**PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO COM QUALIDADE DE VIDA:**

**FOMENTO À SAÚDE E BEM-ESTAR NA VELHICE**

Francieli Mercês de Arruda\*

**RESUMO**

Este trabalho acadêmico discorre sobre envelhecimento saudável com foco na promoção da saúde, contribuindo para uma maior aproximação da temática. Tem por objetivo demonstrar a relevância do envelhecimento com saúde na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Faz um resgate conceitual a respeito das políticas, estatuto e ações sobre os direitos da pessoa idosa no âmbito individual e coletivo. Problematiza as ações de saúde voltada aos idosos frente aos desafios advindos do constante aumento da população idosa no Brasil. Conclui que a velhice é uma etapa da vida e como tal deve ser encarada e bem vivida, permeia-se no cotidiano de nossas vidas o temor da morte, porém para que ela não chegue depressa é preciso encarar a velhice, então que seja garantido aos idosos chegar à velhice de forma satisfatória.

Palavras chaves: idoso, qualidade de vida, promoção da saúde.

**1 INTRODUÇÃO**

Este artigo se propôs a investigar com base em outros trabalhos acadêmicos as condições que interferem no envelhecimento saudável e no bem-estar da pessoa idosa, relacionando sempre a qualidade de vida com foco na saúde, no âmbito da Promoção da Saúde.

Contribuindo ainda para compartilhar conhecimento sobre a população idosa nos aspectos físico e social interagindo sempre com a saúde coletiva, propondo sempre um olhar mais atento do profissional da área, do poder público, da família e da sociedade neste tema.

Tomando como embasamento os conhecimentos adquiridos no Curso de Pós-Graduação em Saúde coletiva com Ênfase em Estratégia de Saúde da Família este trabalho de Conclusão tem como objetivo geral descrever a temática da população idosa focando nos aspectos de saúde e qualidade de vida.

Envelhecimento populacional é entendido como a mudança na estrutura etária da população, levando em conta o aumento em números das pessoas acima de determinada idade, considerada como característica do início da velhice. No caso do Brasil, segundo Saad (1990), a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade, enquanto nos países desenvolvidos idoso é aquele que tem 65 anos ou mais. Essa divergência acontece também em dois instrumentos legais do Brasil, a Política Nacional do Idoso considera 65 anos, mas, o Estatuto do Idoso prevê 60 anos.

O Brasil vem envelhecendo de modo rápido e intenso. O censo de 2000, apresentava mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE 2000), ainda o IBGE em dezembro de 2011 divulgou a expectativa de vida da população brasileira no ano de 2010 chegando a média de 73,5 anos. Esse índice aumentou em 11 anos nas últimas três décadas, fato positivo, mas, sem dúvidas trás novos desafios.

Com o crescimento no número de idosos e da expectativa de vida, evidencia-se a necessidade de se pensar estratégias que visem qualidade de vida e saúde desta faixa etária, almejando preservar a autonomia e independência (BITTAR & LIMA 2011).

Entende-se que a saúde recebe um papel de destaque neste contexto, pois, exerce forte impacto sobre a qualidade de vida. A velhice vem acompanhada de alguns estigmas negativos que por vezes bloqueia a correta compreensão desta fase da vida.

Envelhecer, portanto, deve ser com saúde e de maneira ativa, sem qualquer tipo de dependência funcional, o que necessita da promoção da saúde em todas as idades.

O crescimento da população idosa no país e no mundo aponta para os desafios e as mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade.

Diante de um mundo cada vez mais competitivo, em que um turbilhão de coisas acontece e impulsiona as pessoas a estarem sempre correndo contra o tempo, desafiando os “limites do homem” e superando-os com a alta tecnologia, não saberemos informar o espaço da velhice frente aos que produzem aceleradamente. Poderia ficar de fora por não produzir mais, ou iria em busca de um espaço saudável para envelhecer com saúde e qualidade de vida. Em meio a este cenário temos de um lado as pessoas idosas cada vez mais conscientes da sua condição de cidadão buscando seu protagonismo social e uma maior preocupação e interesse dos governos em assumir políticas favoráveis à manutenção da autonomia e independência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PACTO 2006).

Nas duas ultimas décadas a população idosa no Brasil obteve ganhos importantes, como a Lei 10.741 de 1º de Outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, instrumento legal que representa a esta população, garantia de direitos, norteando as políticas públicas para se aproximarem cada vez mais das necessidades da população idoso, de forma adequada ao processo de ressignificação da velhice.

A também a Política de saúde do idoso que surge da necessidade de precocemente cuidar do problema que de forma mais contundente atinge o idoso que é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais, necessárias para a realização de atividades básicas e funcionais da vida cotidiana.

A metodologia baseou-se em um estudo descritivo, que segundo Gil (2007, p. 42), "as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis".

O artigo baseou-se em uma revisão de literatura, como afirma Gil é, desenvolvida utilizando-se de materiais já elaborados em livros, revistas, publicações avulsas e livros. Onde procurou extrair da cada material o que era pertinente ao tema e fazer com que os autores utilizados dialogassem de maneira harmoniosa contribuindo para o aprimoramento nas reflexões sobre o assunto em questão, construindo e criando novas ideias.

**1 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE**

Desde 1948 a Organização Mundial de Saúde (OMS), adota o conceito “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Neste sentido, ao se definir o envelhecimento, não se deve considerar somente a presença de doenças, mas avaliar o conjunto que agrega a qualidade de vida, a autonomia e a independência (BRASIL, 2007).

Buss (2000) contribui ao dizer que a nova concepção de saúde, em uma abordagem mais complexa, é compreendida como uma (re)formulação inovadora; importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com a ausência de doença.

Nesse sentido a saúde deixaria de ser estática, biologicamente definida, para ser pensada como um estado dinâmico, produzida socialmente. Por esse pensamento a intervenção procura não apenas diminuir o risco de doenças, mas ampliar as possibilidades de saúde e vida, levando a uma “intervenção multi e intersetorial sobre os determinantes do processo saúde-enfermidades: eis a essência das políticas saudáveis” (BUSS 2000).

Buss (2000) enfatiza que é necessário mais do que o acesso a serviços médicos-assistenciais de qualidade, faz necessário encarar os determinantes da saúde em toda sua dimensão, o que demanda políticas saudáveis, e articulações intersetoriais do poder público e a mobilização popular.

É centrada nessa perspectiva que as políticas e ações de promoção devem estar focadas mostrando-se mais propositivas e promissoras para o incremento da qualidade de vida, sobretudo no Brasil com alta desigualdade sócio-sanitária (Buss 2000).

Visualiza-se neste momento o caminho mais promissor ao buscar trazer para a população idosa condições de saúde e qualidade de vida com concretude, diagnosticando o problema e tentando soluciona-los com as ferramentas que já dispomos tanto juridicamente como em nível de aplicabilidades por partes dos poderes competentes.

Destaco nesta pesquisa a ação dos munícipios nas suas competências, pois, estes são a porta das ações de saúde, é através deles que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) pode tomar corpo assim também como Pacto pela Saúde, pois, não adianta a esfera federal lançar as Políticas e os programas, se a ponta não estiver aplicando em suas realidades.

Buss vai dizer :

é no movimento dos municípios saudáveis que tais estratégias se concretizam, através de seus próprios fundamentos e práticas, que estão estreitamente relacionados com as inovações na gestão pública para o desenvolvimento local integrado e sustentável (BUSS, 2000).

Segundo documento é papel das políticas de saúde colaborar para que mais pessoas cheguem a idades mais avançadas com o melhor estado de saúde possível, visando um envelhecimento ativo e saudável ampliando assim a qualidade de vida deste grupo populacional.

Considerando saúde de forma ampliada, evidencia-se a necessidade de mudanças no contexto atual em direção à construção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

Ainda BUSS, oportunizar saúde constitui, além de evitar doenças e prolongar a vida, garantir meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vivida”, ou seja, aumentem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores e escolhas.

Pesquisas científicas vêm evidenciando a contribuição da qualidade de vida para a saúde de indivíduos ou grupos populacionais.

A busca por um prolongamento da vida com qualidade e saúde é uma questão que permeia o cotidiano brasileiro, desta forma faz-se necessário compreender o envelhecimento como um processo natural que acontece gradativamente na vida do ser humano, é que pode ser resultado de escolhas e circunstâncias.

Na mídia diversas notícias referentes ao tema informam sobre temáticas relacionadas à faixa etária da velhice tais como:

**IDOSOS EM FOCO**

Figura1 / Fonte: Folha do Es. Santo, Jornal Grande Florianópolis, A Gazeta de Iguaçu.

A compreensão de saúde vem carregada de subjetividade e determinação histórica, ao passo que os seres humanos e sociedade considerem ter mais ou menos saúde, tomando por base o referencial, o momento e os valores que atribuam a uma situação ( CELICH, SPADARI 2008).

Quando esse conceito é trazido para o universo de saúde dos idosos confirma-se a essência do conceito de saúde adotado, uma vez que a ausência de doenças é um privilégio de poucos nessa faixa etária; a amplitude do conceito sinaliza os novos horizontes para se trabalhar saúde dos idosos de forma preventiva e eficaz.

O mundo esta envelhecendo, estima-se que em 2050 teremos cerca de 2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, a maioria vivendo em países em desenvolvimento, dados que mostra a profunda mudança na pirâmide estaria do Brasil, com crescente aumento no número de idosos.

Esses dados são geralmente explicados pela a baixa fecundidade, pelo número cada vez maior de mulheres modernas que optam por não gerar filhos; outro fator também é a baixa na mortalidade, indícios de uma preocupação maior com a saúde, prática de exercícios, alimentação saudável, melhor suporte da atenção básica de saúde e também podemos citar uma maior expectativa de vida. Esses fatores não são homogêneos a todos, pois sofrem a influência de processos tais como gênero, discriminação, exclusão e outros (Laurenti, 1990:144).

Teixeira (2002) acrescenta que este envelhecimento refletiu na saúde da população, na proporção dá transição epidemiológica, ou seja, uma alteração na incidência e prevalência das doenças, assim como nas principais causas de morte. Nesse sentido o envelhecimento precisa ser uma preocupação real para o campo da Promoção de Saúde, tendo em vista que esta objetiva a longevidade com qualidade de vida. Nessa abordagem necessita-se trabalhar o processo de envelhecimento, com a valorização da identidade pessoal, otimizando as potencialidades das pessoas levando em consideração as experiências de vida de cada um.

 O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência – o conceito do envelhecimento com saúde, ao contrário de senilidade que significa envelhecer em condições de sobrecarga de modo não saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.8).

 É sabido que o curso natural da vida vai modificando o indivíduo e diminuindo sua capacidade funcional e cognitiva, o que não significa debilidade ou incapacidade, porém, a fase da velhice reserva características específicas.

 É necessário, portanto, atentar para as alterações que ocorrem com a pessoa idosa decorrente do seu envelhecimento natural o que pode auxiliar na detecção precoce e no tratamento de certas doenças. Isso nos leva a compreender que não devemos supervalorizar as doenças e nem pensar que envelhecer significa doença.

 Apesar das limitações dessa etapa, devem ser sempre potencializados as redescobertas e as possiblidades de viver com o máximo de qualidade.

 Concordando com o conceito de Ottawa (1986) que diz: “a saúde, nesta concepção ampliada, é mais do que a ausência de doença, um estado que permite aos indivíduos, identificar, realizar e satisfazer suas aspirações e suas necessidades”

 Alguns autores na área de saúde coletiva, tais como: Ferreira & Buss (2002), Pain & Almeida Filho (2000), convergem na ideia de que essa definição de saúde propõe o aspecto promoção da saúde, adicionando a ideia de assistência e cura.

 O movimento da Promoção da Saúde (PS) no Brasil vem responder aos desafios do crescimento da população idosa no país; a Politica Nacional do Idoso (PNI) por sua vez, incorpora os postulados da PS para dar norte às ações de atenção à saúde moldando-as a peculiaridades nacionais.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), “Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida”

O conceito acima sinaliza o desejado protagonismo das pessoas e suas necessidades em desenvolver habilidades e atuar buscando qualidade de vida, enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

Ainda, a Carta de Ottawa aborda cinco campos de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação de serviços de saúde.

“A especificidade da Promoção da Saúde repousa, pois, neste somatório de diversas atividades práticas para a realização dos objetivos de melhor saúde e qualidade de vida para todos” (LIMA, Pereira; CAMPOS, Ribeiro; PELICIONI & L’Abbate, 2000).

Faz-necessário lembrar o eixo político da promoção da saúde, compreendendo-a como uma política de saúde e um espaço da saúde pública.

Segundo o marco conceitual elaborado pelo GT (grupo de trabalho) de Promoção da Saúde da ABRASCO.

A compreensão da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais, entendendo-se o direito à saúde como expressão direta do direito fundamental à vida. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e da qualidade de vida (ABRASCO, 2003, p. 2).

Compreende-se que enquanto houver vida deve ser garantido o direito a saúde com qualidade e eficácia alcançando assim uma melhora na qualidade de vida, buscando atender ao público que dela necessite no nosso caso o grupo das pessoas com mais de 60 anos que muito contribuíram e contribuem e necessita de uma atenção especial voltada para seus anseios e necessidades.

Conforme o Estatuto do Idoso, Lei n°10.741, de 1º de outubro de 2003,

o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade BRASIL, 2003,p 16, art 2º).

Com base nesta Lei, cabem as organizações governamentais, não governamentais, sociedade civil e comunidade exigir do poder público que as Leis sejam cumpridas.

Ampliando os aspectos legais que solidificam os Direitos dos Idosos, acrescenta-se a Constituição Federal de 1988, reconhecendo os Idosos como sujeitos de Direitos, a Política Nacional do Idoso instituída pela Lei n° 8.842 de 04 de janeiro de 1994, já mencionada, objetivando assegurar os direitos sociais dos idosos e o já citado Estatuto do Idoso; no âmbito da saúde dos idosos temos ainda o Pacto pela Saúde, de 22 de fevereiro de 2006 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006), também citados.

Figura 2 / Fonte: IBGE, ano 2008.

O gráfico traduz o crescente aumento da população idosa no país, crescimento que sinaliza atenção e cuidado por parte da sociedade como um todo nas mudanças socioeconômicas advindas dessa mudança nos dados demográficos do Brasil.

Figura 3 / Fonte: Censo de 1940 a 2000, PNAD 2008

 Este gráfico aponta para uma problemática que assombrará a sociedade daqui a algumas décadas o aumento crescente do número de idosos e a progressiva diminuição da faixa etária de 0 a 14 anos. Ou seja, não seremos apenas um país de “cabelos brancos”, mas também um país sem jovens. O que significa uma redução no grupo produtivo da sociedade. Esta monografia não pretende explorar este tema, no entanto, foi suscitado durante os estudos e explanado neste parágrafo, devido a relevância do assunto.

Diante dos números referentes ao crescimento da população idosa que passou de[[1]](#footnote-1) 2 milhões em 1950 para 15,4 milhões em 2002 e [[2]](#footnote-2) as projeções indicam que 2025 o Brasil terá a sexta população mundial em idosos.

 Esse cenário aponta também para o aumento das doenças próprias do envelhecimento e passaram a ter maior expressividade na sociedade, o que acarreta maior procura dos idosos por serviços de saúde.

 Nas ultimas décadas no Brasil, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) atingiram números expressivos sendo responsáveis pela maioria das causas de óbito e incapacidade prematura – ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias correspondendo uma enorme parcela das despesas com assistência hospitalar no Sistema único de Saúde (SUS) e no Setor Suplementar (Ministério da Saúde, 2006c).



 Figura 4 / Fonte: IBGE

 Segundo informações da PNAD, 29,9 % da população brasileira mencionou possuir pelo menos, uma doença crônica.[[3]](#footnote-3) Os estudos verificaram a associação entre saúde e pobreza e constataram-se que embora 20% dos idosos mais pobres tenham apresentado prevalência estatisticamente significativa menos elevada (69,9%), os demais declararam proporções semelhantes (aproximadamente 75%), o que traduz que o rendimento médio mensal familiar não demonstra ter efeito significativo no aumento ou na diminuição da carga de doença crônica na população idosa (PNAD, 2003).

Segundo Gordilho (2000) observa-se nos estudos da área que as modificações populacionais ocorridas, no Brasil não estão apenas no perfil demográfico, mas na epidemiologia passando por uma transição, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade.

Almeida, Madeira, Arantes e Alencar (2010 apud, Gardilhoet al, 2001) : “ a maioria das doenças crônicas que acometem o idoso tem, na própria idade, seu principal fator de risco”. Doenças crônicas tais como: câncer, diabetes, hipertensão arterial, doença coronariana e cerebrovascular, Parkinson e outros problemas do sistema nervoso, hepatite, artrites crônicas de doenças ou agravos agudos como problemas neurológicos, pós-traumáticos, transplantes e medicamentos de uso prolongado. Doenças que ao se instalarem comprometerá a qualidade de vida.

Os autores referenciados acima acrescentam outros fatores além das doenças crônicas: a inatividade, dificuldade de executar atividades do cotidiano e a falta de perspectivas na aposentadoria o que podem acarretar ansiedade e depressão comprometendo a qualidade de vida dos idosos. Dá-se então a importância de serem propostas ações que assegurem aos idosos longevidade, felicidade e satisfação pessoal.

As doenças infectocontagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no País em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%.

Temos então que em menos de 40 anos o Brasil deixa um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas (GORDILHO et al, 2000).

Em 2003, as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 29,9% da população brasileira reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica[[4]](#footnote-4). O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos: entre as pessoas de 0 a 14 anos, foram reportados apenas 9,3% de doenças crônicas, mas entre os idosos este valor atinge 7,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Veras (2009) contribui com o debate trazendo uma informação importante para a pesquisa: “estudos recentes tem mostrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento”. Ele acrescenta dando ênfase a prevenção como sendo eficaz em qualquer estágio da vida mesmo nas fases mais tardias.

 É com base nessa perspectiva de pensar prevenção como a peça fundamental para mudar o cenário de adoecimento da população idosa que destacamos a importância das portarias, leis, políticas e outros com foco na prevenção e no cuidado.

No entanto, identifica-se a necessidade de se construir bases sólidas para cuidar desta população que ascende e solicita por atenção, de forma contundente e eficiente.

A realidade dos idosos brasileiros relatada por Veras (2009) não é no todo positiva, pois, os idosos convivem com medo de violências, ausência de assistência médica e hospitais e poucas atividades de lazer, além do fator financeiro com baixos salários e pensões.

 Este cenário do aumento no número de pessoas que atingem a etapa da velhice e é consequência de um conjunto de conquistas nos âmbitos científico, tecnológico e social e aparece como um desafio para as políticas públicas e os setores sociais, gerando impacto direto na saúde. No entanto, uma maior abertura ao acesso dos serviços de saúde, aos bem sociais como educação e renda, tem apontado para as mudanças na imagem do abandono associado à velhice.

O setor de saúde dispõe de amparos legais que viabiliza e respalda as ações no âmbito da população idosa dentre elas a Política Nacional de Promoção da Saúde, inscrita no Pacto pela saúde, ratificada pelo compromisso do Ministério da Saúde do Brasil com o aumento e a qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) segundo, ARAÚJO LF, COELHO CG, MENDONÇA ET de el al. Ainda temos o Pacto pela Vida, que está inserido no Pacto pela Saúde, que apresenta entre seus objetivos e metas a atenção ao idoso.

Destacamos o Pacto Pela Saúde, dado o foco da pesquisa e também pela importância do documento com relação ao aspecto Saúde do Idoso e Qualidade de Vida. A publicação do documento citado trás a importância do compromisso público em torno do Pacto Pela Vida, emitido em 2006, quando pela primeira vez o Sistema único de Saúde assumiu como meta prioritária a atenção à saúde da população idosa no país.

Segue um trecho deste documento

Coerente com a proposta de envelhecimento Ativo, dentro das diretrizes propugnadas pela Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde, juntamente com as Secretárias Estaduais e Municipais de saúde, tem buscado qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas, contribuindo para que não só tenhamos maior expectativa de vida em nosso país como também agregado mais qualidade aos anos a mais vividos. Afinal, envelhecer com saúde é direito de cidadania (Brasil, 2010, p. 8 ).

 Nesse trajeto legal que ampara a população idosa tem-se também a Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006, que regulamenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

 Para se pensar em saúde e qualidade de vida na terceira idade precisou-se delinear o aspecto saúde no seu conceito ampliado e dinâmico, demarcar os respaldos legais que embasam a saúde, e mais especificamente a saúde do idoso. Nessa proposta de saúde fica evidenciada a noção de qualidade de vida que está contida no conceito de saúde e amplia os horizontes que qualificará a vida da população idosa.

 Nesse sentido este trabalho se propõe a articular saúde, estilo de vida e envelhecimento saudável e segue com a seguinte reflexão: a qualidade de vida, e consequentemente a qualidade de envelhecimento estão atrelados com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade, bem como o estilo de vida de cada um. Levando em consideração o mundo biológico, social, cultural e psicológico mediadas pela subjetividade do ser humano, que influenciam diretamente nas mudanças que ele fará no decorrer da vida.

 Celich e Spadari (2008) acrescentam:

Saúde, por sua vez, assim como o envelhecimento também é um fenômeno multidimensional que apresenta características individuais e coletivas, e que envolvem os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana” Entende-se que a qualidade do envelhecimento está diretamente relacionada com a qualidade de saúde que o indivíduo adquire e o estilo de vida que ele assume no percurso da sua vida. (CELICH; SPADARI, 2008).

 Em toda sociedade almeja-se o prolongamento da vida. Mas, essa conquista somente será alcançada na medida em que se agregue qualidade aos anos de vida. Nesse sentido, qualquer política direcionada a população idosa deve levar em consideração a capacidade funcional a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de auto- satisfação.

 Buscando sempre investir e incentivar o protagonismo social dos idosos na medida em que eles participem e construam juntos políticas para sua faixa etária, criando possibilidades e ampliando o campo de atuação desta população na sociedade, nos diversos contextos sociais.

 O idoso deve procurar sempre autonomia e a liberdade para elaborar e resignificar ações e atitudes para o seu dia-dia, dentro das suas possibilidades.

 Esse pensamento vem a corroborar com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa:

quando o processo de envelhecimento é aceito com um êxito, o aproveitamento da competência, da experiência e dos recursos humanos dos grupos mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas. (Kalache & Kickbush, 1997; Rowe & Kahn, 1997; Healthy People 2000).

 A pesquisa segue apontando para a ideia que o envelhecimento bem-sucedido pode ser compreendido a partir de três elementos: menor probabilidade de doença, alta capacidade funcional física e mental e engajamento social ativo junto à teia social (ARAÚJO LF, COELHO CG, de MENDONÇA ET, VAZ AVM, SIQUEIRA-BATISTA R, COTTA RMM.

 Os autorescitados no parágrafo anterior acrescentam que para atingir esses fatores é necessário promoção do envelhecimento com qualidade de vida, focando os aspectos preventivos e assistenciais de maior importância entre a população idosa.

 Extrai-se daí a importância, neste contexto de envelhecimento populacional, de programas de promoção da saúde do idoso. No cenário atual os programas aparecem no âmbito público ou projetos universitários.

 Os autores ainda acrescentam que no geral, os programas estão voltados para ações que priorizem o envelhecimento ativo, com foco em uma longevidade que resguarda a capacidade funcional e o estímulo à autonomia.

 Os autores Schilindwein e Carvalho trazem “a expressão qualidade de vida” foi utilizada pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964 quando declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

 Neste caso em que o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez, o contexto destoa do abordado nesta pesquisa, no entanto, com o passar do tempo, os conceitos sobre “qualidade de vida” foram utilizados nos campos da saúde e educação, passando a despertar o interesse dos políticos e principalmente dos cientistas sociais e filósofos, focando na diminuição da mortalidade ou no aumento da expectativa de vida.

 Lipp (1996, p.13) qualidade de vida é como “o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: social, afetiva, profissional e a que se refere à saúde”.

 Segundo o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL GROUP, 1994), qualidade de vida foi definida, como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

 A qualidade de vida é um conceito ligado ao desenvolvimento humano. Não significa apenas que o indivíduo ou o grupo social tenham saúde física e mental, mas que estejam de bem consigo mesmo, com a vida, com as pessoas queridas, enfim, é estar em equilíbrio. Esse equilíbrio diz respeito ao próprio controle sobre aquilo que acontece, como por exemplo, sobre os relacionamentos sociais.

 Segundo a OMS

qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas padrões e preocupações. Neste contexto, eu qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens e serviços, ou simplesmente existindo. (OMS, 1998, p 4 ).

 Serbim e Figueiredo (2011) acrescentam que na avaliação da qualidade de vida do idoso, faz-se necessário destacar a complexidade da tarefa e a adoção de múltiplos critérios de natureza biológica, psicológica e sociocultural, pois, diversos elementos são assinalados como determinantes ou indicadores de bem estar na velhice: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, *status* social, renda, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade de relações informais com amigos.

 Alves e Silva relatam que autores tais como: Rodrigues (2004), Carvalho Filho (2005), Renato Veras 2002, Eliane Brandão Vieira 1996, Sociedade Brasileira de Gerontologia[[5]](#footnote-5) 1994 confirmam com seus estudos que o idoso tem que ser incentivado por familiares, amigos e profissionais de saúde a participar de atividades, no ceio familiar e na comunidade em que vive, buscando despertar no mesmo o interesse em preencher o tempo ocioso com atividades que se proponham auxiliá-lo na manutenção de seu equilíbrio físico, mental e social, minimizando percas cognitivas e afastando-o do isolamento social que pode acarretar um envelhecimento patológico.

 Caldas (2003) está de acordo que a família destaca-se como sendo o suporte informal no cuidado com o idoso, mesmo os familiares muitas vezes não dispondo de condições emocionais, financeiras e técnicas para cumprir com este papel, as famílias tem esse papel de destaque no cuidado com os familiares como propõe a própria Constituição Federal, quando refere-se ao idoso em seu artigo 230: “ a família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (CF,1988, p.37 ).

Há também os cuidadores informais, segundo Bielemann (2003), que são definidos como as pessoas que cuidam dos idosos de forma voluntária ou não, são eles família, amigos ou vizinhos que estão junto ao paciente apoiando-o, com o intuito de ser solidário contribuindo para a melhora do paciente.

**CONCLUSÃO**

A pesquisa apontou a rede de serviços disponíveis relacionados aos Programas de Proteção e Apoio aos idosos e embora o arcabouço jurídico do Brasil referente à população idosa esteja bem ampliado, na prática ainda está longe de alcançar um satisfatório cenário.

A vigência do Estatuto do Idoso e a sua aplicabilidade como forma de acionar os direitos dos idosos, a ampliação da estratégia de saúde da família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das redes estadual de assistência à saúde do idoso reafirmam a necessidade da readequação da política de saúde da pessoa idosa (PNSPI) e) letra da política. ...

No decorrer desta pesquisa ficou evidenciado que o envelhecimento suscita grandes desafios, o que se constitui um paradoxo humano, se por um lado é inevitável ficar velho, por outro ninguém quer morrer. No entanto, se não morremos envelhecemos (Teixeira, 2002). Devendo, portanto o envelhecimento ser encarado como conquista.

A saúde dos idosos vem ocupando lugar de destaque nas pautas políticas e de trabalhos acadêmicos, no entanto, ainda se precisa investir na capacitação dos profissionais da área de saúde para a gerontologia, proporcionando aos idosos um melhor acolhimento das suas demandas.

Destacam-se nas ações, políticas de Promoção da Saúde de idosos a necessidade da criação de um ambiente de suporte para prevenção de agravos, aumento da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida, simbolizando o conhecido conceito ampliado de saúde; corroborando para que o idoso aportado desses aspectos se torne um protagonista e atuante nas decisões e escolhas que geram seu estado de saúde e inserção social.

É fundamental neste tema que diz respeito à etapa da vida velhice, estar ciente de que, uma velhice tranquila é o conjunto de tudo que favorece o organismo, como exemplo a prática de atividades físicas, alimentação saudável, espaço para a descontração, bom convívio familiar enfim, é necessário investir em uma boa qualidade de vida (Pires et al, 2002, p.2).

**REFERÊNCIAS**

ARAÚJO LF; COELHO CG, de Mendonça ET, Vaz AVM, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. **Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil.** Ver Panam Salud Publica. 2011:30(1):80-6.

ALVES, Camila Pereira; SILVA, Elen Alcântara da. **Saúde e Doenças: modificações no envelhecimento – Uma experiência de ensino de idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) em Feira de Santana – Ba.** Disponível em: < <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300004&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 16 de outubro de 2012.

ASSIS, M.; PACHECO, L.C. & MENEZES, I.S. (2002). **Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos.** *Textos sobre Envelhecimento*, *4*(7). Rio de Janeiro. Recuperado em 17 outubro, 2009, de:http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1517-59282002000100005&lng=pt&nrm=iso.

ASSIS, Mônica de. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos.** Revista APS, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento:** avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 220f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

### BIELEMENN, V.L.M. A família cuidando do ser humano com câncer e sentindo a experiência. Rev.Bras.Enferm, Brasília, v.56, n.2, p. 133-137, mar-abr, 2003.

BITTAR, Cléria; LIMA, Lara Carvalho Vilela de. **O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência.** Revista Kairós Gerontologia, 14(4), São Paulo (SP), Brasil, setembro 2011:101-118.

BUSS, Paulo Marchiori; **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Rio de Janeiro: Revista Ciência Saúde Coletiva vol. 5 nº1, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 1988

BRASIL. Ministério da Educação. **Concepção do Tema**. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>>. Acesso em: 25 de outubro de 2012.

BRASIL. Governo de Minas Gerais**. Saúde em Casa: Atenção à saúde do Idoso**. 2.ed. Belo Horizonte: Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/brasil\_em\_sintese/ default.htm>. Acesso em 17 set. 2012.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei88>. Acesso em 12 set.2012.

BRASIL .Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006, que regulamenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em 15 de set de 2012.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 12 set.2012.

BRASIL Dísponível em :<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/pacto/2010/pactmap.htm>, acesso em 16 de set de 2012.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, Censo 2000. Disponível em http://www.ibge.gov.br. Acesso em 15 Set. 2012.

BRAZÃO, M. *Atividade física & saúde*. Jornal de Medicina do Exercício da SMDRJ, Rio de Janeiro. p. 6-9, jan./mar. 1998. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd163/atividade-fisica-e-o-idoso.htm>. Acesso em 15 out 2012.

CABRAL, Benedita E. S. Lima. **A vida Começa todo Dia**. Disponível em: < <http://www.ieg.ufsc.br/admin/downloads/artigos/12112009-095127cabral.pdf>> Acesso em: 20 de setembro de 2012.

CAPITANINI Mes. **Solidão na velhice: realidade ou mito?** Em A.L Neri & S.A Freire (Orgs.), E por falar em boa velhice (pp.69-89) 2000. Campinas: Papirus.

### CALDAS, C.P.Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demanda da família. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-781, mai-jun, 2003.

CARNEIRO RS, Falconea E; CLARKA, Del Pretteb, et al. **Qualidade de vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais**. Psicologia: Reflexão e Crítica 2007, 20(2), 229-237.

CELICH, K.L.S.; SPADARI, G. **Estilo de vida: Os condicionantes do envelhecimento saudável.** Cogitare Enfermagem, v.13, n.2, p. 252-60, abr-jun. 2008. Disponível em: http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/12497/8559. Acesso em: 16 out. 2012.

CNBB. **Vida, dignidade e esperança. Fraternidade e pessoas idosas. Campanha da Fraternidade**. Texto Base CF 2003. São Paulo: Editora Salesiana; 2002.

### COSTA, Ruthe Corrêa da . A terceira idade hoje sob a ótica do serviço social. Canoas: Ed. ULBRA, 2007.

CUPERTINO, A. P. ; ROSA, F. H. M. ; RIBEIRO, P. C. C. . **Definição de envelhecimento saudável em uma amostra populacional de idosos.** Psicologia. Reflexão e Crítica, v. 20, p. 81-86, 2007.

DEBERT, G.G.. **Família, Classe Social e Unicidade: um balanço da bibliografia sobre a experiência do envelhecimento**. *BIB,* ANPOCS, Rio de Janeiro, no 33, 1992, p. 33.

DEBERT, G.G.. **O Discurso Gerontológico e as Novas Imagens do Envelhecimento**. São *Paulo emPerspectiva* vol. 7, n°. 4, 1993, Revista da Fundação SEADE, São Paulo, p. 121-128.

FRUTUOSO D. **A terceira idade na universidade**. Rio de Janeiro, RJ: Ágora da Ilha, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa***.* 5º ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral do idoso.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro,Universidade Aberta da Terceira Idade, 2000. Disponível em:<http://www.unati.uerj. br/publicacoes/textos\_Unati/unati1.pdf >.Acesso em: jun. 2009.

GOBBI, S. **Atividade Física para Pessoas Idosas e Recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996**. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.* v. 2, n. 3, p. 41- 49, 1997. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd163/atividade-fisica-e-o-idoso.htm>. Acesso em 15 out 2012.

LEBRÃO ML, LAURENTI R. **Condições de saúde**. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento. **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91

LILIAN, Kátia, CELICH, Sedrez, SPADARI, Gessiel; 2008. **Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável.** Cogitare Enfermage; Vol. 13, N°2.

LIMA-COSTA, M.F. & VERAS, R. (2003). **Saúde pública e envelhecimento**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, *19*(3): 700-1. Recuperado em 20 janeiro, 2011 de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15872.pdf>.

### LIPP, M. N. Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso. Campinas, S.P.: Papirus, 1996.

LAURENTI, R. A., 1990. **A questão demográfica e a transição epidemiológica (a transição demográfica, a fecundidade, a migração e a mortalidade e seus impactos na saúde da população).** In: Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia: epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século. RJ: Abrasco. 143-165.

### LUCIENE, Corrêa Miranda ; ELIANE, Ferreira Carvalho Banhato; 2008. Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. Psicol. pesq. v.2 n.1 Juiz de Fora jun. 2008

KALACHE & KICKBUSH, 1997; ROWE & KAHN, 1997; HEALTHY people 2000. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 10 de out. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE**. Carta de Ottawa**. Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento.** Série Pactos pela Saúde, vol.12, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Nº 19. Brasília,DF, 2007. p.09 .

MINISTÉRIO DE PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais, 2005.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

OLIVEIRA, Umbelina Maria de. **Violação dos Direitos Humanos dos Idosos Pinheirenses e os desafios para a efetiva concretização**. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Direito-%C3%A0-Sa%C3%BAde-Dos-Idosos/143852.html>. Acesso em: 20 de setembro de 2012.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília/; Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

### PEREIRA, P. Formação em Serviço Social, Política Social e Fenômeno do Envelhecimento. Mesa Redonda. Seminário Sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil. MEC, SESu/CAPES, maio de 2005.

**Promoção da Saúde. Disponível em:** <http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf>, *UIPES/ORLA, Sub-Região Brasil.*

RAMOS, L.R. **Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centros urbanos: projeto epidoso** São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, maio-jun. 2003. 13.

SCHILINDWEIN, M.M.; CARVALHO, E.B.S.. A Concentração de renda e a pobreza rural no nordeste brasileiro, 2001. In: BARBOSA, Robson Fernandes; BARBOSA, Francisco Ribeiro; FILHO, João Tomé de Araújo; BARBOSA, Raisse Fernandes; BARBOSA, Dayann Fernandes. **Qualidade de vida na terceira idade: um estudo de caso com os beneficiários do Programa “Leite da Paraíba” na cidade de Campina Grande – PB**.

SIMÕES, J.A.. **O Aposentado como Ator Político**, IFCH/UNICAMP, Doutorado em Ciências Sociais,Campinas, mimeo, 1992.

SOUZA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela. **Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa.** Revista de Saúde Pública,São Paulo, vol.37, n° 3, Junho 2003.

TERRA, Newton Luiz; DORNELLES ,Beatriz. **Envelhecimento bem-sucedido.** Programa Geron, PUCRS, 2.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

TEXEIRA, Fátima. **Liberdade para voar.** Revista partes – ano II Abril de 2001 – Nº XIV. Disponível em: < <http://www.partes.com.br/ed14/terceiraidade.asp>>. Acesso em: 20 out de 2012.

TEIXEIRA, Mirna Barros; LEÃO, Selme de Souza. Empoderamento como Estratégia de Promoção da saúde no campo do Envelhecimento. Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia, nov de 2002. Disponível em: < <http://www.sbggrj.org.br/Biblioteca/empodera.asp>>. Acesso em 25 de out. 2012.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| .http://www.partes.com.br/ed14/imagens/separador_bc.jpg |  |

VERAS, Renato. **Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.** Rev. Saúde Pública 2009;43(3):548-54.

VERAS, R. P.. ***País Jovem com Cabelos Brancos:* a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: RelumeDumará, UERJ,1994.

VERAS, R. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Jun. 2003, v.19, n.3, p.705-715, 2003.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Pereira Célia **.Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade.** Cência & Saúde Coletiva, 9(2):423-432, 2004. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n2/20396.pdf>>. Acesso em: 10 de out de 2012.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. **O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sério desafio para as políticas públicas**. Revista Brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo, SP, v.23, n.1, jan-jun .2006.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

1. Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Medicina e Enfermagem (DEM), Viçosa (MG) Brasil. [↑](#footnote-ref-1)
2. Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde, Programa de Inovação em Docência Universitária ( PRODUS) e laboratório de Estudos em Planejamento em Gestão e Saúde, Viçosa (MG), Brasil. Correspondência: rmmitre@ufv.br [↑](#footnote-ref-2)
3. Doença que acompanha a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível. Foram investigadas pela PNAD, as seguintes: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, (ou hiperglicemia), bronquite ou asma, hipertensão (pressão alta), doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite e cirrose. [↑](#footnote-ref-3)
4. Doença que acompanha a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível. Foram investigadas pela PNAD, as seguintes: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo; câncer; diabetes (ou hiperglicemia); bronquite ou asma; hipertensão (pressão alta); doença do coração; doença renal crônica; depressão; tuberculose; tendinite ou tenossinovite; e cirrose. %

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003 [↑](#footnote-ref-4)
5. “o campo multi e interdisciplinar que visa à descrição e à explicação das mudanças típicas do processo de envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Interessa-se também pelo estudo das características do idoso, bem como das várias experiências da velhice e envelhecimento ocorrendo em diferentes contextos sócio-culturais e históricos. Abrange aspectos do envelhecimento normal e patológico. Compreende a consideração dos níveis atuais de desenvolvimento e do potencial para o desenvolvimento”. (Maddox, 1987 apud Neri, 2001b: 54). [↑](#footnote-ref-5)