientizar de várias formas, inclusive a mídia, sobre como e onde pode ocorrer o abuso ao idoso, quem são as vítimas prováveis e como buscar ajuda.		●			●	●
5.2 Prevenção, identificação e registro. Criar mecanismos para prevenir e ajudar a identificar e registrar casos de discriminação, violência e abuso e torná-los amplamente conhecidos.	●				●	●

Recomendações para a Segurança / Proteção	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Sector Privado	Mídia	Governos
5.3 Proteção da lei. Garantir que a lei proteja adequadamente os direitos dos idosos, inclusive estar livre da discriminação, da violência e do abuso e tomar as medidas adequadas para fazer com que a lei seja conhecida e cumprida.						●
5.4 Tratamento. Desenvolver sistemas que forneçam apoio adequado e oportuno àqueles que sofrem discriminação, violência ou abuso para minimizar o dano a curto e longo prazo.	●	●				●

Tabela 10. **Recomendações sobre Questões Transversais**

Para alcançar um Envelhecimento Ativo abrangente com ações nos quatro pilares, a colaboração intersectorial é indispensável. As políticas de cada setor têm impacto sobre todos os outros. Desta forma, todos os setores precisam se comunicar entre si e alinhar políticas. Em muitas situações, será necessário aumentar a consciência sobre o envelhecimento populacional, seus desafios, opções e as prováveis consequências das ações, antes que decisões sejam tomadas. Dados robustos e completos são necessários para informar o público, influenciar a opinião pública, orientar os formuladores de políticas, desenvolver políticas eficazes e monitorar e avaliar sua implementação.

Recomendações sobre Questões Transversais	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Sector Privado	Mídia	Governos
1. Reconhecer o envelhecimento populacional como questão política urgente e tomar as providências necessárias.						
1.1 Urgência de ação. Promover amplo reconhecimento da prioridade do envelhecimento enquanto questão política e conscientização sobre as formas de reagir à Revolução da Longevidade para que todos se beneficiem ao máximo.		●	●			●
1.2 Janelas de oportunidade. Destacar as oportunidades e janelas específicas de oportunidade que advêm da Revolução da Longevidade, que precisam ser incorporadas pelos governos local, estadual e nacional.			●			●
1.3 Capacitação. Aumentar o acesso dos tomadores de decisão a evidências significativas, análises, opções e políticas e práticas já testadas para responder ao envelhecimento populacional.		●	●			●

2. Melhorar as estruturas de governança para responder à

Recomendações sobre Questões Transversais	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
Revolução da Longevidade.						
2.1 Ação trans-setorial. Estabelecer comitês intergovernamentais com representantes dos governos local, estadual e nacional para integrar as políticas em resposta ao envelhecimento populacional.						●
2.2 Coordenação. Estabelecer um órgão nacional/estadual/municipal que possa coordenar e fiscalizar as políticas sobre envelhecimento em cada nível respectivo e encorajar o processo de incluir o envelhecimento em outras áreas políticas.						●
2.3 Embaixador do Envelhecimento Ativo. Nomear embaixadores com credibilidade para popularizar o envelhecimento, priorizar as políticas de envelhecimento e aumentar a visibilidade e a consciência sobre as questões relacionadas ao envelhecimento.						●
2.4 Abordagem participativa e compromisso político. Garantir que o desenvolvimento de políticas tenha uma abordagem bidirecional: <i>bottom-up</i> e <i>top-down</i> .		●				●
3. Reconhecer como forma de garantir que ninguém fique de fora.						
3.1 Reconhecendo o envelhecimento. Garantir que o envelhecimento e os direitos do idoso estejam presentes em todos os programas e políticas relevantes.		●				●
3.2 O envelhecimento durante conflitos e crises. Incluir o envelhecimento e os direitos e necessidades do idoso nas respostas humanitárias, na assistência a áreas de conflito e deslocamento endêmicos, nos planos de adaptação e mitigação das mudanças ambientais e climáticas, assim como nos programas de gerenciamento e preparo para desastres.		●	●			●
3.3 Gênero e envelhecimento. Incluir o gênero em todas as políticas de envelhecimento e vice versa.						●
3.4 Cultura e envelhecimento. Incluir considerações culturais em todas as políticas e serviços relacionados ao envelhecimento.						●
3.5 Envelhecimento, orientação sexual e identidade. Aceitar por completo a ampla diversidade inerente às populações que envelhecem. Os estados devem focar mais na agenda de pesquisa para melhor compreender as questões enfrentadas pelos LGBTI		●				●

Recomendações sobre Questões Transversais	Academia /	Sociedade Civil	Organizações Intergovernamentais	Setor Privado	Mídia	Governos
idosos e apoiar o desenvolvimento de serviços sensíveis a LGBTI.						
4. Ação global. Garantir que as necessidades e questões relacionadas à idade sejam explicitamente abordadas, medidas e registradas como parte de compromissos políticos internacionais para promover o bem-estar de pessoas de todas as idades.		●	●			●
5. Investir no desenvolvimento e análise de dados e em pesquisas para o desenvolvimento, monitoramento e avaliação de políticas.						
5.1 Desagregação de dados. Garantir que os dados e as pesquisas populacionais sejam completamente desagregados por idade e sexo.						●
5.2 Órgão e financiamento para pesquisa. Estabelecer e investir em agências de pesquisa nacionais e transnacionais para identificar, apoiar e coordenar pesquisas relacionadas ao Envelhecimento Ativo.						●
5.3 Dados abrangentes e longitudinais. Apoiar o desenvolvimento de estudos longitudinais, representativos do ponto de vista nacional e comparáveis do ponto de vista internacional que permitam uma análise detalhada dos fatores determinantes do envelhecimento, da resiliência e da qualidade de vida ao longo do tempo.						●
5.4 Metas. Estabelecer metas mensuráveis específicas para gênero e idade para monitorar os avanços nos quatro pilares do Envelhecimento Ativo.			●			●
5.5 Monitoramento e avaliação. Estabelecer mecanismos e indicadores adequados para monitoramento e garantir avaliações e registros regulares.			●			●

CONCLUSÃO

Sabe-se muito mais agora sobre as características e os determinantes do Envelhecimento Ativo do que no passado. Grandes organizações internacionais, entre elas a Organização das Nações Unidas (ONU) e suas agências (em especial, a Organização Mundial da Saúde - OMS - e o Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA), Banco Mundial, o Fórum Econômico Mundial, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e Comissão Europeia, focaram nos impactos da Revolução da Longevidade e nos direcionamentos políticos requeridos. Essas organizações conferem credibilidade ao argumento, baseado em evidências, defendido pelas organizações não governamentais internacionais de envelhecimento; em particular, a HelpAge Internacional e a Federação Internacional sobre o Envelhecimento (IFA), bem como redes de especialistas, como a Aliança Global do Centro Internacional de Longevidade (ILC-GA), a Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG), a Associação Internacional de Lares e Serviços para o Idoso (IAHSA) e a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao Idoso (INPEA). Há agora muito mais apoio global às questões ligadas ao envelhecimento e a expansão se dá de forma exponencial.

Houve avanços concretos. Maior quantidade de dados e de melhor qualidade resultam de levantamentos de base populacional internacionalmente comparáveis e de estudos longitudinais. Algumas medidas políticas fundamentais foram adotadas em várias regiões,

como, por exemplo, a introdução de políticas de seguridade social, a disseminação da Rede de Cidades e Comunidades Amigas do Idoso, iniciada pela OMS, e a adoção do Índice de Envelhecimento Ativo, uma iniciativa conjunta da Comissão Europeia e da Comissão Econômica das Nações Unidas para a Europa. O abuso ao idoso e a demência são agora reconhecidos como prioridades mundiais. O ativismo internacional conseguiu destacar a necessidade de proteger e promover os direitos do idoso e levou a iniciativas promissoras nas Nações Unidas.

Dada a magnitude, a velocidade e o dinamismo da Revolução da Longevidade e seus impactos abrangentes, entretanto, a resposta internacional ainda é preocupantemente tímida. Os principais desafios e recomendações identificados no Marco Político de 2002, continuam a ser tão relevantes e visionários em 2015 quanto o eram em 2002. Apesar de caber, em grande parte, aos governos, em todos os níveis, liderar as mudanças políticas necessárias, o ônus de demandar mais ação conjunta recai sobre todas as gerações e todos os grupos da sociedade. Todos somos partes interessadas no que diz respeito aos resultados. O modelo do Envelhecimento Ativo continua a representar uma estrutura coerente e abrangente para estratégias nos níveis global, nacional, local e individual para reagir à Revolução da Longevidade.

Referências

1. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Healthpact Research Centre for Health Promotion and Wellbeing. A review of the literature on active ageing. Canberra: University of Canberra; 2006.
3. Office of the Chief Public Health Officer of Canada. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2010. Healthy aging: Adding life to years. Canada G of, editor. Ottawa; 2010.
4. Goh O. Successful ageing - A review of Singapore's policy approaches [Internet]. Ethos — Issue 1, October 2006. 2006. Disponível em: http://www.cscollege.gov.sg/Knowledge/Ethos/Issue_1_Oct_2006/Pages/Successful-Ageing-A-Review-of-Singapores-Policy-Approaches.aspx
5. Gobierno da España Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO). Libro blanco del envejecimiento activo [Internet]. 2011. Disponível em: http://www.imerso.es/imerso_01/envejecimiento-_acivo/libro_blanco/index.htm
6. Ministério da Saúde. Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Ed. Saúde D-G da, editor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2004.
7. Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). Política Nacional de Envejecimiento y Veyes 2011-2021. San Jose: CONAPAM; 2013.
8. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Envejecimiento Activo [Internet]. Social M de D, editor. Santiago: Gobierno de Chile; 2013. Disponível em: <http://www.senama.cl/EnvejecimientoAct.html>
9. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília/DF: Ministério da Saúde; 2011.
10. Gouvernement du Québec. Vieillir et vivre ensemble: chez soi, dans sa communauté au Québec. Aînés M de la F et des, editor. Québec: Gouvernement du Québec; 2012.
11. European Commission. European Year of Active Ageing and Solidarity Between Generations [Internet]. 2012. Disponível em: <http://europa.eu/ey2012/>
12. UNECE. Active Ageing Index Home [Internet]. 2015 [Acesso em: 25 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>
13. World Health Organization. Age-friendly Primary Health Care (PHC) Centres Toolkit [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [acesso em: 23 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/upcoming_publications/en/#.VRAZmdpg_zG7I.mendeley
14. World Health Organization. Global Age-friendly Cities: A Guide. Geneva: World Health Organization; 2007.
15. World Health Organization. Older persons in emergencies: Considerations for action and policy development [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [Acesso em: 23 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/emergencies_policy/en/#.VRAAm_BA3C7k.mendeley
16. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa: World Health Organization; 1986.
17. OHCHR. United Nations Principles for Older Persons [Internet]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 1991. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/OlderPersons.aspx>
18. UNFPA, HelpAge International. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. New York/London: UNFPA/HelpAge International; 2012.
19. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision. Highlights and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.228. New York: United Nations; 2013.
20. Ganz Lúcio C, Melo F, Lage Guerra M de F. As mudanças da população brasileira. Le Monde Diplomatique Brasil. 71st ed. São Paulo: Palavra Livre; 2013;26.
21. Kalache A. The Longevity Revolution: Creating a society for all ages. Adeleide Thinker in Residence 2012-2013. Adeleide: Government of South Australia; 2013.
22. IBGE. Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil - 2013. Rio de Janeiro; 2014.
23. Sozialpolitik-Aktuell.de. Fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1901 - 2060 [Internet]. Disponível em: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII2.pdf
24. IBGE. Tábuas de Mortalidade por sexo e idade – Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação - 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
25. United Nations Population Division. World

- Population Ageing 2013. New York: United Nations Population Division; 2013.
26. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2012;380(9859):2144–62. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673612616900>
27. Sidorenko A, Zaidi A. Active Ageing in CIS Countries: Semantics, Challenges, and Responses. *Curr Gerontol Geriatr Res* [Internet]. 2013;2013:261819. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23346109>
28. Marmot MG, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010. *The Marmot Review*; 2010.
29. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults-present status and future implications. *Lancet* [Internet]. 2014 Nov 6 [Acesso em: 1425 de janeiro de 2015];385(9967):563–75. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614614628>
30. United Nations Population Division. World Population Ageing: Profiles of Ageing 2011. CD-ROM. New York; 2011.
31. United Nations Population Division. World Population Ageing 1950-2050. New York: United Nations Population Division; 2001.
32. World Economic Forum. Global Risks 2014: Ninth Edition (Insight Report). Geneva: World Economic Forum; 2014.
33. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Urbanization Prospects: The 2011 Revision. New York: UNDESA; 2012.
34. UN-HABITAT. State of the World's Cities 2012/2013: Prosperity of Cities. Nairobi, Kenya: UN-HABITAT; 2012.
35. UN-HABITAT. Living conditions of low-income older people in human settlements: A global survey in connection with the International Year of Older People 1999. Nairobi: UN-HABITAT; 2006.
36. Ruiz R. America's most sedentary cities. *Forbes Magazine*. 2007.
37. World Health Organization and UN-HABITAT. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Kobe: World Health Organization, Centre for Health Development; 2010.
38. Harlan SL, Ruddell DM. Climate change and health in cities: impacts of heat and air pollution and potential co-benefits from mitigation and adaptation. *Curr Opin Environ Sustain* [Internet]. 2011;3(3):126–34. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877343511000029>
39. Buffel T, Phillipson C, Scharf T. Ageing in urban environments: Developing “age-friendly” cities. *Crit Soc Policy*. 2012;32(4):597–617.
40. Frey WH. Baby boomers and the new demographics of America's seniors. *Generations*. 2010;34(3):28–37.
41. Rural Evidence Research Centre. Rural England: Demographic Change and Projections 1991 - 2028. 2005.
42. Global Action on Aging. Rural aging [Internet]. Disponível em: <http://www.globalaging.org/ruralaging/index.htm>
43. Cai John; O'Keefe, Philip; Wang, Dewen FG, O'Keefe P, Cai F, Giles J, Wang D. The Elderly and Old Age Support in Rural China: Challenges and Prospects. *Dir Dev - Hum Dev*. Washington, DC: World Bank; 2012;
44. Fry CL. Globalization and the experiences of aging. *Gerontol Geriatr Educ*. 2005;26(1):9–22.
45. Kawachi I, Wamala S. Globalization and health: Challenges and prospects. In: Kawachi I, Wamala S, editors. *Globalization and health*. Oxford: Oxford University Press; 2007. p. 3–18.
46. World Economic Forum. Global Risks 2013: Eight Edition (Insight Report). Geneva: World Economic Forum; 2013.
47. United Nations Population Division. International Migration Report 2013. New York: United Nations; 2013.
48. United Nations Population Division. Cross-national comparisons of internal migration: An update on global patterns and trends. *Popul Div Tech Pap No 2013/1* [Internet]. New York: United Nations; 2013;30. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2013-1.pdf>
49. Migliorino P. The ageing of the post-war migrants: a challenge for health promotion and service delivery. *Health Voices: Journal of the Consumers Health Forum of Australia*. 2010.
50. Center for an Urban Future. The New Face of New York's Seniors [Internet]. New York: Center for an Urban Future; 2013. Disponível em: <http://nycfuture.org/pdf/The-New-Face-of-New-Yorks-Seniors.pdf>
51. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. The Age and

- Sex of Migrants 2011 Wallchart. New York: United Nations; 2011.
52. Ministry of Intergenerational Affairs Women and Integration of the State of North Rhine-Westphalia F. Report of the project: Active Ageing of Migrant Elders across Europe from 01.12.2007 to 30.11.2009. Dusseldorf: Ministry of Intergenerational Affairs, Family, Women and Integration of the State of North Rhine-Westphalia; 2010.
53. Government of South Australia. South Australia's Communities for All: Our Age-Friendly Future. 2012.
54. Brodsky J, Shnoor Y, Be'er S. The elderly in Israel: Statistical abstract 2011. Jerusalem, IL: Myers-Brookdale Institute. Disponível em: <http://mashav.jdc.org.il>; 2012.
55. Schwarzer R. The role of stressful life events [Internet]. Berlin: Freie Universitaet Berlin; 2001. p. 1–32. Disponível em: <http://userpage.fu-berlin.de/health/materials/lifeevents.pdf>
56. Tan J. Older Immigrants in the United States: The New Old Face of Immigration. *Bridg Rev.* 2011;30(2):28–30.
57. Niessen J. Diversity and cohesion: New challenges for the integration of immigrants and minorities. Council of Europe; 2000.
58. The New York Academy of Medicine. Ageing in a Foreign Land. An international study of ageing, migration and belonging - Research Protocol. Unpublished report. New York: The New York Academy of Medicine; 2009.
59. Manyika J, Chui M, Bughin J, Bisson RD, Marrs A. Disruptive technologies: Advances that will transform life, business, and the global economy. McKinsey Global Institute; 2013.
60. World Bank and International Telecommunication Union. The Little Data Book on Information and Communication Technology 2013 [Internet]. Washington: World Bank; 2013. Disponível em: <http://data.worldbank.org/products/data-books/little-data-book-on-info-communication-tech>
61. Pérez C. Technological Revolutions, Paradigm Shifts and Socio-Institutional Change. In: Reinert E, editor. *Globalization, economic development and inequality an alternative perspective*. Cheltenham, UK: Edward Elg; 2004. p. 217–42.
62. McMichael AJ. Globalization, Climate Change, and Human Health. *N Engl J Med* [Internet]. 2013;368(14):1335–43. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM-ra1109341>
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1109341>
63. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. Dengue: The Continual Re-Emergence of a Centuries-Old. *Ecohealth.* 2013;10:104–6.
64. Richardson K, Steffen W, Schellnhuber HJ, Alcamo J, Barker T, Kammen DM, et al. Synthesis report. Climate Change Congress Global Risks, Challenges & Decisions Copenhagen. 2009. p. 12.
65. Haq G, Whitelegg J, Kohler M. *Growing Old in a Changing Climate.* 2008;
66. Menz T, Welsch H. Population aging and environmental preferences in OECD countries: The case of air pollution. *Ecol Econ* [Internet]. 2010 Oct [Acesso em: 23 de maio de 2015];69(12):2582–9. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0921800910003265>
67. HelpAge International. Sustainable development in an ageing world. *Global AgeWatch.* London: HelpAge International; 2012. p. 1–4.
68. Wenger A, Mason SJA. The civilianization of armed conflict: trends and implications. *Int Rev Red Cross* [Internet]. Cambridge Univ Press; 2008; 90(872):835–52. Disponível em: <https://www.icrc.org/eng/assets/files/other/irrc-872-wenger-mason.pdf>
69. Global Action on Aging. Older Persons Caught in Armed Conflict and other Emergency Situations [Internet]. [Acesso em: 26 de maio de 2015]. Disponível em: <http://globalaging.org/armedconflict/index.htm>
70. HelpAge International. Needs assessment report with a special focus on older people in the Gaza Strip, affected by the conflict [Internet]. OPT/London: HelpAge International; 2012. Disponível em: [http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GazaStrip_needs assessment report_FV 060712.pdf](http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GazaStrip_needs%20assessment%20report_FV060712.pdf)
71. Kronfol N, Sibai A. Seniors during wars and civil strife: The Lebanese story. In: Cefalu CA, editor. *Disaster Preparedness for Seniors: A Comprehensive Guide for Healthcare Professionals.* New York: Springer Media; 2014. p. 345–51.
72. Inter-Agency Standing Committee. *Humanitarian Action and Older Persons: an essential brief for humanitarian actors.* Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2008.
73. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q.* 1971;49(4):509–38.
74. World Health Organization. *Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014.* Geneva: World Health Organization; 2014.
75. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.*

Elsevier; 2014;384(9947):980–1004.

76. World Health Organization. World Health Statistics 2008 [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2008. Disponível em: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_TOCintro.pdf

77. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. p. 176.

78. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr* [Internet]. 2011 Jan [Acesso em: 23 de março de 2015];11(1):47. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/47>

79. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2014; 385(9967):549–62. Disponível em: <http://linkin.ghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614613477>

80. Harper K, Armelagos G. The changing disease-scape in the third epidemiological transition. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(2):675–97.

81. Mathers CD, Stevens G A, Boerma T, White R A, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet* [Internet]. World Health Organization. Published by Elsevier Ltd/Inc/BV. All rights reserved.; 2014;385(9967):540–8. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673614605699>

82. World Health Organization. Projection of deaths by cause, age and sex, by World Bank income group [Internet]. Global Health Estimates Summary Tables. 2013 [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

83. World Health Organization. Global Burden of Disease 2004 Summary Tables [Internet]. 2008 [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/evidence/bod>

84. United Nations Development Programme. Human Development Report 2014 - Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience. New York: United Nations; 2014. 239 p.

85. World Bank. Poverty Data [Internet]. 2015 [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/topic/poverty>

86. Chen S, Ravallion M. The Developing World is Poorer than We Thought, But No Less Successful in the Fight Against Poverty. *Q J Econ* [Internet]. 2010;125(4):1577–625. Disponível em: <http://qje.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1162/>

[qje.2010.125.4.1577](http://qje.oxfordjournals.org/lookup/doi/10.1162/)

87. World Bank. GINI index (World Bank estimate) [Internet]. 2015 [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>

88. Oxfam. Working for the few. Oxfam Briefing Paper - Summary. Oxfam; 2014.

89. Cingano F. Trends in Income Inequality and its Impact on Economic Growth [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2014 [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/trends-in-income-inequality-and-its-impact-on-economic-growth_5jxrjncwxv6j-en

90. Ortiz I, Cummins M. Global inequality: Beyond the bottom billion - A Rapid Review of Income Distribution in 141 Countries [Internet]. Social and Economic Policy Working Paper. New York: UNICEF; 2011. p. 379–88. [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Global_Inequality_Beyond_the_Bottom_Billion.pdf

91. World Economic Forum. Outlook on the Global Agenda 2015 [Internet]. Davos: World Economic Forum; 2014. Disponível em: <http://www.weforum.org/reports/outlook-global-agenda-2012>

92. Dulleman C van. Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties [Internet]. Expert Group Meeting - Background Paper. New York: United Nations; 2007. Disponível em: <http://www.palgraveconnect.com/doi/10.1057/9780230115484>

93. Butler RN. Combating ageism. *Int Psychogeriatrics*. Cambridge Univ Press; 2009;21(02):211.

94. INPEA, IFA, ILC-US, IAGG, IAHSa, HelpAge International, et al. Strengthening Older People's Rights: Towards a UN Convention. 2010.

95. UNDESA. United Nations Open-ended Working Group on strengthening the protection of the human rights of older persons [Internet]. [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: <http://social.un.org/ageing-working-group/>

96. OHCHR. The Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons [Internet]. [Acesso: 18 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/OlderPersons/IE/Pages/IEOlderPersons.aspx>

97. Robert Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, Stand – Entwicklung – Folgen. Berlin: Robert Koch-Institut; 2001.

98. Groisman D. Velhice e história: perspectivas teóricas. *Cad do IPUB*. 1999;1(10):43–56.

99. Kohli M. The institutionalization of the life course: Looking back to look ahead. *Res Hum Dev.* 2007;4(3-4):253–71.
100. OECD. Pensions at a Glance 2013 OECD and G20 indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2013. Disponível em: http://www.oecd-ilibrary.org/finance-and-investment/pensions-at-a-glance-2013_pension_glance-2013-en
101. International Labour Organization. Social protection global policy trends 2010-2015 - From fiscal consolidation to expanding social protection: Key to crisis recovery, inclusive development and social justice [Internet]. Geneva; 2014. Report No.: Paper 12. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_319641.pdf
102. Wood A, Robertson M, Wintersgill D. A comparative review of international approaches to mandatory retirement. Research Report No 674. London; 2010.
103. Debert GB. Envelhecimento e curso da vida. *Estud Fem.* 2008;5(1):120.
104. Ramey VA, Francis N. A Century of Work and Leisure. *American Economic Journal: Macroeconomics.* 2009. p. 189–224.
105. White Hutchinson Leisure and Learning Group. The rise of leisure time inequality [Internet]. [Acesso em: 23 de março de 2015]. Disponível em: www.whitehutchinson.com/leisure/articles/rise.shtml
106. Kluge FA, Zagheni E, Loichinger E, Vogt T. The advantages of demographic change after the wave: Fewer and older, but healthier, greener, and more productive? Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock, Germany; 2014.
107. Salm M. Can subjective mortality expectations and stated preferences explain varying consumption and saving behaviors among the elderly? *IZA Discussion Papers*; 2006.
108. Griffin B, Hesketh B, Loh V. The influence of subjective life expectancy on retirement transition and planning: A longitudinal study. *J Vocat Behav.* 2012;81(2):129–37.
109. Kotter-Grühn D, Grühn D, Smith J. Predicting one's own death: the relationship between subjective and objective nearness to death in very old age. *Eur J Ageing.* 2010;7(4):293–300.
110. Christian J, Turner R, Holt N, Larkin M, Cotler JH. Does intergenerational contact reduce Ageism? When and How Contact Interventions Actually Work? *J Arts Humanit.* 2014;3(1).
111. Demos J, Demos V. Adolescence in historical perspective. *J Marriage Fam.* 1969;632–8.
112. Gillett C. Cultural Approaches to the Ageing Body. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing.* 2005.
113. Farrell C. Unretirement: How Baby Boomers are Changing the Way We Think About Work, Community, and the Good Life. New York: Bloomsbury; 2014.
114. Pass It On Network. Pass It On Network - A Global Program Exchange for Positive Aging [Internet]. [Acesso: 13 de maio de 2015]. Disponível em: <http://passitonnetwork.org/>
115. Lowenstein A. Global ageing and challenges to families. *Cambridge Handbook of Age and Ageing.* Cambridge University Press Cambridge; 2005;403–10.
116. Poon and Jiska Cohen-Mansfield, eds. LW. Understanding Well-Being in the Oldest Old [Internet]. Cambridge University Press; 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511920974>
117. Perls TT, Silver MH. Living to 100: Lessons in living to your maximum potential at any age. New York: BasicBooks; 1999.
118. Terry DF, Evans JC, Pencina MJ, Murabito JM, Vasan RS, Wolf PA, et al. Characteristics of Framingham offspring participants with long-lived parents. *Arch Intern Med.* American Medical Association; 2007;167(5):438–44.
119. Kleinman A. How we endure. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2015 May 28;383(9912):119–20. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60012-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60012-X)
120. United Nations. Changing Levels and Trends in Mortality: the role of patterns of death by cause. New York: United Nations Population Division; 2012.
121. Rodríguez MIG. Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Junta de Andalucía; 2010;
122. Kalache A. Repensando o curso de vida em resposta à revolução da longevidade. Key note speech during 7th Latin American Congress of Gerontology and Geriatrics, 9-11 Abril 2015. Belém; 2015.
123. Smith AK, Hochhalter ML, Ory MG. Successful Aging and Resilience: Applications for Public Health and Health Care. In: Resnick B, Gwyther LP, Roberto KA, editors. Resilience in Aging. New York: Springer; 2011. p. 15–29.
124. European Commission. Active ageing. Special Eurobarometer. Brussels: European Commission; 2012.
125. Walker A. A strategy for active ageing. *Int Soc Secur Rev.* 2002;55(1):121–39.
126. Walker A, Maltby T. Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *Int J Soc Welf.* 2012;21(s1):S117–30.

127. International Council on Active Aging. International Council on Active Aging [Internet]. 2015 [Acesso: 23 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.icaa.cc/>
128. Doron I, Apter I. The debate around the need for an international convention on the rights of older persons. *Gerontologist*. Oxford University Press; 2010;50(5):586–93.
129. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1948. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
130. World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalised World [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005. p. 1–6. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_BCHP.pdf
131. Hertzman C, Power C. Health and human development: understandings from life-course research. *Dev Neuropsychol*. 2003;24(2-3):719–44.
132. Shields M, Martel L. Healthy living among seniors. *Heal Reports*. 2005;16:7–20.
133. Morley JE, Flaherty JH. Editorial It's Never Too Late: Health Promotion and Illness Prevention in Older Persons. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2002 Jun 1 [Acesso em: 23 de março de 2015]; 57(6):M338–42. Disponível em: <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/cgi/content/long/57/6/M338>
134. Seligman MEP. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press. New York: Simon and Schuster; 2012.
135. Canadian Institute for Health Information. *Exploring Positive Mental Health*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2009.
136. Hollander M, Chappell N. Final report of the national evaluation of the cost-effectiveness of home care in Canada [Internet]. 2002. Disponível em: http://www.coag.uvic.ca/resources/publications/reports/hollander_synthesis.pdf
137. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*. 1997;50(4):4–5.
138. Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*. 1997;50(4):4–5.
139. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine*. 1980. p. 130–5.
140. Fries JF, Bruce B, Chakravarty E. Compression of morbidity 1980-2011: a focused review of paradigms and progress. *J Aging Res*. 2011;2011.
141. Ates H, Alsai K. The importance of lifelong learning has been increasing. *Procedia-Social Behav Sci*. Elsevier; 2012;46:4092–6.
142. Keeley B. *OECD Insights - Human Capital: How what you know shapes your life*. Paris: OECD Publishing; 2007.
143. Commission of the European Union. *Adult learning It is never too late to learn* [Internet]. 2006. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11097_en.htm
144. Escolar Chua RL, de Guzman AB. Do You See What I See? Understanding Filipino Elderly's Needs, Benefits, and Expectations from an Adult Continuing Education Program. *Educ Gerontol*. Taylor & Francis; 2014;40(1):1–15.
145. Hill PL, Turiano NA. Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. *Psychol Sci* [Internet]. 2014;25(7):1482–6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24815612>
146. Cherry KE, Walker EJ, Brown JS, Volaufova J, LaMotte LR, Welsh DA, et al. Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the Louisiana healthy aging study. *J Appl Gerontol*. SAGE Publications; 2013;32(1):51–75.
147. National Research Council (US) Committee on Aging Frontiers in Social Psychology, Personality, and Adult Developmental Psychology, Carstensen LL, Hartel CR editors. *When I'm 64* [Internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83774/>
148. Dufouil C, Pereira E, Chêne G, Glymour MM, Alperovitch A, Saubusse E, et al. Older age at retirement is associated with decreased risk of dementia. *Eur J Epidemiol*. Springer; 2014;29(5):353–61.
149. Bouchard L, Roy J-F, van Kemenade S. Research traditions: An overview. *Social Capital and Health: Maximizing the benefits*. Health Policy Research Bulletin, Health Canada. 2006;10–2.
150. The Australian Psychological Society Ltd. *The Psychology of Work and Unemployment - Position Paper* [Internet]. 2000. Disponível em: <http://eprints.aston.ac.uk/14137/>
151. Stanicek B. The Impact of the Financial Crisis on Employment and the Social Inclusion of Young People . What should be done/ ? [Internet]. European Issues Policy Paper. Fondation Robert Schuman; 2011. Disponível em: <http://www.robert-schuman.eu/en/doc/questions-d-europe/qe-220-en.pdf>
152. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR, Kinicki AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol*.

- American Psychological Association; 2005;90(1):53.
153. United Nations. 2011 State of the World's Volunteerism Report - Universal values for global well-being. Development. United Nations Volunteers; 2011.
154. Lancee B, Radl J. Volunteering over the Life Course. *Soc Forces* [Internet]. 2014;93(2):833–62. Disponível em: <http://sf.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/sf/sou090>
155. Vézina M, Crompton S. Volunteering in Canada. *Canadian Social Trends*. Statistics Canada; 2012. p. Catalogue 11–008 – X, 37–55.
156. Uslaner EM. *Civic Engagement in America: Why People Participate in Political and Social Life*. 2003.
157. McFarland DA, Thomas RJ. *Bowling young: How youth voluntary associations influence adult political participation*. *Am Sociol Rev*. Sage Publications; 2006;71(3):401–25.
158. Jennings MK, Zeitner V. Internet use and civic engagement: A longitudinal analysis. *Public Opin Q*. AAPOR; 2003;67(3):311–34.
159. United Nations Trust Fund for Human Security. *Human security for all*. [Internet]. [Acesso em: 30 de abril de 2015]. Disponível em: <http://www.un.org/humansecurity/human-security-unit/human-security-approach>
160. Murthy RS, Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. *World psychiatry Off J World Psychiatr Assoc*. 2006;5(1):25–30.
161. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *J Nutr*. 2010;140(2):304–10.
162. *The Emerging Markets Symposium. Ageing in Emerging Markets*. Oxford: Green Templeton College Oxford; 2015.
163. International Labour Organization. *International social protection systems for older persons: key policy trends and statistics*. Geneva; 2014.
164. Smye V, Browne AJ. “Cultural safety” and the analysis of health policy affecting aboriginal people. *Nurse Res*. RCN Publishing Company Limited; 2002;9(3):42–56.
165. Mussell B. Cultural Pathways for Decolonization. *Visions J* [Internet]. 2008;5(1):4–5. Disponível em: <http://www.heretohelp.bc.ca/visions/aboriginal-people-vol5/cultural-pathways-for-decolonization#sthash.jszV36dJ.dpuf>
166. Boccardi G, Duvelle C. *Introducing Cultural Heritage into the Sustainable Development Agenda* - Background Note. 2013. Report No.: Sessions 3A and 3A-a.
167. Mayo Clinic. *Mediterranean diet for heart health - Mayo Clinic* [Internet]. 2013 [Acesso em: 23 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.mayo clinic.org/healthy-living/nutrition-and-healthy-eating/indepth/mediterranean-diet/art-20047801>
168. Oldways. *Asian Diet & Health* [Internet]. 2015 [Acesso em: 23 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/mediterranean-diet/art-20047801>
169. Mayo Clinic. *Yoga: Fight stress and find serenity* [Internet]. *Health lifestyle - Stress management*. 2015 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/healthy-living/stress-management/in-depth/yoga/art-20044733>
170. Harvard Medical School. *The health benefits of tai chi* [Internet]. 2014. [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/the-health-benefits-of-tai-chi>
171. Mayo Clinic. *Meditation: A simple, fast way to reduce stress* [Internet]. *Tests and procedures: Meditation*. 2014 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/meditation/in-depth/meditation/art-20045858>
172. Lai DWL, Chappell N. Use of traditional Chinese medicine by older Chinese immigrants in Canada. *Fam Pract* [Internet]. 2007;24(1):56–64. Disponível em: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/24/1/56.abstract>
173. Wu Z, Penning MJ, Schimmele CM. Immigrant status and unmet health care needs. *Can J Public Heal*. 2005;96(5):369–73.
174. Kuo BCH. *Culture's Consequences on Coping Theories, Evidences, and Dimensionalities*. *J Cross Cult Psychol*. Sage Publications; 2011;42(6):1084–100.
175. Hayslip B, Smith G (Eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 32: Emerging perspectives on resilience in adulthood and later life*. New York, NY: Springer New York; 2012.
176. International Longevity Centre Global Alliance. *Global Perspectives on Multigenerational Households and Intergenerational Relations - An ILC Global Alliance Report* [Internet]. New York: ILC Global Alliance Secretariat; 2012. Disponível em: http://www.ilcuk.org.uk/files/Global_Alliance_Intergenerational_Relations_March_2012.pdf
177. Funk LM, Chappell NL, Liu G. *Associations Between Filial Responsibility and Caregiver Well-*

Being Are There Differences by Cultural Group? Res Aging. SAGE Publications; 2013;35(1):78–95.

178. Keating N, De Jong Gierveld J. From private troubles to a global agenda. *Can J Aging*.

179. European Observatory on Health System and Policies. Home Care across Europe - Current structure and future challenges. Observatory Studies Series 27. Copenhagen; 2012.

180. International Longevity Centre Brazil et al. Rio Declaration - “Beyond Prevention and Treatment: Developing a Culture of Care in response to the Longevity Revolution” [Internet]. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil; 2013. Disponível em: http://www.ilcbrazil.org/?page_id=588

181. Rodin J, Langer E. Aging labels: The decline of control and the fall of self esteem. *J Soc Issues*. Wiley Online Library; 1980;36(2):12–29.

182. Richeson JA, Shelton JN. A social psychological perspective on the stigmatization of older adults. *When I'm 64*. 2006;64:174–208.

183. Pereira JK, Firmo JOA, Giacomini KC. Ways of thinking and acting of the elderly when tackling functionality/disability issues. *Cien Saude Colet. SciELO Public Health*; 2014;19(8):3375–84.

184. Inzlicht M [Ed], Schmader T [Ed]. Stereotype threat: Theory, Process, and Application. [Internet]. Stereotype threat: Theory, process, and application. 2012. Disponível em: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc7&NEWS=N&AN=2011-27639-000>

185. Levy BR, Slade MD, Kasl S V. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. Oxford University Press; 2002;57(5):P409–17.

186. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl S V. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. American Psychological Association; 2002;83(2):261.

187. Honigman R, Castle DJ. Aging and cosmetic enhancement. *Clinical interventions in aging*. 2006. p. 115–9.

188. Dearden L. Top 10 countries for cosmetic surgery revealed as figures show rising demand for penis enlargements and other procedures. *The Independent* [Internet]. 2014; Disponível em: <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/top-10-countries-for-cosmetic-surgery-revealed-as-figures-show-industry-is-booming-worldwide-9636861.html>

189. Klonoff EA. Introduction to the special section on discrimination. *Heal Psychol*. 2014;33(1):1–2.

190. Burke MA, Eichler M. The BIAS FREE Framework. A practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. *Global Forum for Health Research*; 2006.

191. World Health Organization. Older persons in emergencies: An active ageing perspective. 2008.

192. World Economic Forum. The global gender gap report 2014. Geneva: WEF. Geneva: World Economic Forum; 2014.

193. Carmel S. Gender differences in health and wellbeing among older persons worldwide. In: Browning C, editor. *Healthy Ageing Book Series: Volume 1*. Springer.

194. News.com.au. Women earn less than men as gender gap grows [Internet]. 2014 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.news.com.au/finance/women-earn-less-than-men-as-gender-gap-grows/story-e6frfm1i-1227024676703>

195. World Health Organization. Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender. Geneva: World Health Organization; 2007.

196. Family Caregiver Alliance. Caregiver health [Internet]. 2006 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <https://www.caregiver.org/caregiver-health>

197. Walters ML, Chen J, Breiding MJ. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 findings on victimization by sexual orientation. *Atlanta, GA Natl Cent Inj Prev Control Centers Dis Control Prev*. 2013;

198. Crilly MA, Bundred PE, Leckey LC, Johnstone FC. Gender bias in the clinical management of women with angina: another look at the Yentl syndrome. *J Women's Heal. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801-5215 USA*; 2008;17(3):331–42.

199. Pirkle CM, de Albuquerque Sousa AC, Alvarado B, Zunzunegui M-V. Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: cross-sectional analysis from the International Mobility in Aging Study. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd; 2014;14(1):293.

200. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva: World Health Organization; 2011.

201. Johnson RW, Wiener JM. A Profile of Frail Older Americans and Their Caregivers [Internet]. *Urban Health Brief*. 2006 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.urban.org/research/publication/profile-frail-older-americans-and-their-caregivers>

202. Arber S, Ginn J. Gender dimensions of the age shift. In: Johnston M, editor. *The Cambridge Handbook*

- of Age and Ageing. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p. 527–45.
203. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. Elsevier; 2000;50(10):1385–401.
204. United Nations. World Mortality Report 2013. New York; 2013.
205. World Health Organization. Gender, Health and Alcohol Use [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2005 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/gender/documents/Alcoholfinal.pdf?ua=1>
206. World Health Organization. Gender and tobacco [Internet]. Tobacco Free Initiative (TFI). [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/research/gender/about/en/>
207. United Nations. World Drug Report 2014. New York: United Nations; 2014.
208. World Health Organization. Gender and Road Traffic Injuries [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: http://www.who.int/gender/other_health/en/genderttraffic.pdf
209. IBGE. Em 2013, esperança de vida ao nascer era de 74,9 anos [Internet]. Notícias. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2014. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2773>
210. Värnik P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. Molecular Diversity Preservation International; 2012;9(3):760–71.
211. Deeks A, Lombard C, Micheltore J, Teede H. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health* [Internet]. 2009;9(213). Disponível em: <http://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=J&S&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=2009407633\nhttp://resolver.library.ualberta.ca/resolver?sid=OVID:embase&id=pmid:&id=doi:10.1186/1471-2458-9-213&issn=1471-2>
212. MenAge. Effective Methods Of Male Health Promotion [Internet]. [Acesso em 28 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.mengage.org.au/Work-Effectively/Effective-Male-Health-Promotion>
213. Kim JE, Moen P. Retirement transitions, gender, and psychological well-being: a life-course, ecological model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2002;57(3): P212–22.
214. Davidson K, Daly T, Arber S. Older Men, Social Integration and Organisational Activities. *Social Policy and Society*. 2003. p. 81–9.
215. Beach B, Bamford S-M. Isolation: The emerging crisis for older men. London: Independent Age and International Longevity Centre UK; 2014.
216. International Longevity Centre Brazil et al. Gender and Ageing Charter [Internet]. Rio de Janeiro: International Longevity Centre Brazil; 2014. Disponível em: http://www.ilcbrazil.org/?page_id=872
217. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization; 2005.
218. Beard JR, Bloom DE. Towards a comprehensive public health response to population ageing. *Lancet*. 2014;61461–6.
219. Clark F, Jackson J, Carlson M, Chou C-P, Cherry BJ, Jordan-Marsh M, et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2012;66(9):782–90. Disponível em: <http://jech.bmj.com/content/66/9/782.abstract>
220. Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(1):538. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/538>
221. Harris MJ, Selwyn A, Yach D. Time to Reset the Prevention Agenda from Age Fifty: Age-specific interventions for the second half of life. (in Press. 2015)
222. World Health Organization. Mortality attributable of tobacco: WHO Global Report. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization; 2012. p. 4.
223. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Cigarette Smoking [Internet]. Fact sheets. [Acesso em 28 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/#disparities
224. Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP, Zhou J, Whitmer RA. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Arch Intern Med*. American Medical Association; 2011;171(4):333–9.
225. Sabia S, Elbaz A, Dugravot A, Head J, Shipley M, Hagger-Johnson G, et al. Impact of smoking on cognitive decline in early old age: the Whitehall II cohort study. *Arch Gen Psychiatry*. American Medical Association; 2012;69(6):627–35.
226. Hagstad S, Bjerg A, Ekerljung L, Backman H, Lindberg A, Rönmark E, et al. Passive smoking exposure is associated with increased risk of copd

- in never smokers. *Chest* [Internet]. 2014 Jun 1;145(6):1298–304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-1349>
227. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization; 2008.
228. Pampel FC, Denney JT. Cross-national sources of health inequality: education and tobacco use in the World Health Survey. *Demography*. Springer; 2011;48(2):653–74.
229. World Health Organization. Healthy diet [Internet]. Fact sheet. 2015 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
230. National Institutes of Health. Calcium - Dietary Supplement Fact Sheet [Internet]. Health information. 2013 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-HealthProfessional/>
231. Ng SW, Popkin BM. Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obes Rev*. Wiley Online Library; 2012;13(8):659–80.
232. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Fact sheet. 2015 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
233. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. Forecasting the Effects of Obesity and Smoking on U.S. Life Expectancy. *N Engl J Med* [Internet]. Massachusetts Medical Society; 2009 Dec 3;361(23):2252–60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa0900459>
234. Panagariya A. Does India Really Suffer from Worse Child Malnutrition Than Sub-Saharan Africa? *Econ Polit Wkly*. 2013;48(18):98–111.
235. Clarke DM, Wahlqvist ML, Strauss BJG. Undereating and undernutrition in old age: integrating bio-psychosocial aspects. *Age Ageing*. Br Geriatrics Soc; 1998;27(4):527–34.
236. Office of the Chief Public Health Officer of Canada. Healthy aging: Adding life to years. Report of the Chief Public Health Officer on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Chief Public Health Officer; 2010.
237. Pew Research Centre. The Global Religious Landscape: Muslims [Internet]. Demographic study. 2012 [Acesso em: 28 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.pewforum.org/2012/12/18/global-religious-landscape-muslim/>
238. Shaikh S, James D, Morrissey J, Patel V. Diabetes care and Ramadan: to fast or not to fast? *Br J Diabetes*. SAGE Publications; 2001;1(1):65–7.
239. World Health Organization. Physical activity [Internet]. Health topics. 2015 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: http://www.who.int/topics/physical_activity/en/
240. Holme I, Anderssen SA. Increases in physical activity is as important as smoking cessation for reduction in total mortality in elderly men: 12 years of follow-up of the Oslo II study. *Br J Sports Med*. BMJ Publishing Group Ltd and British Association of Sport and Exercise Medicine; 2015;49(11):743–8.
241. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13:449. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3651278&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
242. Harvard Medical School. Healthy Sleep - Why Sleep Matters [Internet]. [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://healthysleep.med.harvard.edu/healthy/matters>
243. Rowshan Ravan A, Bengtsson C, Lissner L, Lapidus L, Björkelund C. Thirty-six-year secular trends in sleep duration and sleep satisfaction, and associations with mental stress and socioeconomic factors—results of the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. *J Sleep Res*. Wiley Online Library; 2010;19(3):496–503.
244. Knutsson A. Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine*. 2003. p. 103–8.
245. Gildner TE, Liebert MA, Kowal P, Chatterji S, Snodgrass JJ. Associations between sleep duration, sleep quality, and cognitive test performance among older adults from six middle income countries: Results from the Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *J Clin sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. American Academy of Sleep Medicine; 2014;10(6):613.
246. Fisher LL. Sex, romance, and relationships: AARP survey of midlife and older adults. AARP, Knowledge Management; 2010.
247. Centers for Disease Control and Prevention. Table 10. Chlamydia - Reported Cases and Rates per 100,000 Population by Age Group and Sex, United States, 2005-2009 [Internet]. 2009 Sexually Transmitted Diseases Surveillance. 2009 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/stats09/tables/10.htm>
248. Centers for Disease Control and Prevention. Table 33. Primary and Secondary Syphilis - Reported Cases and Rates per 100,000 Population by Age Group and Sex, United States, 2005-2009 [Internet]. Sexually Transmitted Diseases Surveillance. 2009 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/std/stats09/tables/33.htm>

- gov/std/stats09/tables/33.htm
249. AIDS InfoNet. Older people and HIV. Fact Sheet Number 616 [Internet]. 2011; Disponível em: www.aidsinfonet.org
250. Negin J, Cumming RG. Hiv infection in older adults in sub-Saharan Africa: Extrapolating prevalence from existing data. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010. p. 847–53.
251. Mills EJ, Rammohan A, Awofeso N. Ageing faster with AIDS in Africa. *Lancet*. Elsevier; 2011;377(9772):1131–3.
252. Paul SM, Martin RM, Lu S-E, Lin Y. Changing trends in human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome in the population aged 50 and older. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(9):1393–7.
253. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014. p. 1–392. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
254. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*. 2000. p. 1710–6.
255. World Health Organization. Alcohol [Internet]. Fact sheet. 2015 [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
256. World Health Organization. Health promotion - Track 2: Health literacy and health behaviour [Internet]. [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
257. Azevedo Moretti F, Elias de Oliveira V, Koga da Silva EM. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. Associação Médica Brasileira; 2012 Nov [Acesso em: 10 de abril de 2015];58(6):650–8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=p
258. Workbase Leading Health Literacy. Health literacy statistics [Internet]. Health literacy statistics. [Acesso em: 4 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.healthliteracy.org.nz/about-health-literacy/health-literacy-statistics/>
259. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2013;2(July):36. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3778564&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
260. Gallagher R, Luttik M-L, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2011;26(6):439–45. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21372734>
261. Brooks-Wilson AR. Genetics of healthy aging and longevity. *Human Genetics*. 2013. p. 1323–38.
262. Devlin B, Daniels M, Roeder K. The heritability of IQ. *Nature*. 1997 Jul 31;388(6641):468–71.
263. Harvey RJ, Skelton-Robinson M, Rossor MN. The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(9):1206–9.
264. Lavretsky H. Resilience, stress, and mood disorders in old age. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. Springer Publishing Company; 2012;32(1):49–72.
265. De Neve J-E, Christakis NA, Fowler JH, Frey BS. Genes, Economics, and Happiness. *J Neurosci Psychol Econ* [Internet]. 2012;5(4):193–211. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3858957&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
266. Rabbitt P. Cognitive changes across the lifespan. In: Johnson ML, editor. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005;190–9.
267. Sternberg RJ, Grigorenko EL. Intelligence and wisdom. In: Johnson ML, editor. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005;209–15.
268. Staudinger UM, Marsiske M, Baltes PB. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Dev Psychopathol*. Cambridge University Press; 1993;5(04):541–66.
269. Tucker AM, Stern Y. Cognitive reserve in aging. *Curr Alzheimer Res*. NIH Public Access; 2011;8(4):354.
270. Ryff CD, Friedman EM, Morozink JA, Tsenkova V. Psychological resilience in adulthood and later life: Implications for health. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. Springer Publishing Company; 2012;32(1):73–92.
271. Baker K, Krehely J. How Health Care Reform Will Help LGBT Elders. *Public Policy Aging Rep*. Oxford University Press; 2011;21(3):19–23.
272. Fredriksen-Goldsen KI, Muraco A. Aging and sexual orientation: A 25-year review of the literature. *Res Aging*. SAGE Publications; 2010;32(3):372–413.
273. Sitra. LGBT people in later life: Why housing and care matters. 2015; Disponível em: <http://www.sitra.org/documents/lgbt-people-in-later-life-why-housing-and-care-matters/>
274. Fredriksen-Goldsen KI. Resilience and disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender older

- adults. Public Policy Aging Rep. Oxford University Press; 2011;21(3):3–7.
275. Cochran SD, Mays VM. Physical health complaints among lesbians, gay men, and bisexual and homosexually experienced heterosexual individuals: results from the California Quality of Life Survey. *Am J Public Health*. American Public Health Association; 2007;97(11):2048–55.
276. Paquet C, Orschulok TP, Coffee NT, Howard NJ, Hugo G, Taylor AW, et al. Are accessibility and characteristics of public open spaces associated with a better cardiometabolic health? *Landsc Urban Plan*. Elsevier; 2013;118:70–8.
277. McCormack GR, Rock M, Toohey AM, Hignell D. Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity: a review of qualitative research. *Health Place*. Elsevier; 2010;16(4):712–26.
278. Groenewegen PP, van den Berg AE, Maas J, Verheij RA, de Vries S. Is a Green Residential Environment Better for Health? If So, Why? *Ann Assoc Am Geogr* [Internet]. Routledge; 2012;102(5):996–1003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/00045608.2012.674899>
279. Yen IH, Michael YL, Perdue L. Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *Am J Prev Med*. Elsevier; 2009;37(5):455–63.
280. Rosenberg DE, Huang DL, Simonovich SD, Belza B. Outdoor Built Environment Barriers and Facilitators to Activity among Midlife and Older Adults with Mobility Disabilities. *Gerontologist* [Internet]. 2012; Disponível em: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2012/09/24/geront.gns119.abstract>
281. Turcotte M. Profile of seniors' transportation habits. *Can Soc Trends*. 2012;1–16.
282. Musselwhite C, Haddad H. Mobility, accessibility and quality of later life. *Qual Ageing Older Adults* [Internet]. Emerald; 2010 Mar 23;11(1):25–37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5042/qiaoa.2010.0153>
283. Webb E, Netuveli G, Millett C. Free bus passes, use of public transport and obesity among older people in England. *J Epidemiol Community Heal* [Internet]. 2012;66(2):176–80. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21911850>
284. Mackett R. Free bus passes for pensioners are too successful to cut [Internet]. *The Conversation*. 2014 [Acesso em: 31 de março de 2015]. Disponível em: <http://theconversation.com/free-bus-passes-for-pensioners-are-too-successful-to-cut-31449>
285. Krieger J, Higgins DL. Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health* [Internet]. 2002;92(5):758–68. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/92/5/758\npapers2://publication/uuid/4F6DCED3-F5D7-4F1D-B675-781CD2612DB5>
286. Smith KR, Mehta S, Maeusezahl-Feuz M. Indoor air pollution from household use of solid fuels. *Comp Quantif Heal risks Glob Reg Burd Dis Attrib to Sel major risk factors*. 2004;2:1435–93.
287. Mortimer K, Gordon SB, Jindal SK, Accinelli RA, Balmes J, Martin WJ. Household air pollution is a major avoidable risk factor for cardiorespiratory disease. *CHEST J*. American College of Chest Physicians; 2012;142(5):1308–15.
288. Costa-Font J, Elvira D, Mascarilla-Miró O. “Ageing in Place”? Exploring Elderly People’s Housing Preferences in Spain. *Urban Stud* [Internet]. 2009 Feb 1;46(2):295–316. Disponível em: <http://usj.sagepub.com/content/46/2/295.abstract>
289. Wiles JL, Leibing A, Guberman N, Reeve J, Allen RES. The meaning of “ageing in place” to older people. *Gerontologist*. Oxford University Press; 2011;gnr098.
290. James RN, Sweaney AL. Housing Dissatisfaction and Cognitive Decline in Older Adults. *J Hous Elderly* [Internet]. Routledge; 2010 Feb 10;24(1):93–106. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02763890903547104>
291. Fänge A, Iwarsson S. Changes in ADL dependence and aspects of usability following housing adaptation - A longitudinal perspective. *Am J Occup Ther*. 2005;59(3):296–304.
292. Fänge A, Iwarsson S. Changes in accessibility and usability in housing: An exploration of the housing adaptation process. *Occup Ther Int*. 2005;12(1):44–59.
293. Wahl HW, Fänge A, Oswald F, Gitlin LN, Iwarsson S. The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: What is the empirical evidence? *Gerontologist*. 2009;49(3):355–67.
294. Petersson I, Lilja M, Hammel J, Kottorp A. Impact of home modification services on ability in everyday life for people ageing with disabilities. *J Rehabil Med*. Medical Journals Limited; 2008;40(4):253–60.
295. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004;328(7441):680.
296. Kristensson J, Hallberg IR, Jakobsson U. Healthcare consumption in men and women aged 65 and above in the two years preceding decision about long-term municipal care. *Heal Soc Care Community*. 2007;15(5):474–85.
297. Neira M, Campbell-Lendrum D, Maiero M, Dora

- C, Bustreo F. Health and climate change: the end of the beginning? *Lancet*. Elsevier; 2014;384(9960):2085–6.
298. Clarke K-L. Climate change: Preparing for the health impacts. *Heal Policy Res Bull Heal Canada*. 2005;11:5–8.
299. Wen M, Gu D. Air pollution shortens life expectancy and health expectancy for older adults: The case of China. *Journals Gerontol - Ser A Biol Sci Med Sci*. 2012;67(11):1219–29.
300. Carnes B a, Staats D, Willcox BJ. Impact of Climate Change on Elder Health. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2013;(6):1–5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24158763>
301. CDC Healthy Aging Program. CDC's Disaster Planning Goal: Protect Vulnerable Older Adults [Internet]. [Acesso em: 31 de março de 2015]. Disponível em: http://www.cdc.gov/aging/pdf/disaster_planning_goal.pdf
302. Hutton D. Older people in emergencies: Considerations for action and policy development. Geneva: World Health Organization; 2008.
303. The National Bureau of Economic Research. The Effects of Education on Health [Internet]. [Acesso em: 31 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.nber.org/digest/mar07/w12352.html>
304. Sharp ES, Gatz M. The relationship between education and dementia an updated systematic review. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. NIH Public Access; 2011;25(4):289–304.
305. AONTAS. Community Education: more than just a Course. Dublin; 2011.
306. Public Health England. Local action on health inequalities: Adult learning services. *Heal Equity Evid Rev* 4. 2014;(September).
307. Hällsten M. Is it ever too late to study? The economic returns on late tertiary degrees in Sweden. *Econ Educ Rev*. Elsevier; 2012;31(1):179–94.
308. Jenkins A. Participation in learning and wellbeing among older adults. *Int J Lifelong Educ* [Internet]. Routledge; 2011 Jun 1;30(3):403–20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/02601370.2011.570876>
309. Fernández-Ballesteros R, Molina MÁ, Schettini R, Rey AL del. Promoting Active Aging Through University Programs for Older Adults. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. 2012.
310. Ordonez TN, Yassuda MS, Cachioni M. Elderly online: Effects of a digital inclusion program in cognitive performance. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. Elsevier; 2015 Mar 31;53(2):216–9. Disponível em: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(10\)00285-2/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(10)00285-2/abstract)
311. Field J. Lifelong Learning, Welfare and Mental Well-being into Older Age: Trends and Policies in Europe. In: Boulton-Lewis G, Tam M, editors. *Active Ageing, Active Learning SE - 2* [Internet]. Springer Netherlands; 2012. p. 11–20. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2111-1_2
312. Kawachi I, Berkman L. Social ties and mental health. *J Urban Heal* [Internet]. Springer-Verlag; 2001;78(3):458–67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>
313. Wilkinson RG, Marmot MG. Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization; 2003.
314. Van Kemenade S, Roy J-F, Bouchard L. Social networks and vulnerable people. Findings from the GSS. *Social Capital and Health: Maximizing the benefits*. *Heal Policy Res Bull*. 2008;
315. Veninga J. Social capital and healthy aging. *Heal Policy Res Bull*. 2006;12:21–7.
316. Centre for Addiction and Mental Health. Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+ [Internet]. CAMH; 2010. Disponível em: https://knowledgex.camh.net/policy_health/mhpromotion/mhp_childyouth/Pages/default.aspx
317. Billette, V., & Lavoie J-P. Introduction Générale: Vieillesse, exclusions sociales et solidarités. In: Charpentier M, Guberman N, Ozabal I, editors. *Vieillir au pluriel*. Quebec: Presses de l'Université du Quebec; 2010. p. 115–34.
318. Canadian Council on Social Development. Social Challenges: Social Exclusion [Internet]. [Acesso em: 31 de março de 2015]. Disponível em: http://www.ccsd.ca/resources/CrimePrevention/c_exclusion.htm
319. Scharf T, Phillipson C, Smith AE. Poverty and social exclusion: growing older in deprived urban neighbourhoods. *Grow older Qual life old age*. 2004;81–106.
320. Burns VF, Lavoie J-P, Rose D. Revisiting the role of neighbourhood change in social exclusion and inclusion of older people. *J Aging Res*. Hindawi Publishing Corporation; 2011;2012.
321. Shankar A, Hamer M, McMunn A, Steptoe A. Social Isolation and Loneliness: Relationships With Cognitive Function During 4 Years of Follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosom Med* [Internet]. 2013;75(2). Disponível em: http://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Fulltext/2013/02000/Social_Isolation_and_Loneliness__Relationships.9.aspx
322. Windle BK, Francis J, Coomber C. Preventing

- loneliness and social isolation: interventions and outcomes [Internet]. Research Briefing. 2014. Disponível em: <http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-client-groups/older-adults/scie/131316briefing39.pdf>
323. Pinquart M, Sorensen S. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl Soc Psych*. Taylor & Francis; 2001;23(4):245–66.
324. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*. 2012.
325. Hillberg T, Hamilton-Giachritsis C, Dixon L. Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, Abus*. Sage Publications; 2011;12(1):38–49.
326. World Health Organization. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.
327. World Health Organization. Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization; 2002.
328. National Center on Elder Abuse. 15 Questions & Answers About Elder Abuse [Internet]. National Association of State Units on Aging. Washington D.C.; 2005. Disponível em: http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/FINAL_6-06-05_3-18-0512-10-04qa.pdf
329. Dong X. Medical implications of elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2005. p. 293–313.
330. World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention 2014. Geneva; 2014.
331. Jenkinson CE, Dickens AP, Jones K, Thompson-Coon J, Taylor RS, Rogers M, et al. Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):773. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/773>
332. Okun MA, Yeung EW, Brown S. Volunteering by older adults and risk of mortality: A meta-analysis. *Psychol Aging*. American Psychological Association; 2013;28(2):564.
333. Van Willigen M. Differential benefits of volunteering across the life course. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(5):S308–18.
334. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report. Geneva: World Health Organization; 2008.
335. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Aff*. 2002;21(2):60–76.
336. Orpana HM, Lemyre L, Gravel R. Income and psychological distress: the role of the social environment. *Health Rep*. 2009;20(1):21–8.
337. Korda RJ, Paige E, Yiengprugsawan V, Latz I, Friel S. Income-related inequalities in chronic conditions, physical functioning and psychological distress among older people in Australia: cross-sectional findings from the 45 and up study. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1):741. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25048295>
338. Ave W, Banks J, Green R, Stafford M, Breeze E, Crawford R, et al. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. 2008 English Longitud Study Ageing (Wave 4) [Internet]. 2010;(October). Disponível em: <http://discovery.ucl.ac.uk/570764/>
339. Joyce K, Pabayo R, Critchley JA, Bambra C. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Libr*. Wiley Online Library; 2010;
340. Pettinger T. European unemployment crisis [Internet]. *Economics Help*. 2014 [Acesso em: 3125 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.economicshelp.org/blog/1247/economics/european-unemployment-2/>
341. Chan S, Stevens A. Job Loss and Employment Patterns of Older Workers. *J Labor Econ* [Internet]. 2001;19(2):484–521. Disponível em: http://econpapers.repec.org/article/ucpjlabec/v_3a19_3ay_3a2001_3ai_3a2_3ap_3a484-521.htm
342. Salgren G. Work longer, live healthier. London; 2013. Report No.: 46.
343. Jungbauer-Gans M, Krug G. Changes in Employed People's Health Satisfaction. 2013;38:617–48.
344. Siegrist J, Dragano N, Wahrendorf M. Psychosoziale Arbeitsbelastungen Und Gesundheit Bei Älteren Erwerbstätigen: Eine Europäische Vergleichsstudie. Abschlussbericht zum Proj S-2007-997-4 der Hans-Boeckler-Stiftung [Internet]. 2009; Disponível em: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2007-997-4-1.pdf
345. International Labour Organization. Decent work [Internet]. [Acesso em: 28 de maio de 2015]. Disponível em: <http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang—en/index.htm>
346. Deloitte Access Economics Pty Ltd. Increasing participation among older workers: the grey army

- advances. Report prepared for the Australian Human Rights Commission [Internet]. Kingston; 2012. Disponível em: http://www.hreoc.gov.au/age/publications/mature_age/index.html
347. Age International. Facing the facts: The truth about ageing and development. London: Age International; 2015.
348. Esser I, Palme J. Do public pensions matter for health and wellbeing among retired persons? Basic and income security pensions across 13 Western European countries. *Int J Soc Welf* [Internet]. 2010 Jul 22 [Acesso em: 31 de março de 2015], 19:S103–20. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-2397.2010.00737.x>
349. Lloyd-Sherlock P, Saboia J, Ramírez-Rodríguez B. Cash Transfers and the Well-being of Older People in Brazil. *Dev Change* [Internet]. 2012 Sep 9 [Acesso em: 13 de março de 2015];43(5):1049–72. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-7660.2012.01790.x>
350. Barrientos A, Niño-Zarazúa M. Social transfers and chronic poverty: objectives, design, reach and impact [Internet]. Chronic Poverty Research Centre; 2011 [Acesso em: 13 de março de 2015]. Disponível em: http://mpraub.uni-muenchen.de/30465/1/MPPA_paper_30465.pdf
351. Carvalho IE. Household Income as a Determinant of Child Labor and School Enrollment in Brazil: Evidence from a Social Security Reform. *IMF Work Pap* [Internet]. 2008; Disponível em: <http://www.ssrn.com/abstract=252289>
352. Boarini R, Comola M, de Keulenaer F, Manchin R, Smith C. Can Governments Boost People's Sense of Well-Being? The Impact of Selected Labour Market and Health Policies on Life Satisfaction. *Soc Indic Res* [Internet]. Springer Netherlands; 2013;114(1):105–20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-013-0386-8>
353. Rottmann H. Do unemployment benefits and employment protection influence suicide mortality? An international panel data analysis. *OTH im Dialog Weidener Diskuss*. 2014;(No.42).
354. Soares, F. V., and Teixeira C. Impact Evaluation of the Expansion of the Food Subsidy Programme in Mozambique. Policy research brief. Brasília; 2010.
355. Terner M, Reason B, McKeag AM, Tipper B, Webster G. Chronic conditions more than age drive health system use in Canadian seniors. *Health Q*. 2011;14(3):19–22.
356. Neuman T, Cubanski J, Huang J, Damico A. The Rising Cost of Living Longer: Analysis of Medicare Spending by Age for Beneficiaries in Traditional Medicare. Kaiser Family Foundation; 2015.
357. Canadian Health Services Research Foundation. Myth: the Aging Population Is To Blame for Uncontrollable Healthcare Costs. *Mythbusters* [Internet]. 2011; (February). Disponível em: http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/mythbusters/Myth_AgingPopulation_EN_FINAL.pdf?sfvrsn=0
358. Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* [Internet]. Elsevier; [Acesso em: 28 de maio de 2015]; 385(9963):117–71. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
359. Guerchet M, Prina M, Prince M. Policy Brief for Heads of Government: The Global Impact of Dementia 2013–2050 [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2013. p. 1–8. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/G8-policy-brief>
360. Alzheimer's Australia. Dementia-friendly communities [Internet]. [Acesso em: 31 de março de 2015]. Disponível em: <https://fightdementia.org.au/about-us/dementia-friendly-communities#.VRqRoT5GhEg.mendeley>
361. World Health Organization. Prevention of blindness and deafness - Estimates [Internet]. [Acesso em: 28 de maio de 2015]; <http://www.who.int/pbd/deafness/estimates/en>
362. Nelson DI, Nelson RY, Concha Barrientos M, Fingerhut M. The global burden of occupational noise induced hearing loss. *Am J Ind Med*. Wiley Online Library; 2005;48(6):446–58.
363. GreenFacts. Personal Music Players & Hearing [Internet]. GreenFacts Facts on Health and the Environment; [Acesso em: 30 de março de 2015]. Disponível em: <http://copublications.greenfacts.org/en/hearing-loss-personal-music-player-mp3/index.htm#1>
364. Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L. Hearing loss prevalence and risk factors among older adults in the United States. *J Gerontol Med Sci* [Internet]. 2011;66:582–90. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3074958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
365. Woolf AD, Pflieger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*; 2003. p. 646–56.
366. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: World Health Organization; 2008.
367. American Academy of Orthopedic Surgeons. Osteoporosis-OrthoInfo - AAOS [Internet]. 2009 [Acesso em: 25 de março de 2015]. Disponível em: <http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00232>

368. Himes CL, Reynolds SL. Effect of obesity on falls, injury, and disability. *J Am Geriatr Soc*. Wiley Online Library; 2012;60(1):124–9.
369. World Health Organization. Depression [Internet]. Fact sheet N°369. 2012 [Acesso em: 28 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
370. Fiske A, Jones R. Depression. In: Johnston M, editor. *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. London: Cambridge University Press; 2004. p. 245–51.
371. Buchanan D, Tourigny-Rivard MF, Cappelliez P, Frank C, Janikowski P, Spanjevic L, et al. National guidelines for seniors' mental health: the assessment and treatment of depression. *Can J Geriatr*. 2006;9(supplement 2):S52–8.
372. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et al. Age-and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. Elsevier; 2012;136(3):212–21.
373. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am Psychiatric Assoc*; 2014;
374. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BAJ, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJFM. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. Elsevier; 2013;144(3):183–90.
375. Lorencini M, Brohem CA, Dieamant GC, Zanchin NIT, Maibach HI. Active ingredients against human epidermal aging. *Ageing Res Rev*. Elsevier; 2014;15:100–15.
376. Samarasinghe V, Madan V. Nonmelanoma skin cancer. *J Cutan Aesthet Surg*. Medknow Publications; 2012;5(1):3.
377. Tan EH, Chan A. Evidence-based treatment options for the management of skin toxicities associated with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Pharmacother*. SAGE Publications; 2009;43(10):1658–66.
378. Segaert S, Van Cutsem E. Clinical signs, pathophysiology and management of skin toxicity during therapy with epidermal growth factor receptor inhibitors. *Ann Oncol*. Eur Soc Med Oncology; 2005;16(9):1425–33.
379. Patel T, Yosipovitch G. The management of chronic pruritus in the elderly. *Ski Ther Lett*. 2010;15(8):5–9.
380. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Clinical implications of aging skin. *Am J Clin Dermatol*. Springer; 2009;10(2):73–86.
381. Harada K, Oka K, Shibata A, Kaburagi H, Nakamura Y. [Relationships between foot problems, fall experience and fear of falling among Japanese community-dwelling elderly]. *Nihon Kosshu Eisei Zasshi*. 2010;57(8):612–23.
382. Bale S, Tebble N, Jones V, Price P. The benefits of implementing a new skin care protocol in nursing homes. *J Tissue Viability*. Elsevier; 2004;14(2):44–50.
383. Kowal P, Arokiasamy P, Afshar S, Pati S, Snodgrass JJ. Multimorbidity: health care that counts “past one” for 1.2 billion older adults. *Lancet* [Internet]. Elsevier; [Acesso em: 5 de junho de 2015;385(9984):2252–3. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61062-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61062-5)
384. Banerjee S. Multimorbidity—older adults need health care that can count past one. *Lancet*. Elsevier; 2014;
385. Morley JE, Perry HM, Miller DK. Editorial: Something about frailty. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. Oxford University Press; 2002;57(11):M698–704.
386. The Commonwealth Fund. International Survey of Older Adults Finds Shortcomings in Access, Coordination, and Patient-Centered Care [Internet]. 2014 [Acesso em: 25 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.commonwealthfund.org/publications/in-the-literature/2014/nov/international-survey-of-older-adults>
387. World Health Organization. Towards age-friendly primary health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [Acesso em: 25 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/phc/en/#.VRMJbP-Jef8.mendeley>
388. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [Acesso em: 25 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/publications/iccereport/en/#.VRMIDZ2-1LE.mendeley>
389. Parke B, Friesen K. Code plus: Physical design components for an elder friendly hospital. Fraser Health Authority; 2007.
390. World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions, Meeting Report [Internet]. 2001 [Acesso em: 25 de março de 2015]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/66955>
391. Institute of Medicine. Retooling for an aging America: Building the health care workforce. National Academies Press; 2008.
392. Fast J, Keating N, Lero DS, Eales J, Duncan K. The economic costs of care to family / friend caregivers / A synthesis of findings. 2013.

393. Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs* [Internet]. 2008;108(9 Suppl):23–7; quiz 27. Disponível em: [http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=18797217&nhttp://ry2ue4ek7d.search.serialssolutions.com/?sid=OVID:Ovid+MEDLINE\(R\)+<2 008+to+August+Week+2+2012>&genre=article&id=pmid:18797217&id=doi:&issn=0002-936X&volume=108&is](http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medl&AN=18797217&nhttp://ry2ue4ek7d.search.serialssolutions.com/?sid=OVID:Ovid+MEDLINE(R)+<2 008+to+August+Week+2+2012>&genre=article&id=pmid:18797217&id=doi:&issn=0002-936X&volume=108&is)
394. Burton LC, Zdaniuk B, Schulz R, Jackson S, Hirsch C. Transitions in spousal caregiving. *Gerontologist*. Oxford University Press; 2003;43 (2):230–41.
395. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. American Psychological Association; 2003;18(2):250.
396. Victorian Order of Nurses. Respite as Outcome: Plan it! Do it! Feel it! [Internet]. Learning to listen - listening to learn (Module 7). VON Canada; 2001. Disponível em: http://www.von.ca/english/Caregiving/CaregiverManual/ResourceGuide/Module7-RespiteasOutcome/Module7_RespiteOutcome.pdf
397. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JPW, Leland NE, Miller SC, Morden NE, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. American Medical Association; 2013;309(5):470–7.
398. Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliat Med*. SAGE Publications; 2014;28(2):130–50.
399. Lynn J, Adamson DM. Living well at the end of life. Adapting health care to serious chronic illness in old age. DTIC Document; 2003.
400. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *Int Perspect Public Heal Palliat Care*. Routledge; 2013;30.
401. Maciel MGS. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. *Prática Hosp*. 2006;47(8):49–64.
402. Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet*. Elsevier; 2014;
403. Aboderin I. Ageing Africa: Opportunities for Development. In: John R. Beard, Simon Biggs, David E. Bloom, Linda P. Fried, Paul Hogan, Alexandre Kalache and SJO, editor. *Global population ageing: Peril or Promise?* Geneva: World Economic Forum; 2012. p. 69–73.
404. Kickbusch I. Foreword. In: Kawachi I, Wamala SP, editors. *Globalization and health*. New York: Oxford University Press, USA; 2007. p. v – xii.
405. Wearden G. Oxfam: 85 richest people as wealthy as poorest half of the world. *The Guardian* [Internet]. 2014 [Acesso em: 23 de março de 2015]. Disponível em: <http://www.theguardian.com/business/2014/jan/20/oxfam-85-richest-people-half-of-the-world>
406. Eco Desenvolvimento. Brasil reduziu em 28% número de fumantes acima de 18 anos. *Notícias Terra* [Internet]. [Acesso em: 31 de maio de 2015]. Disponível em: <http://noticias.terra.com.br/brasil/dia-mundial-sem-tabaco-brasil-reduziu-em-28-numero-de-fumantes,ed231b132a927f80a8e2e56f3a694b0cfar2RCRD.html>
407. Campaign for Tobacco-Free Kids. Tobacco Control Success Story: Brazil. Campaign for Tobacco-Free Kids; 2013.
408. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. [Acesso em: 18 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
409. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world—what do we know? *Lancet* [Internet]. Elsevier; [Acesso em: 25 de março de 2015];385(9967):484–6. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61597-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61597-X/abstract)
410. National Resource Center on LGBT Aging. Citation by Kathleen Sebelius U.S. Secretary for Health and Human Services (HHS) [Internet]. So that knowledge gets better with age. 2010 [Acesso em: 2 de junho de 2015]. Disponível em: <http://www.lgbtagingcenter.org/about/background.cfm>



Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil)

Formato: 21 x 29,7 cm

Tipologia: Timen New Romam

Corpo: 12

Papel: Couche Matt 90 gr (miolo)

Couche Matt 250 gr (capa)

Impressão e Acabamento:



Rua Capitão Félix, 110- SL 439 - Benfica - Rio de Janeiro - RJ
elphosgrafica@hotmail.com - Tel.: (21) 2585-2908



*Faça o download do relatório completo
e do Sumário Executivo:*

www.ilcbrazil.org/portugues

Interaja conosco:
facebook.com/ilcBR

Siga-nos:
[@ilcbrazil](https://twitter.com/ilcbrazil)

Contato:
info@ilcbrazil.org