

O Envelhecimento e a Questão da Qualidade de Vida

Maria José Sanches Marin
Vanessa Clivelaro Bertassi Panes

Como citar: MARIN, M. J. S.; PANES, V. C. B. O Envelhecimento e a Questão da Qualidade de Vida. *In*: DÁTILLO, G. M. P. D. A.; CORDEIRO, A. P. (org.). **Envelhecimento humano** : diferentes olhares. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. p.221-237. DOI: <https://doi.org/10.36311/2015.978-85-7983-693-0.p221-237>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-No comercial-Sin derivados 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0).

O ENVELHECIMENTO E A QUESTÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Maria Jose Sanches Marin

Vanessa C, Bertassi Panes

“Saúde é valiosa à medida que promove felicidade; longevidade é valiosa à medida que oferece oportunidades continuadas para felicidade.”

(GRIMLEY-EVANS, 1992, p.107)

Considerando a complexidade que envolve a qualidade de vida na velhice, o presente capítulo, propõe-se a discutir aspectos do envelhecimento que interferem na qualidade de vida, as políticas públicas que visam a melhoria dessa condição, bem como a conceituação de qualidade de vida para essa fase da vida e os fatores que podem contribuir para sua melhoria.

A qualidade de vida é uma temática atual e que vem ganhando cada vez mais espaço nas discussões a respeito do envelhecimento, pois se trata de um processo intrigante e desafiante ao homem e a ciência desde tempos mais antigos. Atualmente vive-se um momento de grande crescimento da expectativa de vida, no entanto, pouco se caminhou em termos de qualidade de vida. Esse é o desafio atual, manter os indivíduos vivendo cada vez mais e de maneira saudável, com qualidade de vida.

Na abordagem do tema em pauta, é preciso inicialmente a compreensão das condições impostas ao idoso no atual contexto social, o que implica em considerar aspectos que desfavorecem a qualidade de vida de grande parte dos idosos brasileiros.

A população idosa vem crescendo acentuadamente nas últimas décadas, o que se deve à melhoria do acesso aos serviços de saúde, associado às campanhas de vacinação, avanços tecnológicos da medicina, aumento do nível de escolaridade, investimento em infra-estrutura de saneamento básico, dentre outros fatores, culminando na redução nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011; BRASIL, 2010).

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como:

[...] um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de adoecimento e morte. (OPAS, 2003)

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento vem ocorrendo de forma rápida, sem que seja possível o adequado preparo para o atendimento das necessidades oriundas dessa nova condição. Enquanto que nos países desenvolvidos o envelhecimento populacional ocorreu de forma lenta associado à melhoria nas condições de vida (BRASIL, 2010; NUNES; PORTELLA, 2003).

A transição demográfica brasileira se caracteriza como um dos fenômenos sociais mais significativos para a economia e para a sociedade desde a metade do século passado. Permeada por desigualdades regionais e sociais, destaca-se que a população mais pobre é a que mais tem crescido. Em 2000, 12% da população idosa possuía renda per capita inferior a meio salário mínimo e, um terço dos idosos até um salário mínimo. (GOLDMAN, 2004)

Ao se considerar a pobreza entre os idosos no Brasil, que, apesar de a aposentadoria representar a garantia de direitos e de inclusão social, apresenta valores que não permitem o atendimento satisfatório das necessidades de sobrevivência, principalmente para aqueles que envelhecem com doenças e incapacidades (FERNANDEZ; SANTOS, 2007). Pois, 70% dos aposentados e pensionistas do INSS recebem um salário mínimo por mês (GOLDMAN, 2004).

Entre os 650 mil novos idosos que anualmente se incorporam à população brasileira, grande parte apresenta doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais, o que acarreta agravos na saúde, diferentes níveis de dependência, demandando assistência de longa duração e de alto custo (VERAS, 2007).

Frente a isso e ao despreparo da sociedade para lidar com tal condição, o cotidiano do idoso torna-se permeado por intensa problemática que envolve a desvalorização das aposentadorias e pensões, a falta de assistência e atividades de lazer, a desinformação e a precariedade de investimentos públicos para atendimento das necessidades próprias da faixa etária (PARAHYBA, 2006).

O processo de envelhecimento, no entanto, enquanto resultante de múltiplas condições incluindo tanto aspectos fisiológicos como social, cultural e econômico, ocorre de forma distinta entre os indivíduos e entre os diferentes contextos sociais, tornando difícil delinear parâmetros a partir dos quais ele possa ser considerado (DUARTE, 2001). Mesmo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define pessoa idosa como aquela de 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento, e de 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos. Esse mesmo critério é reafirmado no Estatuto do Idoso Brasileiro. Além disso, a partir da compreensão de que quanto mais avançada a idade maior a tendência das alterações e problemas decorrentes desse processo, os idosos são classificados em distintas faixas, sendo: idoso jovem, aquele com 60-74 anos; idoso intermediário com 75-84 anos; idoso mais velho com 85-100 anos e os centenários com mais de 100 anos. (ELIOPOULOS, 2011).

Destaca-se na transição demográfica populacional o crescente aumento da população com 80 anos ou mais. Em 2000, essa faixa etária perfazia um total de 17% dos idosos e, para 2050, projeta-se que a mesma se aproximará de 28% (CARVALHO; RODRIGUES WONG, 2008). Referindo-se à proporção dessa faixa etária em relação à população em geral, evidencia-se o seu aumento de 0,92% no ano de 2000, para 1,3 em 2010 e projeta-se para 2050 que tal proporção chegará a 6,39%. Dado este que também evidencia a transição demográfica acelerada na realidade brasileira (IBGE, 2008).

Ao se considerar que em 2025 o Brasil contará com uma população de idosos em torno de 34 milhões (Furtado et al, 2012), depreende-se que a faixa etária de 80 anos ou mais irá perfazer um total aproximado de 9,5 milhões de pessoas. Sendo assim, o grupo de “mais idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), se constitui no segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos (BRASIL, 2010).

Existe grande diferença entre as condições de saúde do idoso jovem e dos mais idosos, sendo que estes últimos são mais vulneráveis à fragilidade e limitações funcionais (ENKVIST; EKSTRÖM; ELMMSTAHI, 2012). Estudo realizado no Município de São Paulo com os muito idosos encontrou alta prevalência de doenças crônicas, de quedas, de fragilidade funcional e alto grau de dependência para as atividades básicas de vida diária. Além disso, referiram dificuldade de acesso ao tratamento e medicamentos considerados essenciais nos casos de doenças debilitantes como diabetes e cerebrovasculares (FERREIRA, 2006).

Outro aspecto a ser considerado frente ao processo de envelhecimento, é que a longevidade não pode ser considerada apenas do ponto de vista da diminuição da mortalidade, pois precisa ser acompanhada da compreensão da morbidade e incapacidade, o que tem grande interferência na qualidade de vida. Nesta perspectiva, enfatiza-se muitas vezes que viver mais tempo vem acompanhado de dificuldade por se viver longos períodos da vida acamado ou com outro tipo de padecimento, o que acarreta grande carga de sofrimento tanto para o idoso como para aqueles que os cerca (família e sociedade) (GU; ZENG, 2012).

Ao analisarem as consequências do processo de envelhecimento para países em desenvolvimento, foram consideradas distintas possibilidades:

a) Uma delas aponta para a condição de a redução da mortalidade caminhar juntamente com a redução da morbidade e da incapacidade e, ao caminharem juntas, a maior sobrevida será sem incapacidade, levando a uma melhor qualidade. b) Ao contrário disso, discute-se que os anos vividos não serão acompanhados pela redução de morbidade e incapacidade, levando ao aumento das doenças e incapacidade. c) Outra condição possível seria que o aumento dos anos vividos, a frequência de doenças crônicas

e a conservação da autonomia ocorressem de forma independente entre si, porém, dependentes de intervenções que visem retardar o início da doença ou as suas complicações (LEBRÃO, 2007).

Mesmo frente às distintas possibilidades quanto ao que pode ocorrer com as pessoas que estão envelhecendo, na atualidade se observa aumento da razão de dependência senil e, conseqüentemente, piora na qualidade de vida, visto que as duas condições estão intimamente relacionadas. De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde apresentados por Engler (2002) uma mulher brasileira de 60 anos pode esperar viver livre de incapacidades por cerca de 14 anos e os homens por cerca de 8 anos. No Canadá essa taxa atinge 20 anos para as mulheres e 14 para os homens. Este dado reflete a velhice, a incapacidade e pode contribuir para elaboração de políticas públicas.

Outra pesquisa, realizada no município de Gruaramiranga, no Ceará, mostra que 69,4% dos idosos com 80 anos ou mais, declararam que sua condição de saúde regular/ruim, enquanto que 30,6% disseram ser excelente/boa. No mesmo estudo percebe-se que esta população é a que mais sofre em relação a dificuldades sensoriais e problemas ósteo-articulares. Frente a isso, os autores destacam que o maior desafio na atenção à saúde dos idosos consiste em garantir que eles sejam capazes de redescobrir possibilidades e desfrutar da melhor qualidade de vida possível (SANTOS; MATTOS, 2011).

No processo de envelhecimento da população brasileira destaca-se, o predomínio de mulheres. Atribui-se ao sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino, maior vulnerabilidade no estado de saúde em relação a risco de quedas, presença de múltiplas doenças, uso de múltiplos medicamentos, obesidade, pobreza e dependências diversas (BRASIL, 2010).

Acrescenta-se, ainda, que as mulheres constituem a maioria dos pobres, tanto entre os idosos como entre os não idosos. Os idosos, pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho, constituem uma parcela da população vulnerável ao estado de pobreza, passando a depender significativamente de outras fontes de renda, principalmente da aposentadoria. Além disso, tendem a apresentar maior volatilidade na sua estrutura de gastos decorrentes, quase sempre, do inesperado surgimento de despesas, principal-

mente com a saúde (BARROS; MENDONÇA; SANTOS, 1999). Situações que levam a maior insatisfação e pior julgamento da qualidade de vida.

Frente ao crescente aumento da população, tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida, é necessário que as transformações deste período sejam adaptáveis a uma vida saudável, uma vez que o envelhecer não pode determinar o adoecimento do idoso, perdendo sua capacidade e poderes sobre a saúde (MENEZES; LOPES, 2012).

Assim, este novo cenário epidemiológico deve trazer mudanças na atenção à saúde da população idosa, para que estes consigam desfrutar com qualidade os anos a mais de vida, pois a longevidade de nada adianta se vier acometida por incapacidades. Deve se investir mais em saúde primária, com intuito de desenvolver ações a fim de possibilitar um envelhecer mais digno (CARBONI; REPETTO, 2007). É função das políticas públicas, contribuir para que mais pessoas alcancem a idade avançada com melhor qualidade de vida.

Os direitos desta população a uma melhor qualidade de vida vêm sendo assegurados em forma de leis desde a elaboração da Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1999). Em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional, foi instituída e regulamentada, em 1996, a Política Nacional do idoso (PNI), a qual tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover ou manter sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa política traz responsabilidades partilhadas pelo Estado, família, sociedade civil, ministério público, órgãos públicos e instituições sociais e assegura aos idosos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida com qualidade (KEINERT; ROSA, 2009).

Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso pela Lei n 10741. Essa lei prevê a prioridade às normas de proteção aos direitos do idoso, que vão desde o atendimento permanente, o aprimoramento de suas condições de vida até a inviolabilidade física, psíquica e moral. Em seu artigo 18 determina que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento

e a capacitação dos profissionais, assim como a orientação aos cuidadores e familiares e grupos de auto-ajuda” (MARZIALE, 2003).

Por meio do Ministério da Saúde, a Portaria 2528 estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) (Brasil, 1999), que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, a recuperação, a manutenção e a promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas de saúde coletivas para esse fim, em consonância com os princípios do SUS (LOUVISON; BARROS, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde aprova o “Pacto pela Saúde” com a finalidade de estabelecer novos compromissos em nível federal, estadual e municipal, com ênfase nas necessidades da população, visando ao Pacto em defesa pela vida, Pacto em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e Pacto de Gestão do SUS. Assim, no Pacto em defesa pela vida, a saúde de idoso surge como uma das seis prioridades estabelecidas. Cabe destacar que a Portaria GM nº 2528, de outubro de 2006, define que a atenção à saúde do idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família (Brasil, 2006).

Entende-se, portanto, que as políticas estão de fato direcionando a atenção à saúde do idoso de forma a aumentar e a facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado (LOUVISON; BARROS, 2009) No entanto, tem se observado que o direcionamento dado pelas políticas de atenção ao idoso, ainda estão distante de serem implementadas na sua totalidade, o que dificulta que eles usufruam dos seus direitos. Nesta discrepância entre o proposto e a implementação, fica a carga da família e das redes de apoio informal a atenção e cuidado dos idosos incapazes de cuidar de si.

Preocupação já registrada desde 1996:

Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida; a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, declínio funcional, aumento da dependência, perda da autonomia, isolamento social e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autônomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado. (PASCHOAL, 1996, p. 314)

Os pesquisadores têm se empenhado cada vez mais no sentido de promover evidências que ofereçam condições para um envelhecimento “bem-sucedido”, que extrapola o fato de viver muitos anos, para ser “uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história e seu grupo etário (NERI, 2000).

Assim como existem muitos fatores que influenciam na definição de “envelhecimento bem-sucedido”, considerar um idoso com qualidade de vida, também exige um olhar que contemple a complexidade que envolve essa condição.

O CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA: DIVERSAS MANEIRAS DE OBSERVAR O MESMO “OBJETO”

A dificuldade na unidade do conceito de qualidade de vida surge desde a definição de qualidade. Para cada cultura, região e ocasião há um entendimento sobre o que seja “boa qualidade”.

De maneira geral, o termo abrange muitos significados, que refletem diretamente conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e coletividades em diferentes épocas e espaços da história (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000)

Ao aplicar o termo para a saúde, observa-se grande complexidade e, com isso, dificuldades em elencar os indicadores que possibilite a sua mensuração.

A Organização Mundial da Saúde define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, experiências, padrões e preocupações”. (WHOQOL, 1998).

Lawton (1991) utiliza de quatro domínios para conceituar qualidade de vida nos idosos, sendo eles: competências comportamentais, o ambiente objetivo, bem-estar psicológico e qualidade de vida percebida.

Em contraponto à definição da Organização Mundial da Saúde, uma outra linha de pesquisa, amplamente usada na literatura, transpõe os limites da qualidade de vida (QV) e estabelece relações diretas com enfermidades ou intervenções em saúde. A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) pode ser caracterizada como ótimo nível de função mental, física, social e de papel desempenhado na vida, abrangendo relacionamentos, percepção de saúde, aptidões, nível de satisfação com a vida e sensação de bem-estar, além de relacionar perspectivas futuras e a satisfação do indivíduo com seu tratamento, resultados e estado de saúde. (BOWLING, 2001).

Sendo assim, levar em consideração a auto percepção do idoso a respeito de sua condição de qualidade de vida é imprescindível, pois estudos mostram que a visão do idoso, pode na maioria das vezes, ser diferente de seu cuidador ou das pessoas que o cercam (GUEDES; BARBOSA; MAGALHAES, 2013; INOUYE, 2008). Os autores de um estudo que verificou os auto e heterorrelatos de qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo e seus cuidadores observaram que os idosos com declínio cognitivo se julgam com melhor qualidade de vida do que o seu cuidador o considerava (GUEDES; BARBOSA; MAGALHAES, 2013).

Caminhar com a caracterização de qualidade de vida é também caminhar na formulação de indicadores que possibilitem pontuar ou mensurar a condição dos indivíduos, inclusive dos idosos, para que seja possível um parâmetro de comparação e diagnóstico.

PANORAMA NACIONAL DA MENSURAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

As avaliações diferem quanto as escalas utilizadas e as populações estudadas mas, em se tratando de idosos, os resultados são muito próximos ou direcionados ao mesmo sentido.

Vecchia et al (2005), entrevistando idosos em seus domicílios, partiram de maneira simples para entender qualidade de vida: perguntando “O que é qualidade de vida para o senhor?”. E observaram a valorização pelos idosos do bom relacionamento com a família, com amigos e da participação em organizações sociais; da saúde; de hábitos saudáveis; de se possuir bem-estar, alegria e amor; de uma condição financeira estável; do

trabalho; da espiritualidade; de praticar trabalhos voluntários e de poder aprender mais.

Utilizando uma das escalas multidimensionais “estendida” aos idosos, Santos et al (2002) identificam uma graduação que vai de pouca a moderada satisfação em pessoas com mais de 60 anos participantes de grupos de 3ª Idade de diferentes bairros da cidade de João Pessoa. Pontua que os idosos marcam o envelhecimento como uma questão familiar, onde as relações influenciaram e foram influenciadas por outros aspectos ou dimensões da qualidade de vida.

Outro estudo, realizado em Portugal com 1.665 idosos, onde 311 revelaram-se incapazes de responder. Foi identificado um saldo positivo para a satisfação dos idosos em relação à qualidade de vida. Contudo, chama atenção os idosos acamados, totalmente dependentes e com diminuição cognitiva grave, estes demonstram uma avaliação negativa de sua qualidade de vida (PEREIRA et al, 2006). Este panorama mostra que a qualidade de vida está diretamente relacionada com a autonomia e independência para as atividades de vida diária

Este aspecto é reforçado pelo estudo de Toscano e Oliveira (2009) que avaliaram qualidade de vida em idosas através do instrumento SF-36 diante do nível de atividade física realizada, mensurada através do IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), concluindo que a qualidade de vida de idosas com maior nível de atividade física é melhor. Resultados semelhantes foram obtidos em outro estudo que compara qualidade de vida em idosos participantes de grupos de atividades físicas e não participantes. Concluindo que a participação em programa melhora a qualidade devida relacionado com a saúde (MOTA et al., 2006).

Ramos (2008) ao estudar diferentes variáveis relacionadas a idosos institucionalizados ou não, conclui que idoso institucionalizado tem qualidade de vida pior que os idosos não institucionalizados.

Em avaliação de idosos institucionalizados em Caxias do Sul-RS, Mincato e Freitas (2007) observaram que as mulheres apresentavam qualidade de vida e capacidade funcional menor que a dos homens, o que os autores atribuíram ao fato delas possuírem idade superior.

Contudo, Maués et al. (2010) observaram boa qualidade de vida em sua pesquisa que compara idosos jovens (60-70 anos) e muito idosos (85 anos ou mais) frequentadores de um ambulatório de especialidades. E a qualidade de vida não pareceu cair com a idade. O predomínio era o sexo feminino, sedentários, independentes para atividades básicas de vida diária, com média de oito comorbidades.

Assim, pode-se identificar certa relação entre a qualidade de vida e de capacidade funcional ou baixa de atividade física ou ainda, institucionalização ou distanciamento da família.

O CAMINHO PARA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA

De acordo com o diretor geral da OMS em 1999, para um país, “o envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico”. (OMS, 2005, p.8)

Ao avançar nas dimensões de estrutura pública, cultural e social para o envelhecimento pode trazer indicadores e alternativas para que os indivíduos envelheçam com saúde, independência e qualidade de vida.

No Brasil, em reconhecimento à importância do envelhecimento populacional, foram instituídas e regulamentadas políticas públicas como a Política Nacional do Idoso (PNI), em 1996, a qual tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso, pela Lei n 10741, que prevê as prioridades às normas de proteção aos direitos do idoso (MARZIALE, 2003).

Em 2006, o “Pacto pela Saúde”, na dimensão sobre o “Pacto em defesa da vida”, a saúde do idoso surge como uma das seis prioridades pactuadas. No mesmo ano, foi revista e estabelecida a Portaria 2528, que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) que tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos, recuperar, manter e promover a autonomia e independência, em consonância com os princípios do SUS (Brasil, 2006).

Mesmo existindo dispositivos legais que garantam os direitos dos idosos a uma vida com qualidade, a implementação de uma política de saúde com enfoque na população idosa, embora necessária, representa um desafio no que tange a recursos disponíveis, sejam tecnológicos, materiais ou de preparo dos profissionais para lidar com as características do envelhecimento (LOUVISON; BARROS, 2009).

Em 2005 a Organização Mundial da Saúde lançou um caderno intitulado “Envelhecimento Ativo: uma política de saúde” (OMS, 2005). Com o objetivo de dar informações para adiscussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo.

Definem envelhecimento ativo como “Envelhecimento ativo é 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” (OMS, 2005). Marcando a ideia de um processo de contínuo de cuidado do corpo e da mente, pelo indivíduo e sociedade durante sua vida, determinando um processo de envelhecimento com qualidade.

O caderno indica que quando políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, haverá muito provavelmente: menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos; menos deficiências associadas às doenças crônicas na Terceira Idade; mais pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem; mais indivíduos participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica (OMS, 2005).

As políticas públicas são um desafio para este processo, contudo, a intervenção individual é o que mais incomoda e, em contra partida, resulta da acomodação dos indivíduos.

As indicações para viver mais e melhor são bastante divulgadas e implicam basicamente em mudanças no estilo de vida, incluindo: alimentação saudável/balanceda, exercícios físicos, muitas horas de sono, evitar estresse, atividade de lazer, entre outras. (retirado a parte que o parecerista sugeriu)

Por outro lado, levando em consideração os idosos em condições desfavoráveis já instaladas como dependência total ou parcial, déficit cognitivo acentuado e idosos institucionalizados, deve-se ter em mente que o cuidador é a principal fonte de apoio para o enfrentamento da dependência imposta para melhora na qualidade de vida. (GUEDES et al., 2013, INOYE, 2008)

Por fim, pode se depreender que qualidade de vida no idoso, trata-se de uma condição multifatorial e com influências subjetivas, o que envolve grande complexidade na sua definição e consideração. Há a constatação de que fatores como idade mais avançada, ser do sexo feminino, ter baixa condição socioeconômica, viver em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e, principalmente, apresentar dependência de outros para as atividades de vida diária têm implicações importantes na qualidade de vida dessas pessoas.

No Brasil e em países com características semelhantes, ainda são muitos os avanços necessários para se obter um envelhecimento com qualidade. É preciso considerar que o preparo para o envelhecimento deve iniciar na infância e permear todo o ciclo da vida, por meio de medidas educativas, com vistas à promoção da saúde, o que indica essencialmente a adoção de estilos de vida saudável. Ademais, é importante que as políticas públicas que garantem os direitos sociais e de atendimento às necessidades de saúde sejam implementadas.

Percorrer o caminho que leva à melhoria na qualidade de vida dos idosos é uma necessidade emergente e que se faz urgente, visto que, caso isso não ocorra, a vitória do envelhecimento populacional continuará sendo um fardo para a sociedade.

REFERÊNCIAS

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos do Brasil. *Textos para discussão*. dez. 1999. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_0686.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev. Ter.*

FERNANDEZ M. G. M; SANTOS S. R. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Achegas.net: Rev Cienc Política*. mar/abr, 2007. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

FERREIRA, J. V. C. *Os muito idosos no Município de São Paulo*. 2007. Dissertação (mestrado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-01022007-174148/pt-br.php>>. Acesso em: 10 set. 2015

FURTADO, L. F. V. et al. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. *Revista Kairós Gerontologia*; v. 15, n. 2. p. 55-69, 2012.

GOLDMAN, S. N. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY L. et al. (Org). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Setembro, p. 61-81, 2004.

GRIMLEY-EVANS, J. Quality of Life assessments and elderly people. In: HOPIKINS, A., *Measures of Quality of Life and the uses to which such measures may be put*. *Royal College of Physicians of London*, p. 107, 1992.

GU, D; ZENG, Y. Healthiness Of survival and quality of death among oldest old in China using fuzzy sets. *J. Aging Health*. v. 7, n. 24, p. 1091-1130, 2012.

GUEDES, D.V.; BARBOSA, A.J.G; MAGALHAES, N.C. Qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo: auto e heterorrelatos. *Aval. psicol.*, Itatiba , v. 12, n. 1, abr. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 nov. 2013.

INOYE, K. *Educação, qualidade de vida e Doença de Alzheimer: visões de idosos e seus familiares*. 2008. Dissertação (mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade – 1980-2050*, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 5 out. 2015.

KEINERT, T. M. M, ROSA, T. E. C. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *BIS, BolInstSaúde*. n. 47, p. 4-8, 2009.

LAWTON, M. P. B. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. *Academic Press*, 1991.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007.

LOUVISON, M. C. P; BARROS, S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. *BIS, BolInst Saúde*. v. 47, p. 9-15, 2009.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. *RevLatinoamEnferm*. v. 6, n. 11, p. 701-706, 2003.

MENEZES, T. M. O.; LOPES, R. L. M. Significado do cuidado no idoso de mais de 80 anos ou mais. *Rev. Eletr. de Enf.* v. 2, n. 14, p. 240-247, 2012. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n2/v14n2a03.htm>. Acesso em: 5 out. 2015.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MINCATO, P. C, FREITAS, C. L. R. *Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul-RS. RBCEH*. V.4, n.1, 2007.

MOTA, J. et al. Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Revista brasileira de educação física e esporte*. v. 20, n. 3, p. 219-225, 2006.

MAUÉS, C. R. et al. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev Soc Bras Clín Méd* n. 8, p. 405-410, 2010.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In: DUARTE, Y. A. O. E; DIOGO, M. J. D. (Org). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

NUNES, L. M; PORTELLA, M. R. O idoso fragilizado no domicílio: a problemática encontrada na atenção em saúde. *Boletim da Saúde*. ano 2, n. 17, jul/dez, 2003. Disponível em: <<http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1257/o-idoso-fragilizado-no-domicilio:-a-problematica-encontrada-na-atencao-basica-em-saude>>. Acesso em: 10 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*; World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60 p., 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores*. Washington, 3. ed. 2003.

PARAHYBA, M. I, SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. v. 11, p. 967-974, 2006.

PASCHOAL, S. M. P. Autonomia e Independência. In: PAPALÉO-NETTP, M. (Ed.), *Gerontologia*. São Paulo, Editora Atheneu. p. 313-323, 1996.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PIEIDADE, K.E. Longevidade: os 15 conselhos que seu médico não vai dar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. Boletim da Urologia. (BODAU). O novo e o possível: reflexões contemporâneas. Ano XXVIII, n. 3, Jul/Ago. p. 60-61. 2013.

RAMOS, L.J. *Avaliação do estado nutricional, de seis domínios da qualidade de vida e da capacidade de tomar decisão de idosos institucionalizados e não-institucionalizados no município de Porto Alegre, RS*. 2008. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

SANTOS, M. A .B.; MATTOS, I. E. Condições de vida e saúde da população idosa do município de Guaramiranga – CE. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v. 2, n. 20, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a08.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2015

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE . *Instituto Municipal de Urbanismo Perreira Passos*. 2006. 13 p.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc. Sci. Med*, v.46, p.1569-1585, 1998.

TOSCANO, J. J. O; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte*, Niterói, v. 15, n. 3, Jun, 2009 .

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 8, n. 3, set. 2005.

VERAS, R. P. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. *Cad Saúde Pública*. v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.