Envelhecer no mundo contemporâneo: oportunidades e incertezas¹

Fausto Amaro*

Resumo

O envelhecimento pode ser analisado pelo prisma do aumento demográfico, como por exemplo, quando se projeta que em 2050 a população idosa será de cerca de 2 bilhões de indivíduos. Este número traduz a profunda alteração demográfica que se registra em todas as regiões do planeta. Entretanto, a população mais idosa se concentra atualmente nas zonas mais desenvolvidas, sendo os países europeus os que se encontram no grupo dos mais envelhecidos. As causas diretas desta evolução demográfica se vinculam à melhoria das condições de vida e ao progresso da medicina. Mas viver mais anos não parece ser suficiente para aumentar o bem-estar e a felicidade humana. Viver mais anos só faz sentido se o aumento de longevidade for acompanhado de qualidade de vida. Um dos aspectos que influencia a longevidade são as atitudes das pessoas, que podem ser definidas como estados internos que predispõem para reações positivas ou negativas a respeito das coisas, dos outros e de si próprio. As atitudes negativas constituem uma importante barreira à qualidade de

vida, podendo igualmente contribuir para estados depressivos. As atitudes positivas influem bastante na qualidade de vida e na própria longevidade.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo. Esperança de vida. Qualidade de vida. Atitudes.

Envelhecimento como questão demográfica

Segundo o Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas a população com 60 ou mais anos passou de 9,2% em 1990 para 12,3 em 2015. Em 2030 prevê-se que a população idosa seja cerca de 1 400 milhões, representando 16,5 % a nível mundial (UNITED NATIONS, 2015).

Estes números traduzem de uma forma simples uma profunda alteração

Recebido em: 03/11/2015. Aceito em: 30/11/2015

Doutor em Ciências Sociais no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, da Universidade Técnica de Lisboa. Professor Catedrático do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, investigador e residente do Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP), Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal. E-mail: amaro.fausto@gmail.com

Texto elaborado com base na conferência feita na abertura do Congresso Internacional de Estudos sobre o Envelhecimento Humano – Envelhecer na Contemporaneidade. Passo Fundo, RS, 26-28 de agosto de 2014. Os dados demográficos foram atualizados.

http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.v12i3.6081

demográfica que está a ser registada em todas as regiões. Porém, a situação demográfica atual é muito diversa de país para país e até dentro de cada país.

No que respeita à população mais idosa ela concentra-se atualmente nas zonas do mundo mais desenvolvidas como se pode ver na tabela n.º 1, sendo a Europa a região com maior percentagem de pessoas com 60 ou mais anos.

Tabela 1 – Estrutura demográfica mundial em 2015: proporção dos grupos de idade 0-14 e 60+, em percentagem

Região	0-14	60 ou mais
	anos	anos
Mundo	26,1	12,3
Africa	41,4	5,4
Ásia	24,5	11,6
Europa	15,7	23,9
América Latina e Caribe	25,7	11,2
América do Norte	18,7	20,8

Fonte: United Nations (2015).

Considerando a demografia de cada país, são naturalmente os países europeus que se encontram no grupo dos países mais envelhecidos. Juntamente com o Japão, a Itália e a Alemanha formam o grupo dos três países mais envelhecidos do mundo. Em termos de envelhecimento demográfico, Portugal encontra-se em nono lugar a nível mundial tendo ultrapassado já a média da União Europeia.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE, 2015), em 2014, existiam 141,3 pessoas com 65 anos ou mais por cada 100 jovens no grupo dos 0-14.

Tabela 2 – Estrutura demográfica em algumas regiões (2013): proporção dos grupos 0-14 anos e 60+, em percentagem

Região/País	0-14	60+
Hegiao/Fais	anos	anos
Europa	15,7	23,9
Portugal	14,1	27,1
América Latina e Caribe	25,7	11,2
Brasil	23,0	11,7
 Rio Grande do Sul 	19,6	15,3
América do Norte	18,7	20,8

Fonte: United Nations (2015) e FEE (2015).

Quanto ao Brasil, considerado ainda um país de população jovem, já ultrapassou a média da América do Sul, sendo os valores da população idosa no Rio Grande Sul superiores à média do país. E se a análise fosse ainda mais fina, encontraríamos municípios e bairros das grandes cidades com elevada proporção de população idosa, como acontece em Portugal em alguns municípios e no bairro de Copacabana, no Rio de Janeiro, indicado muitas vezes como exemplo de uma área urbana residencial fortemente envelhecida.

As causas diretas desta evolução demográfica são conhecidas. Em primeiro lugar há que referir que a melhoria das condições de vida e o progresso da medicina fizeram baixar a taxa de mortalidade geral e a taxa de mortalidade infantil, possibilitando que um maior número de pessoas atingisse uma idade avançada. Esta situação é ilustrada pelo indicador esperança média de vida ao nascer, que traduz o número de anos que uma pessoa poderá viver se as condições de vida conhecidas não sofrerem alteração.

Tabela 3 – Esperança média de vida ao nascer em 5 países: 1990/2012

País	Homens	Mulheres
Japão	76/80	82/87
Itália	74/80	80/85
Alemanha	72/78	79/83
Portugal	71/77	78/84
Brasil	63/71	70/78

Fonte: OMS (2014).

Como se pode ver na tabela n.º 3, em cerca de 20 anos, a esperança de vida aumentou nos cinco países tomados como exemplo e o mesmo sucedeu na generalidade dos restantes países do mundo. Mas destes cinco países foi no Brasil que mais aumentou este indicador, subindo de 8 anos a esperança de vida dos homens e das mulheres, enquanto no Japão a subida correspondente, foi de 4 e 5 anos. O quadro ilustra também o facto de as mulheres terem uma esperança de vida maior que a dos homens o que transforma esta questão do envelhecimento demográfico também numa questão de género.

A segunda causa do envelhecimento demográfico está relacionada com a quebra da fecundidade, isto é, com o número médio de filhos por cada mulher em idade fértil. Com efeito, a taxa bruta de fecundidade foi em 2012, de 1,8 no Brasil (1,6 no Rio Grande do Sul); 1,47 na Itália; 1,41 na Alemanha e no Japão; e 1,32 em Portugal, a mais baixa taxa de fecundidade destes 5 países (EUROSTAT, 2014; IBGE, 2013).

Temos assim uma situação em que diminuíram drasticamente as crianças com menos de 14 anos e aumentaram as pessoas com 60 ou mais anos, originando

um duplo envelhecimento, na base e no topo da pirâmide etária.

Mas para além do aumento da população com 60 ou mais anos está também a crescer a população muito idosa, com mais de 75 anos. Por exemplo, Portugal com uma população semelhante à do Rio Grande Sul tem mais de 2000 pessoas com mais de 100 anos e este grupo tende a crescer em todo o mundo.

Consequências do envelhecimento demográfico e o novo paradigma

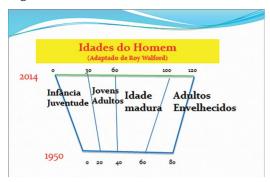
Entre as principais consequências deste envelhecimento demográfico, podem citar-se as seguintes:

- Aumento dos gastos com a saúde;
- Aumento da prevalência das doenças crónicas não transmissíveis na população idosa;
- Aumento dos encargos do Estado com a Previdência Social;
- Alteração da estrutura e das relações familiares.

Todos estes aspetos são vistos como um problema. É uma situação paradoxal. Durante séculos o ser humano procurou formas de prolongar a vida e agora que mais pessoas podem ter uma vida longa, considera que isso é um problema. Mas terá que ser assim? Os aspetos negativos do envelhecimento não podem ser resolvidos?

As nossas sociedades precisam de olhar para estes problemas de uma outra perspetiva. Novos problemas exigem novas soluções. Precisamos de um novo paradigma para a vida em sociedade que tenha em consideração as novas idades do ser humano.

Figura 1 - As idades do homem



Fonte: Adaptado de Roy Walfod, a partir de Lessa (1990).

Este esquema pretende mostrar as novas fases possíveis da vida de um ser humano. A infância e a juventude prolongam-se até aos 30; o grupo dos 30 aos 60 é constituído por jovens adultos; dos 60 aos 100 anos temos os adultos na maturidade; e a partir dos 100 anos o grupo dos adultos envelhecidos.

Os grupos de idade não só se alargaram no tempo como alteraram as suas funções. Tradicionalmente, a infância e a juventude era a altura da aprendizagem: a segunda fase da vida consistia no exercício duma profissão resultante da aprendizagem na infância e na juventude; finalmente, o adulto aposentava-se aos 60 ou 65 anos e procurava descansar até ao resto dos seus dias. A pessoa que tinha trabalhado e pago as suas contribuições para a Previdência Social receberia aposentadoria do Estado e todo este sistema parecia lógico. Não é isso que está acontecendo. Como as pessoas vivem mais anos, os Estados não têm dinheiro suficiente para pagar as aposentadorias e as pensões. E como as pessoas depois de terminar as suas carreiras têm ainda um longo período

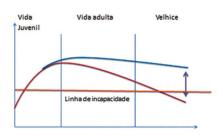
de vida, são vistas pelas gerações mais novas como um peso para a sociedade, como consumidoras de serviços de saúde cada vez mais caros e como necessitando cada vez de maior apoio.

A situação encarada desta forma não contribui para a solução do problema. Na Europa, alguns governos, perante a falta de recursos da Segurança Social, tomaram medidas de redução dos valores pagos aos pensionistas e aposentados que depois de uma longa carreira contributiva viram de súbito os seus rendimentos fortemente reduzidos.

Penso que a solução destes problemas exige novas soluções de financiamento do Estado Social e um novo paradigma para vida humana como mostra o gráfico, o qual foi inspirado num trabalho do conhecido gerontólogo brasileiro, Alexandre Kalache.

Figura 2 – Capacidade funcional durante o curso de vida

Manutenção da capacidade funcional durante o curso de Vida (Adaptado de Kalachee Kickbush)



Fonte: Adaptado de Kalache e Kickbusch (1997).

No paradigma tradicional (linha vermelha) o individuo começa a sofrer um declínio das principais funções no início da idade adulta, à medida que envelhece, o que vem a traduzir-se no final da vida por um período de maior ou menor incapacidade. Segundo a nova visão do que pode ser o período da velhice, a linha do percurso de vida (linha azul) não tem uma queda tão acentuada como é mostrado no gráfico. Assim, o individuo pode viver uma vida longa sem nunca atravessar a linha da incapacidade, indicando as setas um ganho de funcionalidade.

Envelhecimento e qualidade de vida

Mas viver mais anos não parece ser suficiente para aumentar o bem-estar e a felicidade humana. Viver mais anos só faz sentido se o aumento de longevidade for acompanhado de qualidade de vida.

A questão foi abordada na primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento realizada pelas Nações Unidas em Viena (Áustria), em 1982, que adotou o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento.

De acordo com o texto da Declaração de Viena,

As nações reunidas em Assembleia Geral Mundial sobre o Envelhecimento [...] Reconhecem solenemente que a qualidade da vida não é menos importante que a longevidade e que, por conseguinte, as pessoas de idade devem, na medida do possível, desfrutar no seio das suas próprias famílias e comunidades de uma vida plena, saudável, segura e satisfatória e serem consideradas como parte integrante da sociedade (UNITED NATIONS, 1983).

Todas estas preocupações vieram a culminar na segunda Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid em 2002 e que consagrou o princípio do envelhecimento ativo (WHO, 2002).

Envelhecer com qualidade de vida deve ser, portanto, a questão fundamental das políticas públicas de envelhecimento.

Mas não há um único caminho para o envelhecimento com qualidade de vida, uma vez que o envelhecimento, quer seja biológico, psicológico ou social, decorre num contexto cultural específico. Os genes são uma variável importante do processo de envelhecimento, mas a partir da idade adulta, a cultura assume um papel mais importante do que o fator genético no que respeita à melhoria da qualidade de vida.

A pesquisa tem mostrado a importância das seguintes condições para uma boa qualidade:

- Manter um baixo risco de doença;
- Ter um bom funcionamento físico e mental;
- Ter independência (capacidade de tomar decisões relacionadas com o dia a dia com nenhum ou reduzido auxílio de outras pessoas);
- Manter uma vida ativa;
- Ter segurança.

Para além destas condições que poderíamos considerar como objetivas, há também condições subjetivas importantes:

- Sentimento de bem-estar;
- Sentimento de felicidade;
- Satisfação com os objetivos atingidos;
- Desenvolvimento pessoal;
- Relações positivas com os outros (família e amigos);
- Sentimento de autorrealização;
- Desempenho de papéis sociais;

- Boa vizinhança;
- Visão positiva da vida;
- Controlo e independência.

Para um baixo risco de doença há que prestar uma atenção especial às doenças crónicas não transmissíveis com maior probabilidade de afetarem as pessoas idosas, tais como, doenças cardiovasculares, hipertensão, infarto, diabetes, câncer, doenças respiratórias, artrite e osteoporose, problemas mentais, principalmente os transtornos neurocognitivos e a depressão.

De entre as incapacidades merece um especial destaque a cegueira e outras incapacidades visuais.

As doenças crónicas não transmissíveis são responsáveis por uma grande percentagem dos gastos com a saúde na velhice e afetam gravemente a qualidade de vida dos homens e as mulheres. Por isso deverá ser feito um maior esforço na prevenção destas doenças criando-se programas específicos, pois a prevenção tem sempre duas componentes, uma de caráter geral e outra específica para cada doença.

Não posso desenvolver aqui todos estes aspetos, mas farei uma especial referência à depressão e ao transtorno neurocognitivo devido à Doença de Alzheimer, em ambos os casos com uma probabilidade elevada de ocorrência.

 a) Transtornos neurocognitovos devido à doença de Alzheimer

De acordo com a DSM-V, os transtornos cognitivos maiores devidos a provável doença de Alzheimer são caraterizadas por múltiplos défices cognitivos incluindo diminuição da memória, raciocínio e pensamento abstrato.

Os estudos feitos até à data mostram grande variabilidade na prevalência dos transtornos neurocognitivos. De qualquer modo, têm sido indicados alguns valores médios que apontam para uma prevalência das demências de cerca de 3% da população adulta (APA, 2002, p. 151).

No caso dos transtornos neurocognitivos devidos a provável doença de Alzheimer a prevalência é de 5% nos homens e 6% nas mulheres na população acima de 60 anos de idade (OMS, 2001, p. 35). Acima dos 80 anos a prevalência é cerca de 80%, segundo alguns autores (GELDER et al., 1996, p. 521).

Devido ao aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento da população, a prevalência dos transtornos neurocognitivos devidos a provável doença de Alzheimer tenderá a aumentar.

As pessoas que são portadoras da doença de Alzheimer, podem apresentar os seguintes sintomas:

- Perda de memória que afeta as relacões pessoais;
- Dificuldades em executar tarefas domésticas;
- Problemas com vocabulário;
- Desorientação no tempo e no espaço;
- Incapacidade para julgar situações;
- Problemas com raciocínio abstrato;
- Mudanças de humor ou comportamento;
- Mudanças na personalidade;
- Perda de iniciativa.

Como é fácil de imaginar, as pessoas afetadas pela doença de Alzheimer têm a qualidade de vida muito reduzida e representam um enorme encargo para as famílias e para a comunidade.

O número de pessoas portadoras da doença de Alzheimer é já muito elevado e será ainda maior no futuro com o envelhecimento da população, sendo urgente que os países desenvolvam políticas públicas para fazer face ao problema.

Em Portugal estamos trabalhando nesse sentido, estando a decorrer pesquisas com o objetivo de conhecer melhor o problema e que possam ajudar os decisores políticos a desenvolver e implementar as adequadas políticas de prevenção e cuidados às pessoas com demência.

b) Depressão

A depressão constitui um dos transtornos mentais com maior prevalência. Caracteriza-se por uma perda geral de interesse em quase todas as atividades e é acompanhada de uma diminuição de energia. Entre os principais sintomas podem citar-se baixa autoestima, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração, perturbações do sono, podendo ocorrer ideias de morte e suicídio.

A prevalência de 12 meses do transtorno depressivo maior foi calculada nos Estados Unidos em cerca de 7%, sendo de considerar que existe uma variabilidade de acordo com os grupos etários e com o género, sendo o género feminino o que apresenta taxas mais elevadas (APA, 2014). Trata-se, portanto, de um problema que atinge uma grande percentagem de pessoas e é bastante incapacitante para o indivíduo, impedindo-o de viver

a vida com prazer, alterando por isso a sua qualidade de vida subjetiva.

Envelhecimento ativo

Para a qualidade de vida das pessoas idosas é necessário termos políticas que favoreçam o desenvolvimento ativo.

Segundo a OMS, o envelhecimento ativo é o processo de otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança, tendo em vista a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Ele proporciona:

- Reduzida probabilidade de doenças;
- Elevado nível funcional físico e cognitivo;
- Empenhamento social;
- Bem-estar subjetivo.

A filosofia do envelhecimento ativo reconhece os direitos das pessoas idosas em termos de igualdade de oportunidades para exercer a sua participação no:

- Processo político;
- Processo social;
- Outros aspetos da vida comunitária.

E tem como principais metas:

- Menos mortes prematuras;
- Menor número de incapacidades relacionadas com as doenças crónicas do envelhecimento;
- Maior número de pessoas a desfrutar de elevada qualidade de vida à medida que envelhecem;
- Maior número de pessoas a participarem ativamente os domínio social, económico, político e cultural, quer em trabalhos remunerados quer não remunerados;

• Menores gastos com a saúde.

As políticas públicas de envelhecimento ativo devem basear-se em quatro estratégias principais:

- Privilegiar a saúde face à doença, o que significa uma maior concentração de esforços na prevenção;
- Assumir os programas para as pessoas idosas como investimento e não como um custo;
- Desenvolver a investigação científica sobre os problemas do envelhecimento;
- Valorizar o trabalho das pessoas idosas.

No que respeita à valorização do trabalho há que acentuar o contributo que as pessoas idosas estão dando atualmente para a economia do país, cuidando dos netos, ajudando em tarefas domésticas e trabalhando como voluntários em diversas organizações. Gostava de acentuar que o voluntariado é um valor a preservar, mas o envelhecimento ativo não pode ser reduzido a convencer as pessoas idosas a trabalhar como voluntárias. Como já foi dito, é preciso criar condições para a educação ao longo da vida e aceitar com naturalidade que as pessoas, independentemente da sua idade, podem exercer também atividades remuneradas.

Assim, as duas palavras-chave para o desenvolvimento ativo são a **autonomia** e a **independência**. Autonomia refere-se à capacidade de tomar decisões diárias acerca da própria vida; Independência diz respeito à capacidade de desenvolvimento de atividade com nenhum ou reduzido auxílio de outras pessoas.

Como exemplo de uma pessoa que teve um envelhecimento ativo podemos indicar a Doutora Rita-Levi Montalcine, prémio Nobel da Medicina. Viveu até aos 103 anos trabalhando como cientista, foi uma mulher participativa na vida da comunidade e tinha uma atitude positiva perante a vida.

Quando ela fez 100 anos, uma jornalista perguntou-lhe o que faria se voltasse a ter 20 anos. A cientista respondeu: "O que estou a fazer agora".

As políticas públicas para a qualidade de vida exigem, para a sua implementação, recursos de diversa natureza incluindo recursos económicos, cuja falta pode significar importantes barreiras à qualidade de vida. Mas para além dos determinantes económicos existem barreiras sociais as quais podem ter um impacto bastante negativo na implementação das políticas.

Estas barreiras são:

- As atitudes sociais perante a idade;
- Os estereótipos sobre as pessoas idosas:
- A discriminação social de que são vítimas as pessoas idosas.

A melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas implica, pois, o desenvolvimento de políticas que garantam os seguintes aspetos:

- Acesso a bens considerados essenciais incluindo habitação adequada:
- Ambientes seguros e saudáveis;
- Independência e participação;
- Proteção e assistência;
- Manutenção da saúde;

- Relacionamento com a família e com os vizinhos;
- Educação ao longo da vida;
- Atitudes positivas perante o envelhecimento.

Importância das atitudes

As atitudes podem ser definidas como estados internos que predispõem para reações positivas ou negativas a respeito das coisas, dos outros e de nós próprios. As atitudes negativas constituem uma importante barreira à qualidade de vida, podendo igualmente contribuir para estados depressivos.

As atitudes positivas por seu lado influem bastante na qualidade de vida e na própria longevidade como têm mostrado alguns estudos. Becca Levy et al. (2002) baseados nos dados recolhidos por Robert Atchley em Oxford, Ohio, nos anos 70, mostraram que as atitudes positivas a respeito do envelhecimento se traduziam num ganho médio de vida de 7,6 anos. Igualmente, Danner et al. (2001 apud PALMA; LOPES, 2012, p. 56-58) encontrou um ganho de mais 10 anos na vida de um grupo de freiras que tinham atitudes positivas perante a vida.

Em outros estudos de Levy, Slade e Gill, (2006) foi encontrada uma correlação entre as atitudes positivas, melhor saúde auditiva e melhor memória.

Notas finais

Os factos mostram que está a nascer um novo paradigma do envelhecimento humano. Envelhecimento não pode ser equivalente a doença, infelicidade e incapacidade. Mas não podemos esquecer o facto de ser maior a probabilidade de adoecer nas idades avançadas. O avanço da medicina e do nível de vida possibilita novos patamares de bem-estar e realização pessoal para as pessoas idosas, mas é também evidente que existe ainda uma diferenciação social muito acentuada e que o acesso ao bem-estar não é igual para toda a população. Além disso torna-se necessário vencer algumas barreiras enraizadas na sociedade, relacionadas com o preconceito a respeito da idade e com a consequente discriminação das pessoas idosas.

As pessoas idosas não podem ser vistas como um problema, mas como parte da solução, na medida em que têm um contributo a dar para o desenvolvimento e bem-estar da sociedade.

Muitas pessoas ainda não acederam ao patamar da vida com qualidade e um esforço grande será ainda precioso desenvolver. Mas o caminho já se iniciou e muito trabalho positivo já está a ser realizado.

Termino com a indicação dos principais desafios para futuro:

- Mais pesquisa sobre o envelhecimento, nomeadamente sobre demências e transtornos mentais nas pessoas idosas;
- Aspetos sociais relacionados com o envelhecimento (atitudes, direitos humanos, discriminação);
- Políticas de prevenção das doenças crónicas não transmissíveis;
- Ambientes seguros e saudáveis através do desenvolvimento de cidades amigas das pessoas idosas;

- Sustentabilidade do sistema de saúde:
- Sustentabilidade do sistema de proteção social;
- Políticas de desenvolvimento ativo, promovendo a participação das pessoas idosas;
- Políticas de combate à pobreza das pessoas idosas permitindo o acesso aos bens considerados essenciais;
- Políticas de educação ao longo da vida;
- Ouvir as pessoas idosas na definição das políticas que lhes dizem respeito.

Get old in the contemporary world: opportunities and uncertainties

Abstract

Aging can be analyzed through the prism of population growth, such as when projecting that by 2050 the elderly population will be about two billion individuals. This number reflects the deep demographic shift that is recorded in all regions of the planet. However, the older population is currently concentrated in the more developed areas, while the European countries who are in the group of the aged. The direct causes of this demographic change are linked to improved living conditions and medical progress. But live longer does not seem to be enough to increase the welfare and happiness. Live longer makes sense only if the increased longevity is accompanied by quality of life. One aspect influencing longevity are people's attitudes, which can be defined as internal states predisposing to positive or negative reactions about things, others and himself. Negative attitudes are a major barrier to quality of life, and may also contribute to depressive states. Positive attitudes influence rather the quality of life and own longevity.

Keywords: Active aging. Expectancy of life. Quality of life. Attitudes.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. *DSM-IV-TR* – Manual de Diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais. Lisboa: Climepsi, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. *DSM-5* – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DANNER, D. D.; SNOWDON, D. A.; FRI-ESEN, W. V. Positive emotions in early life and longevity: Findings from a nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 80, p. 804-813, 2001.

EUROSTAT WEBSITE. European statistics. 2014. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat. Acesso em: 20 dez. 2015.

GELDER, M. et al. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 1996.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTA-TÍSTICA – FEE. População. Estimativas Populacionais – Revisão 2015. Porto Alegre, 2015. Disponível em: http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais. Acesso em: 20 dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRA-FIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sistema IBGE de Recuperação Automática. Disponível em: http://www.sidra.ibge.gov.br/. Acesso em: 20 dez. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍS-TICA – INE. Portal do INE. Lisboa, 2015. Disponível em: ">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xpid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab=tab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004165&contexto=bd&selTab2>">http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=ine_indicadores&ine

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*, n. 4, p. 4-5, July/Aug. 1997.

LESSA, A. *Leituras do tempo*. Lisboa: Universidade Internacional, 1990.

LEVY, B. R.; SLADE, M. D.; GILL, T. Hearing Decline Predicted by Elders' Age Stereotypes. *Journal of Gerontology*: Psychological Sciences, n. 61, p. 82-87, 2006.

LEVY, B. R. et al. Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, n. 83, p. 261-270, 2002.

ORGANISATION MONDIALE DELA SANTÉ – OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde. Genève: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚ-DE - OMS. Portal on line. Disponível em: http://apps.who.int/gho/data/?theme=main&vid=60800>. Acesso em: 18 ago. 2014.

PALMA, P. J.; LOPES, M. P. Paixão e talento no trabalho. Lisboa: Edições Sílabo, 2012.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Population Prospects*: The 2015 Revision, DVD Edition, 2015.

_____. Vienna International Plan of Action on Aging. New York: United Nations, 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Active Aging*: A Policy Framework. Geneva: WHO, 2002.