

# Promoção do Envelhecimento Saudável e Ativo na Cidade

## Promoting Healthy and Active Ageing in the City

Maria Cristina Faria

*Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja, Portugal*

*Observatório das Dinâmicas do Envelhecimento no Alentejo do IPBeja*

*CinTurs – Centro de Investigação em Turismo, Sustentabilidade e Bem-estar da UAlg, Portugal*

### RESUMO

O envelhecimento pode ser compreendido numa perspetiva positiva a caminho de uma longevidade, que se pretenda que seja digna, segura, feliz e com qualidade de vida. A opção por investir em percursos de envelhecimento saudável e ativo para todos é de responsabilidade individual e social e tem impacto a nível local e global. A tomada desta decisão permite que as pessoas percebam o seu potencial a desenvolver, os cuidados a ter com a sua saúde e se disponibilizem para a promoção do seu próprio bem-estar. A Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030) é uma oportunidade para pensar melhor o envelhecimento, concertar sinergias multidisciplinares, realizar adaptações e investimentos para promover o envelhecimento saudável, compreendido numa perspetiva de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que permite o bem-estar na velhice. Essa capacidade funcional é determinada pela capacidade intrínseca de um indivíduo, pelo ambiente em que vive e pelo as interações entre eles. O presente trabalho tem como principal objetivo destacar como o envelhecimento saudável e ativo se encontra ligado à promoção da saúde, à aprendizagem ao longo da vida, à monitorização das políticas públicas através das indicações do Active Ageing Index (AAI) e do AgeWatch Index (AWI) e às comunidades pro-envelhecimento e pró-longevidade. Foi realizada uma revisão da literatura para integrar as informações, gerando reflexões que auxiliam a tomada de decisões e estratégias que conduzam a boas práticas.

### PALAVRAS CHAVE

Adultos mais velhos, Gerontologia, Psicologia da Saúde, Envelhecimento Saudável, Ageing in Place.

### ABSTRACT

Ageing can be understood from a positive perspective on the path to longevity, which is intended to be dignified, safe, happy and with quality of life. The choice to invest in healthy and active aging pathways for everyone is an individual and social responsibility and has an impact at a local and global level. Making this decision allows people to realize their potential to develop, the care they need to take with their health and to make themselves available to promote their own well-being. The Decade of Healthy Ageing (2020-2030) is an opportunity to think better about ageing, coordinate multidisciplinary synergies, make adaptations and investments to promote healthy aging, understood from the perspective of developing and maintaining functional capacity, which allows for well-being in old age. This functional capacity is determined by an individual's intrinsic capacity, by the environment in which he or she lives and by the interactions between them. The main objective of this work is to highlight how healthy and active aging is linked to health promotion, lifelong learning, monitoring public policies through the indications of the Active Ageing Index (AAI) and the AgeWatch Index (AWI) and the pro-ageing and pro-longevity communities. A literature review was carried out to integrate information, generating reflections that help decision-making and strategies that lead to good practices.

### KEYWORDS

Older adults, Gerontology, Health Psychology, Healthy ageing, Ageing in Place.

Recibido: 01/12/2023; aceptado: 29/12/2023

Correspondencia: Maria Cristina Faria. Escola Superior de Educação. Rua Pedro Soares, 7800-295 Beja, Portugal. E-mail: mcfaria@ipbeja.pt

### **Promoção da saúde a nível local e global**

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945) as evidências mostraram a relevância do comportamento na saúde e na prevenção das doenças. O estudo pioneiro publicado por Morris, Heady, Raffle, Roberts e Parks (1953, cit. in Ribeiro, 2004) destacou a relação entre a falta da atividade física no trabalho e a doença coronária. Na compreensão de um modelo da história natural sobre a doença Leavell e Clark (1965, cit. in Buss, 2012) consideraram três níveis de prevenção: (1) Prevenção Primária (Promoção da Saúde e Proteção específica); (2) Prevenção Secundária (Diagnóstico e Tratamento Precoce); e (3) Prevenção Terciária (Reabilitação). No primeiro nível de prevenção as medidas a serem adotadas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais, onde a educação e a motivação sanitárias, centradas no indivíduo, com projeção na família e nos grupos, desempenham um papel relevante, mas, com alguns limites. Não é possível alargar os conceitos para o caso das doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com os autores, a partir do movimento da prevenção das doenças crônicas, a promoção da saúde passou a estar ligada a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não só aos indivíduos e famílias. Neste contexto, num primeiro momento, a promoção da saúde pode ser compreendida como um conjunto de ações dirigidas à mudança de comportamentos dos indivíduos, focalizada nos seus estilos de vida, no contexto familiar e no ambiente cultural da comunidade em que estes vivem. Nesta abordagem, os programas e as atividades assentam na educação e na

mudança dos comportamentos de risco, sob o controle dos próprios indivíduos. Num segundo momento, a promoção da saúde considera os determinantes sobre as condições de saúde, onde esta é compreendida como um “produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde” (Buss, 2012, p. 23). Neste seguimento, as atividades seriam mais direcionadas para os indivíduos e para o ambiente, através do investimento em políticas públicas e em ambientes benéficos ao desenvolvimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empowerment).

Nos anos 70 do século XX, Marc Lalonde (1974), o então ministro da Saúde e Bem-estar do Canadá, chama a atenção para o fato do comportamento humano ser em parte responsável pelas doenças do mundo moderno nos países desenvolvidos. Em Maio de 1974 foi divulgado o documento “A New Perspective on the Health of Canidians”, designada também como “Informe Lalonde” (1974), que visava enfrentar o incremento dos custos económicos da assistência médica e em simultâneo conhecer a abordagem médica para as doenças crônicas. Com este propósito centraram-se no conceito de “campo de saúde” e nos seus respetivos “determinantes de saúde”, considerando o campo de saúde em quatro componentes: biologia humana e genética, ambiente, estilo

de vida e a organização da assistência à saúde, com os seus múltiplos fatores que influenciam a saúde. Chegaram então à conclusão que a maioria dos esforços da sociedade destinados a melhorar a saúde, os seus respetivos gastos diretos em saúde, encontravam-se centralizados na organização da assistência médica e que as principais causas de morbidade e mortalidade tinham origem em três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilo de vida (Buss, 2000).

Em 1978, em Alma-Ata, na ex-União Soviética, a Organização Mundial de Saúde (OMS), com a colaboração da Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), organiza a “I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde” (WHO/UNICEF, 1978, cit. in Faria, 2017) de seis a doze de setembro desse ano. Os defensores da saúde e os líderes mundiais reuniram-se para trabalhar em prol da “saúde para todos” os povos até ao ano 2000. A doze de setembro de 1978 formularam a “Declaração de Alma Ata”, destacando a relevância de serviços de saúde primários e preventivos no mundo e a urgência e eficácia da ação internacional e nacional para que os cuidados primários de saúde fossem desenvolvidos e aplicados em todo o mundo. Na Conferência enfatizou-se que a saúde é um direito humano fundamental e chamou-se a atenção para temas como: a existência da desigualdade no estado de saúde dos povos; relevância do desenvolvimento económico e social assente numa ordem internacional; o direito à participação dos povos no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde; a responsabilização dos governos pela saúde dos seus povos;

o processo continuado de assistência à saúde; e a acessibilidade aos cuidados primários de saúde. Diante da observação da medicalização crescente da saúde na sociedade e nos sistemas de saúde os países industrializados optam por investir no compromisso mundial para a promoção da saúde.

Um outro marco histórico a considerar foi a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 21 de Novembro de 1986, que aprovou uma Carta, conhecida como a Carta de Ottawa, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. Esta Conferência abriu a porta a um novo movimento, a nível mundial, centrado na criação de uma forte aliança a favor da Saúde Pública. Nesta perspetiva, a saúde é considerada um conceito positivo e holístico, que destaca os recursos sociais e pessoais, e as capacidades físicas. Por isso, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, é uma responsabilidade de todos os sectores da sociedade uma vez que exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. A melhoria da saúde decorre da garantia de condições básicas pelo que é preciso assegurar os pré-requisitos para a saúde, que são: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A Carta de Ottawa (1986) define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, cit. in Buss, 2000, p. 170), des-

tacando-se três estratégias fundamentais para a sua concretização: defesa da saúde; capacitação e mediação. Neste seguimento, nos dias 25 e 27 de Setembro de 2015, mais de 150 líderes mundiais estiveram presentes na sede da Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova Iorque, para adotar formalmente uma nova “Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030” compreendendo dezassete “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável” (ODS), que devem ser implementados por todos os países do mundo até 2030 (United Nations, 2015).

As evidências mostram que são precisas ações continuadas de promoção da saúde, focadas na tomada de medidas para tornar as nossas cidades em espaços de saúde para todos. É importante tomar consciência que metade da população mundial já vive em áreas urbanas, e espera-se que cresça para cerca de dois terços até 2030 (WHO, 2016a, 2016b, cit. Faria, 2017). Foi neste clima que em Xangai, na China (20-24 de Novembro, 2016), decorreu a “9ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde” que teve como tema principal “Promoting health in the Sustainable Development Goals: Health for all and all for health,” (“Promoção da Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Saúde para todos e todos para a saúde”), até 2030. Considerando o momento histórico da celebração do 30º aniversário da “Carta de Ottawa”, editada na “1ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde” (Ottawa, 1986), a 9ª Conferência pretendia ser uma oportunidade para reafirmar o contributo da “Promoção da Saúde” para “melhorar a saúde” e a “equidade na saúde”. Assim, o objetivo primordial do en-

contro era o de reforçar a relação entre a “Promoção da Saúde” e a “Agenda 2030” ao nível do “desenvolvimento sustentável”. Neste evento foram considerados três pilares da promoção da saúde: (1) Boa governação; (2) Cidades saudáveis; e (3) Literacia em Saúde (WHO, 2016a, 2016b, cit. in Faria, 2017). Nesta Conferência criou-se um documento sobre a promoção da saúde, designado de “Declaração de Xangai”, que foi aprovada pelos participantes, e que se constitui como uma plataforma de entendimento sobre compromissos e ações a desenvolver por todos os países envolvidos e a estimular o mundo global (WHO, 2016b, cit. in Faria 2017), que destaca: (1) Reconhecimento de que a saúde e o bem-estar são essenciais para alcançar desenvolvimento sustentável; (2) Promoção da saúde ocorrerá através da ação em todos os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS); (3) Tomada de opções políticas audaciosas para a saúde; Boa governação é essencial para a saúde; (4) Cidades e comunidades são ambientes determinantes para a saúde; Literacia em saúde capacita e impulsiona a equidade; e (5) Chamada para a ação (a saúde é uma escolha política que implica combater os interesses prejudiciais à saúde e remover barreiras à capacitação, especialmente, para mulheres e meninas; os líderes políticos de diferentes setores e de diferentes níveis de governação, do setor privado e da sociedade civil devem unir-se na determinação de promover a saúde e o bem-estar em todos os ODS e a responsabilidade da promoção da saúde). Os participantes da “Declaração de Xangai” prometeram acelerar a implementação dos ODS através de um maior empenho político e de

investimento financeiro na promoção da saúde tendo sido acordados compromissos nesse sentido (WHO, 2016b, cit. in Faria, 2017).

Apesar de algumas divergências de interpretação entre os Estados Unidos (privilegia a intervenção sobre o indivíduo) e a Europa (privilegia o nível comunitário e social) o conceito de promoção da saúde foi adotado por todos os países desenvolvidos (Ribeiro, 2010). Estamos de acordo com Breslow (1989, cit Ribeiro, 2010) em que hoje, mais do que nunca, é preciso pôr na agenda da saúde a promoção da saúde. Isto é, devemos considerar uma etapa situada antes do tratamento e da prevenção da doença. Esta abordagem difere do serviço médico na medida em que este último é dirigido em grande parte para superar a saúde precária do indivíduo. Esta visão abrange a atenção à população a nível local e global, e não se circunscreve apenas aos doentes. Significa ainda considerar as responsabilidades individuais versus comunitárias para a saúde e pensar na alegada medicalização da vida e poluição do ambiente. Na perspetiva da promoção da saúde a focagem visa manter o nível de saúde e fortalecer o potencial (recursos) para a saúde do indivíduo ao longo do ciclo de vida, da sua família, da sua comunidade, da sua sociedade e do seu ambiente no planeta terra.

### **Envelhecimento saudável, funcional e ativo**

À medida que as pessoas envelhecem deve ser-lhes dada a oportunidade de terem acesso ao desenvolvimento das suas potencialidades. É preciso uma atenção especial à funcionalidade, inclusão, saúde e bem-estar na proximida-

de e decurso da velhice. É expectável que os decisores e atores sociais responsáveis pelas políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação desenvolvam ações concertadas para apoiarem o envelhecimento e a longevidade de todos os cidadãos. Pretende-se que sejam dadas garantias de segurança e qualidade de vida para que os adultos maiores possam usufruir de um envelhecimento saudável e ativo, em casa e na comunidade.

Na década de 70 do século XX, um conjunto de profissionais provenientes de contextos diversificados (políticos, sociais e académicos) procurou transpor a imagem vigente das pessoas mais velhas da sociedade associadas a fragilidade, dependência, improdutividade ou a constituírem um fardo para a sociedade e para as novas gerações. É deste debate que surge o conceito de envelhecimento produtivo (EP) definido como “uma atividade significativa e satisfatória, em que o idoso está envolvido de forma estruturada e continuada e que tem um impacto positivo na sua vida” (Gonçalves et al, 2006, 139). Neste processo, se houver um contexto social e cultural que compense a perda dos recursos biológicos, o ritmo que dá origem ao declínio pode ser travado, assim como pode acelerar na presença de expectativas negativas sobre o envelhecimento a nível cultural e económico. Um pouco mais tarde, na década de 80, Baltes e Baltes (1990, cit. Baltes & Carstensen, 1996) apresentaram o conceito de envelhecimento bem-sucedido (EBS), destacando a heterogeneidade do processo de envelhecimento e a existência de uma reserva, de forma a compensar o declínio de determinadas competências. Embora defendam o

princípio da continuidade desenvolvimental de ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, consideram que existem limites expostos pela idade para a adaptação e plasticidade comportamental, desencadeando um aumento de perdas e uma diminuição de ganhos. Assim, nesta perspectiva, o envelhecimento pode ser compreendido através do modelo de seleção, otimização e compensação, mecanismos de adaptação interativos que procuram sempre a maximização dos ganhos e a minimização das perdas (Baltes & Baltes, 1990; cit. Baltes & Carstensen, 1996).

No início do século XXI a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) destacou sete desafios expectáveis organizados pela seguinte ordem: 1º) carga dupla da doença (mudança no padrão das doenças transmissíveis para as não transmissíveis, sendo que se esperando-se para 2020 um aumento de 78% da carga global de doença em doenças não transmissíveis, doenças crônicas (cardiopatia, cancro e depressão) causa de morte e invalidez, doenças mentais e lesões; 2º) maior risco de deficiência; 3º) provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento; 4º) feminização do envelhecimento; 5º) ética e iniquidades; 6º) economia de uma população em processo de envelhecimento; e 7º) criação de um novo paradigma que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento.

Neste ambiente de mudança na forma como compreender a velhice, a Organização Mundial de Saúde (World Health Organization [WHO], 2002) foi inovadora ao apresentar o

conceito de envelhecimento ativo e o divulgar como o “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. Nesta perspectiva de que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, sinónimo de uma vida mais longa e acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) apresentou uma visão diferente do envelhecimento e marcou a mudança de paradigma. O envelhecimento assim exposto implica uma participação e envolvimento das pessoas mais velhas nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho. Esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento enfatiza a importância das pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu próprio bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida (Ribeiro & Paúl, 2011).

Na perspectiva de que o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, sinónimo de uma vida mais longa e acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) permite uma visão diferente do envelhecimento. O envelhecimento ativo, assim apresentado, implica uma participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho, esta nova forma de entender e perspetivar o envelhecimento enfatiza a importância das pessoas

perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar e, sobretudo, da sua qualidade de vida.

O planeamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspetos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspetos da vida em comunidade (WHO, Organização Mundial de Saúde, 2005).

O ano de 2012 foi designado de “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações” possibilitando uma abordagem positiva do envelhecimento, a criação de espaços e tempos de debate reflexivo e o surgimento de iniciativas proativas que possibilitem o desenvolvimento e a valorização da população sénior. Considera-se que o envelhecimento ativo pode dar à geração do baby boom e aos seniores do futuro a oportunidade de: 1) permanecerem no mercado de trabalho e partilharem a sua experiência; 2) continuarem a desempenhar um papel ativo na sociedade; e 3) viverem uma vida o mais saudável e gratificante possível. Por outro lado, a partilha de experiências e a solidariedade intergeracional nas sociedades envelhecidas constitui uma riqueza humana e social para a construção da felicidade para todos. Por isso, durante o ano europeu 2012 chamou-se a atenção para o fato de nunca ser tarde para “partilhar expe-

riências, “iniciar uma nova carreira”, “ser dono da sua própria vida”, “ampliar os horizontes”, “dedicar-se aos outros”, “fazer novos amigos”, “unir forças”, “divertirmo-nos juntos”, “preocuparmo-nos com os outros”, “ter um espírito jovem” e “viver intensamente”.

Existe consenso que o estilo de vida saudável para idosos inclui: alimentação saudável, atividade física regular, manter um peso saudável, manter a mente ativa, fazer da saúde uma prioridade, participar em atividades de que se gosta, desempenhar um papel ativo nos cuidados de saúde, não fumar. A adoção consciente de estilos de vida saudáveis ao longo da vida contribui para uma vida mais saudável na velhice e proporciona um benefício potencial para a preservação da saúde e da autonomia dos mais velhos, viabilizando um envelhecimento saudável e gratificante. Os estudos têm mostrado como a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais, físicas e sociais estão diretamente relacionados com o desempenho de ocupações significativas e gratificantes (Carvalho & Dias, 2011). De acordo com European Union e Committee of the Regions (Andor, Bresso, & Sedmak, 2011), é preciso saber como tornar os cidadãos séniores mais participativos na sociedade, enquanto atores do seu próprio desenvolvimento.

A maneira como pensamos a idade, o envelhecimento e a longevidade, seja a nível individual ou social, está na base dos comportamentos e das ações para viabilizar o desenvolvimento do envelhecimento saudável (healthy ageing). Estamos focados nas orientações da Organização Mundial de Saúde, no âmbito da

sua estratégia global sobre o envelhecimento para 2015 – 2030 (WHO, 2015) e temos como base de entendimento a sua definição do Envelhecimento Saudável definido no seu Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (WHO, 2015) como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice”. Esta definição permite uma abordagem ao envelhecimento que seja integracionista, holística e interacionista ao mesmo tempo que permite a focagem na saúde e na capacidade funcional da pessoa mais velha. Como refere Fonseca “A expressão ‘ativo’ é agora substituída pela expressão capacidade funcional, traduzida em recursos que permitam a cada pessoa desempenhar não apenas aquilo de que necessita para ser autónoma e independente, mas igualmente aquilo que mais valoriza: satisfazer as necessidades básicas, tomar decisões, ter mobilidade, fazer e manter relacionamentos, aprender, contribuir para a sociedade. A capacidade funcional é composta pela capacidade intrínseca do indivíduo, pelas características ambientais, e pela interação entre ambas.” (Fonseca, 2021, 45). Neste sentido, o “Ageing in place” (envelhecer em casa e na comunidade) é um desafio no sentido que procura atender à pessoa real e não estatística, respeitando a sua identidade e as suas necessidades individuais.

### **Envelhecimento e aprendizagem ao longo da Vida**

A prosperidade de uma sociedade em envelhecimento e envelhecida encontra-se comprometida com dois conceitos: o envelhecimento saudável e ativo e a aprendizagem ao

longo da vida. Estas abordagens produzem melhores resultados quando têm início numa idade precoce. De acordo com o “Livro Verde sobre o Envelhecimento- Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações” (Comissão Europeia, 2021) o envelhecimento saudável e ativo está ligado à promoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida e abrange os padrões de consumo e alimentação, bem como os níveis de exercício físico e atividade social. Por isso, ajuda a reduzir o risco de obesidade, diabetes e outras doenças não transmissíveis, cuja predominância tem vindo a aumentar. Está de alerta às doenças cardiovasculares e ao cancro que figuram entre as principais causas de doenças evitáveis nas pessoas com menos de 75 anos na Europa. Promove um impacto positivo no mercado de trabalho, nas taxas de emprego e nos nossos sistemas de proteção social, possibilitando o crescimento e a produtividade da economia.

Ao debruçar-se sobre a problemática de como o envelhecimento afeta todas as idades e gerações o Livro Verde sobre o Envelhecimento (Comissão Europeia, 2021,4) circunscreve-se a uma abordagem de ciclo de vida e coloca o desafio de discussão e reflexão de cinco temas, dos quais aguardamos o relatório:1) Envelhecimento saudável e ativo e aprendizagem ao longo da vida; 2) Melhorar o desempenho do mercado de trabalho; 3) Modernizar os sistemas de proteção social e combater a pobreza na velhice; 4) Melhorar a resiliência dos nossos sistemas de saúde e de prestação de cuidados; e 5) Promover a solidariedade e a responsabilidade intergeracionais.



De acordo com Ribeirinho (2021) o “Livro Verde sobre o Envelhecimento - Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações” pode constituir-se como uma excelente oportunidade para aprofundar a literacia gerontológica. O plano para a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 possibilita uma década de “colaboração concertada, catalisadora e sustentada, procurando perspetivar as pessoas idosas como eixo central e reunindo esforços dos governos, da sociedade civil, dos organismos internacionais, dos profissionais, das instituições académicas, dos média e do setor privado, a fim de melhorar a vida dessas pessoas, bem como das suas famílias e comunidades” (Ribeirinho, 2021,33). Na década de 2020-2030, o fenómeno do envelhecimento e da longevidade são alvo de várias focagens e intervenções. Toda a sociedade fica envolvida para concretizar as metas de envelhecimento e saúde contribuindo para uma literacia em gerontologia.

### **Envelhecimento ativo através do Active Ageing Index e do AgeWatch Index**

O envelhecimento ativo e saudável tem sido compreendido como um meio eficaz de alojar os impactos produzidos pela mudança das estruturas etárias e alertar os governos para o papel das políticas públicas (Ferreira, et al., 2017). Quem envelhece espera ter capacidade funcional, que a sua autonomia e independência se mantenham e durem até o mais tarde possível. Aspira-se a continuar a exercer a cidadania, a ser feliz e a estar o mais longe possível do isolamento e da exclusão social. Por isso, toda a sociedade é chamada para a missão de

promover e viabilizar o envelhecimento ativo, funcional e com saúde. Aos governos exige-se que ampliem e melhorem as políticas e respostas sociais ao envelhecimento e ao cidadão que promova atitudes e comportamentos em prol da saúde física e mental e ainda, que se envolva na comunidade. É, pois, importante monitorizar os esforços que as sociedades realizam para levar por diante o envelhecimento ativo e com saúde. É neste contexto que surgem dois índices que procuram registar os progressos realizados pelos países: o Active Ageing Index (AAI) e o AgeWatch Index (AWI).

O AAI da Comissão Europeia e da Comissão Económica para a Europa (UNECE) é constituído por vinte e dois indicadores individuais agrupados em quatro domínios: 1) contribuições através de atividades remuneradas (emprego); 2) contribuições através de atividades produtivas não remuneradas (participação social); vida independente, segura e saudável; 3) capacitação (empoderamento) para o envelhecimento ativo; e 4) capital de envelhecimento ativo (o stock de capital social e de saúde). Os primeiros três domínios avaliam realizações evidenciando as atividades em que as pessoas se encontram envolvidas e o quarto domínio avalia as condições em que o Estado e a sociedade investe no desenvolvimento do envelhecimento ativo possibilitando melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas. O AAI resulta da média ponderada da pontuação obtida nos domínios, e varia entre 0 e 100 pontos. Assim, quanto mais alto é o AAI de um país, mais frequentes são os comportamentos de envelhecimento ativo da sua população (Ferreira, et al., 2017).

A HelpAge International é uma rede global de organizações que tem como missão assegurar o direito das pessoas mais velhas a terem uma vida com dignidade e que seja saudável e segura.

O Global AgeWatch Index (AWI) é da responsabilidade da HelpAge International e a sua construção é realizada a partir de dados provenientes de organizações internacionais (Departamento Económico e dos Assuntos Sociais das Nações Unidas, o Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde, a Organização Internacioanl do Trabalho, A UNESCO e a Gallup World Poll). O AWI avalia os fatores que determinam o bem-estar social e económico das pessoas mais velhas a nível global pelo que constitui um instrumento que pode ser útil à monitorização do impacto das políticas e programas sobre envelhecimento bem-sucedido. Considera quatro domínios fundamentais (Ferreira, et al., 2017): 1) segurança económica (Indicadores: taxa de cobertura das pensões; taxa de pobreza dos idosos; o rendimento/consumo relativo dos idosos; e o rendimento interno bruto); 2) condição/estado de saúde (Indicadores: esperança de vida aos 60 anos da população do país em questão; esperança de vida saudável aos 60 anos; e bem-estar psicológico); 3) capacidade individual (Indicadores: a participação no mercado de trabalho (55-64 anos) e o nível de educação atingido (percentagem de pessoas de 60 ou mais anos com pelo menos o ensino secundário); e 4) ambiente facilitador (Indicadores: as redes de apoio familiares ou de amigos; o sentimento de segurança na zona onde se vive; o sentimento de controlo da própria vida; e a satisfação com a

qualidade do transporte público-mobilidade). Cada um destes domínios tem uma pontuação própria, sendo a média usada no cálculo da pontuação global (entre 0 e 100).

Num estudo realizado por Zaidi et al. (2017) foi apresentado uma medida de envelhecimento ativo e saudável calculada para os 28 países da União Europeia. Os autores focaram-se na geração de pessoas mais velhas e a partir de vários inquéritos procuram conhecer os diversos aspetos do envelhecimento ativo e saudável, avaliando o contributo das pessoas idosas no que diz respeito ao emprego, às suas contribuições familiares, sociais e culturais não remuneradas e à sua vida independente, saudável e segura. Assim, surgiu a primeira medida quantitativa que efetivamente avalia o envelhecimento ativo e saudável designada por o Active Ageing Index (AAI), em português, Índice de Envelhecimento Ativo (IEA). Este instrumento ultrapassou as habituais avaliações baseadas em conceitos, definições e estratégias de políticas públicas. O IEA captou a forma como os países diferem no que diz respeito à capacidade e aos ambientes propícios para um envelhecimento ativo e saudável, evidenciando uma desagregação dos quatro domínios do envelhecimento ativo e saudável, e as diferenças de género. O estudo mostrou que a Suécia está no topo do ranking de países, seguida de perto pela Dinamarca, Reino Unido, Finlândia, Holanda e Irlanda. Os quatro países do sul da Europa (Itália, Portugal, Espanha e Malta) são países de classificação intermédia. A Grécia e muitos dos países da Europa Central encontram-se na parte inferior, destacando potencialidades muito mais inexploradas de enve-

lhhecimento ativo e saudável entre as pessoas idosas nestes países e a necessidade de maiores esforços políticos. No que diz respeito ao género as mulheres encontram-se numa situação pior do que os homens na maioria dos países, identificando a necessidade de enfatizar a redução da disparidade de género nas experiências de envelhecimento ativo e saudável. Ficou por identificar os mecanismos de política social que estão por trás das diferenças do envelhecimento ativo e saudável observadas dos diversos países e por saber quais as estratégias de envelhecimento ativo e saudável que impulsionaram os melhores desempenhos e que problemas afetaram os desempenhos dos países menos classificados.

Analisando o Relatório do Envelhecimento ativo em Portugal através do Active Ageing Index (AAI) e do AgeWatch Index (AWI) observa-se que no caso de Portugal os índices revelam que se encontra abaixo da média europeia (Ferreira et al, 2017). No AAI, Portugal ocupa a 16.<sup>a</sup> posição, acima de Espanha, mas abaixo da média da EU-28 (33,9). Verifica-se que é no domínio do emprego (33,5) que o país surge melhor posicionado, em 8.<sup>o</sup> lugar, bem acima da média europeia (27,8), próximo dos países economicamente desenvolvidos. Nos domínios da participação social e da vida independente, que dizem respeito à vivência individual do envelhecimento ativo, Portugal ocupa, respetivamente, a 20.<sup>a</sup> e a 21.<sup>a</sup> posições, partilhando a parte inferior da tabela com outros países. No domínio das condições que a sociedade proporciona para se envelhecer ativamente, Portugal aparece no 18.<sup>o</sup> lugar, abaixo da média europeia.

Numa abordagem positiva dos dados do caso português podemos destacar a esfera económica em sentido lato, uma vez que as evidências mostraram uma pontuação satisfatória no que respeita à participação no mercado de trabalho ou à proteção do rendimento das pessoas idosas. Já na negativa sobressai a fraca qualificação escolar, a limitada vida independente e a reduzida participação social. Ainda assim, e chocando com as evidências positivas dos países europeus os autores são de opinião que é preciso considerar que nos últimos anos o país fez progressos e que com a inversão da situação económica é expectável que o país apresente melhorias significativas no próximo exercício dos índices do envelhecimento ativo (Ferreira et al, 2017). Observa-se que os progressos registados não são equitativos em termos de género, isto é, de modo geral, os homens saem mais beneficiados do que as mulheres no período analisado (2010 a 2014). Considerando a posição portuguesa os países que estão mais próximos de Portugal são a França, a Bélgica ou a Espanha. Portanto, podemos inferir que, apesar de uma pontuação dos índices seja pouco satisfatória, o perfil das dimensões do envelhecimento aproxima-se ao de sociedades economicamente mais desenvolvidas.

A análise do AAI e do AWI permiti chamar a atenção para aspetos importantes para as políticas públicas relativas ao envelhecimento: 1) Dimensões do Índice de Envelhecimento Ativo; 2) Indicadores relativos ao Envelhecimento Ativo; e 3) Políticas Públicas de Envelhecimento Ativo. Face aos dados obtidos os autores recomendam que os índices e as suas dimen-

sões fossem contemplados na elaboração programática das políticas públicas. Estes índices poderiam ser facultados aos decisores políticos como um instrumento de monitorização e avaliação capaz de orientar a sua planificação, execução e intervenção ao longo do tempo. Seria recomendável contemplar outros indicadores de envelhecimento ativo, em particular a nível local, de forma a criar uma bateria mais alargada de indicadores que permitam a monitorização do impacto das ações e dos programas em curso a nível do município e freguesia (Ferreira et al, 2017).

### **Comunidades Pro-envelhecimento e Pro-longevidade**

Segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde realizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015) no futuro envelheceremos de maneira diferente de hoje e as pessoas maiores poderão viver as suas vidas com maior liberdade. Para isso acontecer é preciso ultrapassar os modelos curativos e económicos e avançar para abordagens inovadoras das vivências saudáveis e positivas no envelhecimento. De acordo com o Relatório (WHO, 2015) podemos observar alguma mudança que vai ocorrendo e que tem as suas implicações a vários níveis: (1) a urbanização e a globalização foram acompanhadas pelo aumento da migração e desregulamentação dos mercados de trabalho, o que pode ser uma oportunidade para os mais velhos; (2) as normas de género e o papel das mulheres tem-se alterado; deixaram de ser cuidadoras desempenhando funções de maior segurança em idades avançadas; (3) os modelos antigos

de cuidados à família não são sustentáveis, e obrigam a novas abordagens; (4) a mudança tecnológica ao nível da comunicação e informação proporciona oportunidades de acesso à família e de orientação do autocuidado; e (5) o surgimento de novos recursos de apoio que são mais funcionais e acessíveis possibilitando oportunidades para o monitoramento e cuidados de saúde personalizados.

A Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020, é a principal estratégia para alcançar e apoiar ações de construção de uma sociedade para todas as idades. Baseada em orientações emanadas de documentos como a Estratégia Global sobre Envelhecimento e Saúde da OMS, o Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento da ONU Madrid e as Metas de Desenvolvimento Sustentável da Agenda da ONU para 2030 (WHO, 2017). Nesta Década pretende-se investir em quatro áreas de ação: 1) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento; 2) garantir que comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas; 3) entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; e 4) propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem (OMS, 2022). Por conseguinte, é preciso concertar as ideias e os esforços a serem desenvolvidos favoráveis à idade e passar à ação global e local. Delinear estratégias promotoras de um envelhecimento saudável para todos e implementá-las na comunidade envelhecida deve estar na agenda dos decisores

res políticos e dos profissionais que trabalham em ambientes envelhecidos.

Pensar melhor a idade passa a ser uma prioridade se queremos comunidades centradas no desenvolvimento e seguranças das pessoas maiores. Esta preocupação não é nova, já existe desde o século passado.

Como aplicação prática e estratégica do envelhecimento ativo, a OMS lançou em 2007 o projeto "Age-Friendly Cities" – Cidades Amigas das Pessoas Idosas, capacitando e dando voz ativa às pessoas idosas de várias cidades do mundo. Promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o Protocolo de Vancouver é um protocolo de pesquisa desenvolvido no âmbito do Projeto "Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas". Este foi utilizado por 33 cidades de todas as regiões do mundo que participaram na realização de uma investigação para avaliar a adaptação da cidade às necessidades dos mais velhos. Dos resultados extraiu-se o Guia das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2007) que aborda os oito temas elegidos: Espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde. É uma ferramenta essencial para identificar as necessidades e as áreas prioritárias de intervenção de modo a tornar as cidades mais amigas dos idosos. É previsível que, quanto mais adaptada estiver a cidade às exigências e especificidades da idade avançada melhor será o desempenho ocupacional das pessoas mais velhas e, consequentemente, a sua perceção de bem-estar. Em simultâneo, quanto maior for o número de

cidades que reúnam as condições para serem designadas de amigas das pessoas mais velhas, maior será o leque de pessoas idosas que vivenciam bem-estar, com autonomia e participação social.

Em Portugal a "Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis" (RPCS) existe desde 1997, pausando a sua atuação em concordância com as diretrizes da OMS e no sentido do desenvolvimento de esforços para o apoio e promoção de estratégias locais que permitam conduzir a ganhos de saúde. No ano de 2001, a "Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis" insere-se no "Movimento das Cidades Saudáveis" da OMS, através da adesão à REDE das "Redes Nacionais de Cidades Saudáveis da Europa" da OMS, que conta na altura, com 34 municípios portugueses saudáveis e que tem como principal missão apoiar a divulgação, implementação e desenvolvimento do projeto "Cidades Saudáveis" nos municípios que assumam a promoção da saúde como uma prioridade. A "Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis" apresenta-se com o lema "um município saudável é inclusivo, sensível e para todos os cidadãos" denotando uma preocupação de saúde e bem-estar social para todos. Muito se exige à Cidade do século XXI, que seja uma "Cidade educadora, saudável, inteligente e sustentável" e agora "Cidade amiga da pessoa mais velha".

Em termos da ética social, são os cidadãos o principal valor da sociedade e esse valor não tem fronteiras de idade. Por conseguinte, mais do que saber lidar com o envelhecimento demográfico, é necessário mobilizar esforços para potenciar os benefícios do envelhecimento. A Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) tem

como principal objetivo a construção de uma sociedade que promova o bem-estar e a contribuição cívica de todos os cidadãos. Foi neste contexto que a OPP cria o Selo “Comunidades Pró-Envelhecimento 2020/2021”. Para o receber é preciso que cada cidade ou comunidade preencha os requisitos da Checklist Comunidades Pró-Envelhecimento. Esta é composta por três partes: Parte I que contempla a Segurança, Habitação e Mobilidade; Bem-Estar e Saúde; Relações Sociais e Inclusão; Cultura e Educação ao Longo da Vida; e Participação Ativa e Emprego; Parte II justificação de respostas positivas; e Parte III sobre disponibilização de informação complementar sobre o preenchimentos da Checklist), e tem por objetivos ser, simultaneamente, uma lista de verificação e um instrumento orientador das boas práticas e da promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido nas Comunidades. No âmbito do trabalho desenvolvido, em 2020, a Ordem dos Psicólogos Portugueses atribui no Dia Internacional do Idoso (1 de outubro), o Selo “Comunidades Pró-Envelhecimento 2020/2021” a todas as comunidades que se candidataram e que fizeram prova de apresentaram políticas, programas, planos estratégicos e práticas demonstram um compromisso forte e efetivo com a promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido ao longo de todo o ciclo de vida. Cada cidade ou município ou comunidade, a quem foi atribuído o Selo de “Comunidade Pró-Envelhecimento 2020/2021”, sentiu que lhe estava a ser feito um reconhecimento pelo trabalho realizado e um estímulo para continuar na trajetória das Cidades Amigas das Pessoas Mais Velhas a desenvolver esforços para manter ou melhorar o

desenvolvimento de práticas, políticas e planos estratégicos reveladores de um compromisso com a promoção do envelhecimento saudável.

### **Discussão**

Na nossa era, é cada vez mais comum observar que muitos indivíduos com 70 anos aparentam ter 60 e assim por diante. Falamos até que são detentores de um “bom envelhecimento” ou de uma “sabedoria no envelhecer”. Mas, ninguém escapa à idade que tem e isso quer dizer que embora não haja um “idoso típico”, pois cada um tem a sua forma especial de envelhecer, não podemos esquecer o apoio especializado ao envelhecimento que deve ser disponibilizado pelos serviços da comunidade e a implementação das políticas sociais promotoras de um envelhecimento saudável para todos.

A abordagem do envelhecimento saudável tem sido alvo de opiniões críticas que consideram que esta perspetiva acaba por homogeneizar, oprimir e negligenciar as realidades físicas da velhice. Contudo, é preciso compreender que discurso atual sobre o envelhecimento saudável atribui aos indivíduos a responsabilidade de alcançar uma boa saúde física e ignora as suas circunstâncias mais amplas. A abordagem de capacidade de Sen (1997) fornece uma base para incluir as mudanças físicas do envelhecimento e do ambiente social, concentrando-se no que os próprios idosos valorizam em relação ao envelhecimento saudável. Num estudo realizado na Nova Zelândia sobre padrões de vida desejados os 145 entrevistados com idade de 63 a 93 anos observaram-se seis ‘funcionamentos’ comumente valorizados: conforto físico, integração social, contribuição, segurança, autono-

mia e diversão (Stephens, Breheny & Mansvelt, 2015). A capacidade de alcançar as funcionalidades valorizadas era de grande importância, independentemente do estado de saúde física, embora essa capacidade fosse frequentemente limitada por circunstâncias sociais e materiais. Paralelamente, o estudo destaca a importância de um ambiente favorável aos funcionamentos valorizados e fornece uma estrutura para a compreensão da saúde dos idosos, quaisquer que sejam as suas habilidades físicas atuais. Por conseguinte, faz sentido que os modelos de envelhecimento saudável sejam mais amplos e incluam entendimentos de resiliência e capacidades de empowerment.

No Relatório do 2º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (2015), são identificadas cinco áreas de intervenção no processo de "Ageing in Place": Pessoas, Lugares, Produtos, Serviços personalizados e Políticas de apoio social (Fonseca, 2018). Para assegurar a promoção do envelhecimento ativo e com saúde é preciso criar condições de saúde, participação e segurança das pessoas mais velhas da sociedade, que acompanhem a sua qualidade de vida à medida que envelhecem. Uma cidade ou uma comunidade amiga das pessoas com mais idade cria e adapta as suas estruturas para ir ao encontro das necessidades e capacidades destes seus cidadãos. Para saber como construir uma cidade ou comunidade amiga das pessoas idosas é preciso escutá-las para poder desenvolver e implementar uma prática amigável à idade. Com o objetivo de ajudar as cidades a se olharem a partir da perspectiva das pessoas mais velhas e de identificar em que aspetos podiam ser mais

"amigáveis", a Organização Mundial da Saúde propôs o projeto "Age Friendly Cities" (2007). Observou-se que nas cidades de todos os continentes os temas recorrentes eram a qualidade de vida, a acessibilidade e a segurança. Os resultados das discussões em grupo conduziram à elaboração de um conjunto de listas de verificação de cidades amigas dos idosos.

Pensar melhor o envelhecimento implica que os cidadãos estejam disponíveis para mudar a forma como pensamos a idade e o envelhecimento numa sociedade.

Neste sentido, se queremos enveredar por percursos de envelhecimento saudável e ativo é importante dar continuidade à construção de uma sociedade que promova ambientes de pro-envelhecimento com bem-estar. Um apoio para este empreendimento pode passar pela responsabilidade e envolvimento dos decisores políticos e atores sociais e a contribuição cívica de todos os cidadãos para que as suas cidades, municípios e comunidades possam alcançar e manter o Selo "Comunidades Pró-Envelhecimento" e assim assegurarem a promoção de um envelhecimento saudável, funcional e ativo na cidade.

### Referências

- Andor, L., Bresso, M., & Sedmak, M. (2011). How to promote active ageing in Europe EU support to local and regional actors. *Brochure-AGE Platform Europe in partnership with the Committee of the Regions and the European Commission.*: European Union, Committee of the Regions, Bruxelles, Belgique.
- Baltes, P., & Carstensen, L. 1996. The process of successful ageing. *Ageing & Society*, 16:397-422. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003603>

- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Buss, P. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177.
- Buss, P. (2012). Uma introdução ao conceito de promoção de saúde. In D. Czeresnia & C. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (pp. 19-42). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Comissão Europeia (2021). *Livro Verde sobre o Envelhecimento- Promover a responsabilidade e a solidariedade entre gerações*. [https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com\\_2021\\_50\\_f1\\_green\\_paper\\_pt.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_f1_green_paper_pt.pdf)
- Faria, M. C. (2017). *A psicologia na interface com a promoção da saúde e o bem-estar*. Beja: Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja (108 p). <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4768>
- Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place. Envelhecer em Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian/Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa.
- Ferreira, P. M., Moreira, A., Azevedo, A. B., Manso, L. P. (2017). *O Envelhecimento ativo em Portugal através do Active Ageing Index e do AgeWatch Index*. Policy Brief 2017. Instituto do Envelhecimento. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. URI: <http://hdl.handle.net/10451/33374>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada. [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). *Metodología del Proyecto de Ciudades amigables con los Mayores de la OMS-Protocolo de Vancouver*. [https://ciudadesamigables.cl/site/assets/files/1954/protocolo\\_de\\_vancouver.pdf](https://ciudadesamigables.cl/site/assets/files/1954/protocolo_de_vancouver.pdf)
- Ribeiro, J. (2004). A avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, XXIII, (2), 387-397.
- Ribeiro, J. (2010). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora LDA
- Ribeirinho, C. (2021). Prefácio. M.C. Faria, J. Ramalho, J. Nunes, A. & Fernandes, A. (Coords.). *Desafios e Oportunidades do Envelhecimento*. (33-36). Lisbon International Press -Grupo Editorial Atlântico.
- Sen, A. K. (1997). *Choice, welfare and measurement*. Boston: Harvard University Press, p. 84-106.
- Stephens C, Breheny M, Mansvelt J. (2015). Healthy ageing from the perspective of older people: a capability approach to resilience. *Psychol Health*. 30(6):715-31. doi: 10.1080/08870446.2014.904862.
- World Health Organization (WHO). (Eds.). (2002). *Active Ageing: A policy framework. Noncommunicable disease prevention and helath promotion, aging and life course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO). (Eds.). (2015). *World Report on Ageing and Health*. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/e>
- World Health Organization (WHO) (Editors) (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>
- United Nations. (2015). Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development (2015). *In Follow-up to the outcome of the Millennium Summit-document of the United Nations summit for the adoption of the post-2015 development agenda* (pp. 1-25). United Nations. [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/69/L.85&Lang=E)
- Zaidi, A., Gasior, K., Zolyomi, E., Schmidt, A., Rodrigues, R., & Marin, B. (2017). Measuring active and healthy ageing. *Journal of European Social Policy*, 27(2), 138-157. <https://doi.org/10.1177/0958928716676550>