

Uma breve revisão de literatura sobre os idosos, o envelhecimento e saúde**A brief literature review on elderly, aging and health**

DOI:10.34117/bjdv6n1-173

Recebimento dos originais: 30/11/2019

Aceitação para publicação: 16/01/2020

Ricardo Eddy Gomes Monteiro

Enfermeiro – São Miguel

Faculdade Alpha

Endereço: Gervásio Pires, 826, Santo Amaro, Recife, PE

e-mail: ricardo.eddy@hotmail.com

Diogenes José Gusmão Coutinho

Biólogo e Doutor em Biologia pela UFPE

Faculdade Alpha

Endereço: Gervásio Pires, 826, Santo Amaro, Recife, PE

e-mail: gusmao.diogenes@gmail.com

RESUMO

O envelhecimento é um processo fisiológico que acontece ao longo do tempo permeado de mudanças biológicas, psicossociais e culturais. Mediante o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente do envelhecimento populacional a nível mundial as instituições asilares ganham destaque no cuidar desses idosos, fazendo-se necessário assim conhecer como é a vida dos idosos neste ambiente.

Palavras-chave: Terceira Idade, Asilos, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Aging is a physiological process that takes place over time permeated by biological, psychosocial and cultural changes. Due to the increase in the life expectancy and consequently of the population aging worldwide, the asylum institutions are highlighted in the care of these elderly people, making it necessary to know the life of the elderly in this environment.

Key words: Elderly, Asylum, Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

A mudança no estilo de vida da população idosa é considerada para o universo dos próprios idosos como um fator novo onde cada um deles busca um sentido maior para suas vidas, consolidando-se, assim, num processo que causa algumas alterações que são encontradas neste mundo onde os mesmos acham incapazes de enfrentá-las de forma satisfatória (RAMOS, 2013).

O envelhecimento se constitui num processo fisiológico que acontece ao longo do tempo. Para Barros (2009), envelhecer se constitui em uma etapa importante para todas as sociedades humanas, uma vez que envelhecer representa não só mudanças biológicas, mas também mudanças nos aspectos psicossocial e cultural.

Biologicamente falando, o processo de envelhecimento é individual e é causado por alterações moleculares e celulares que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo de forma geral. Esse declínio se torna perceptível ao final da fase reprodutiva, muito embora as perdas funcionais do organismo comecem a ocorrer muito antes (MARUO, 2016).

Ainda que a senescência ou envelhecimento fisiológico seja definido como um conjunto de alterações que ocorrem no organismo humano, há também de se entender que envelhecer implica em perda progressiva da reserva funcional sem que comprometa as necessidades básicas de manutenção de vida. Em contrapartida, a senilidade ou envelhecimento patológico denomina-se como conjunto de alterações que ocorrem no organismo em decorrência de doenças e do estilo de vida que acompanha o indivíduo até a fase idosa (GOMES, 2009).

A qualidade de vida, portanto, tem sido preocupação constante do ser humano desde o início de sua existência, uma vez que envelhecer de modo saudável se constitui num compromisso pessoal na busca contínua de uma vida desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, que está intimamente ligado à saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, autoestima, entre outros (SANTOS, 2014).

Santos (2014), ainda relata que a qualidade de vida se constitui em uma noção eminentemente humana, que tem se aproximado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, o que pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar.

Papaléo Netto (2009), por sua vez, afirma que, um forte indicativo na redução da qualidade de vida reside na redução da capacidade fisiológica de trabalho, visto que esta direciona à marginalização dos idosos e conseqüente à perda da sua condição social.

Assim sendo, a promoção da boa qualidade de vida na terceira idade excede, os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Isto significa dizer que uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em evolução. (RA, 2009)

Diante destes conceitos, percebe-se que o termo qualidade de vida engloba conceitos amplos de bem-estar, que transcende a dimensão biológica, psicológica e social, e que atinge a esfera do próprio indivíduo no que tange ao seu auto julgamento, ou seja, o quanto ele está ou não satisfeito com a qualidade subjetiva de sua vida.

Com o intuito de amenizar o peso do envelhecimento nos indivíduos, surgiu, no final dos anos 60 a expressão terceira idade, especificamente na França, com a finalidade de apontar novos padrões de comportamentos de uma geração, que se aposenta e envelhece ativamente. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2014), é considerado idoso qualquer pessoa com idade acima de 60 anos,

mas vale ressaltar que tal consideração é avaliada exclusivamente segundo o seu envelhecimento fisiológico, o que não impede de ser um indivíduo social e intelectualmente ativo (BRASIL, 2014).

É com base nesta diretriz que a partir de 1989 o Ministério da Saúde normatiza o atendimento ao idoso através da Portaria GM 810/89, enriquecida pela Portaria GM/MS 2.413/98, promulgada no mesmo ano, que, contempla os procedimentos de atendimento a clientes sob cuidados prolongados, de internação em regime de hospital-dia geriátrico e de internação domiciliar. Em contrapartida, Camargo e Pasinato (2010), afirmam que, somente a partir de 1999 é que se tornou obrigatório aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a presença do acompanhamento aos clientes acima de 60 anos de idade.

O Estatuto do Idoso foi, certamente, um grande ganho para a população brasileira por assegurar os direitos fundamentais às pessoas acima de 60 anos. Na atualidade, o Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, estabelece prioridade absoluta às normas preventivas ao idoso, elencando novos direitos e estabelecendo vários mecanismos específicos de proteção que vão desde a precedência no atendimento até a inviolabilidade física, psíquica e moral (CENEVIVA, 2007).

As instituições asilares por sua vez surgiram, historicamente, como um subterfúgio de assistência social, onde eram recebidos idosos doentes com ou sem família. Com o tempo, algumas foram se caracterizando como abrigo de pessoas cegas, crianças carentes, mães pobres, velhos, surdos e pessoas inválidas (CAMARGO; PASINATO, 2010), fugindo-se radicalmente do propósito inicial de abrigar os idosos.

Atualmente as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI's são consideradas residências de atendimento especializadas, cuja função básica é proporcionar assistência Gerontogeriatrica, na tentativa de oferecer um ambiente doméstico aconchegante e capaz de propiciar ao idoso uma vida com qualidade mediante a preservação de sua subjetividade e enfocando as particularidades de cada um. Assim, a qualidade do cuidado exige uma atenção contínua e os idosos podem recuperar a saúde e a autonomia, estabelecendo novos laços afetivos e encontrando possibilidades de viver e receber cuidados até o final dos seus dias (BORN; BOECHAT, 2009).

É com base em todo este leque de informações acerca do envelhecimento que o os profissionais da saúde, como integrante da equipe do cuidado, deve conhecer a realidade das famílias nos aspectos mentais, sociais e demográficos, proporcionando assistência integral ao idoso e a família, estabelecendo metas e elaborando um plano assistencial com base nas necessidades fisiopatológicas da população idosa. Além do mais, deve prestar assistência e capacitação aos cuidadores para participarem ativamente do cuidado prestado ao idoso, na tentativa de evitar algum tipo de agressão por parte da população estudada. (BRASIL, 2007)

Em se considerando os aspectos até aqui descritos, percebem-se que, envelhecer não é apenas um momento na vida de um indivíduo, mas uma ação extremamente difícil e pouco notório, com consequências tanto para quem o vivencia como para a sociedade que o tolera ou o auxilia.

Diante do exposto, o presente artigo trata-se de uma revisão de literatura sobre os idosos, o envelhecimento e saúde. Serão enfocados a política nacional do idoso e o estatuto do idoso, bem como a percepção sobre a qualidade de vida na sociedade atual.

2 METODOLOGIA

O presente estudo é caracterizado como uma revisão bibliográfica, a busca foi realizada por meio das bases de dados eletrônicos, SciELO, Google acadêmico e em revistas especializadas. Nas buscas serão utilizados os seguintes descritores, em língua portuguesa: idosos, velhice, terceira idade, saúde e qualidade de vida. Serão utilizadas para rastreamento do tema pesquisado outras publicações adicionais como livros, trabalho acadêmico que serão consultados como formas potenciais de referências bibliográficas. Será feita a análise dos materiais bibliográficos catalogados onde será dada maior relevância para seleção dos mesmos que tiverem maior ligação direta com o objetivo central da pesquisa. Em relação aos critérios de exclusão serão excluídas dissertações, teses e artigos sites informais como: blogs, info escolar e redes sociais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado idoso qualquer pessoa com idade consideravelmente acima de 60 anos, mas vale ressaltar que tal consideração é avaliada exclusivamente segundo o seu envelhecimento fisiológico, o que não impede de ser um indivíduo social e intelectualmente ativo (BRASIL, 2014)

Deste modo, estimativas reveladas pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística - IBGE, em 2012 existem 195.259,654 idosos no Brasil. Concomitantemente, para o ano de 2050 essas estimativas atingirão cerca de 2.000.000.000 de idosos (IBGE, 2012).

Diante do número de idosos registrados pelo censo realizado IBGE nos últimos anos revela que a parcela da população tem se multiplicado (CAMARGO; PASINATO, 2010). Dessa forma, esse aumento da população com idade igual ou superior a 60 anos, todavia, não tem sido garantia que os mesmos alcancem uma faixa etária concomitantemente avançada mantendo-se saudáveis.

Fato esse logo em seguida, a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei 8.842/94, regulamentada em 3/6/96 através do Decreto 1.948/96, amplia significativamente os direitos dos idosos, já que, desde as LOAS, as prerrogativas de atenção a este segmento haviam sido garantidas

de forma restrita. Surge num cenário de crise no atendimento à pessoa idosa, exigindo uma reformulação em toda estrutura disponível de responsabilidade do governo e da sociedade civil (PAPALÉO NETTO, 2016).

O mesmo autor, afirma que essa política está norteada por cinco princípios: A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objetivo de conhecimento e informação para todos; O idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza; O idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através dessa política; As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral na aplicação dessa lei.

O Estatuto do Idoso com certeza foi um grande ganho para a população brasileira por assegurar os direitos de pessoas acima de 60 anos. Na atualidade, o Estatuto do Idoso, criado pela Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, estabelece prioridade absoluta às normas preventivas ao idoso, elencando novos direitos e estabelecendo vários mecanismos específicos de proteção os quais vão desde precedência no atendimento ao permanente aprimoramento de suas condições de vida, até a inviolabilidade física, psíquica e moral (CENEVIVA, 2014).

Segundo Uvo e Zanatta (2009), esse Estatuto constitui um marco legal para a consciência idosa do país, a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção aos seus direitos, e os demais membros da sociedade tornar-se-ão mais sensibilizados para o amparo dessas pessoas.

Apesar da importância dos aspectos ora explícitos referentes ao Estatuto do Idoso, Neri (2007), ao analisar as políticas de atendimento aos direitos do idoso expressos nesse marco legal, concluiu que o documento é revelador de uma ideologia negativa da velhice, compatível com o padrão de conhecimentos e atitudes daqueles envolvidos na sua elaboração (políticos, profissionais, grupos organizados de idosos), segundo os quais o envelhecimento é uma fase compreendida por perdas físicas, intelectuais e sociais, negando análise crítica consubstanciada por dados científicos recentes que o apontam, também, como uma ocasião para ganhos, dependendo, principalmente, do estilo de vida e do ambiente ao qual o idoso foi exposto ao longo do seu desenvolvimento e maturidade.

Os direitos dos idosos assegurados na Constituição de 1988 foram regulamentados através da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742/93). Entre os benefícios mais importantes proporcionados por esta Lei, constitui-se o Benefício de Prestação Continuada, regulamentado em seu artigo 20. Este Benefício consiste no repasse de um salário-mínimo mensal, dirigido às pessoas idosas e às portadoras de deficiência que não tenham condições de sobrevivência,

tendo como princípio central de elegibilidade a incapacidade para o trabalho, objetivando a universalização dos benefícios, a inclusão social (GOMES, 2016).

Essa politização dos idosos, especialmente dos mais escolarizados, associado aos ideais dos tempos pós-industriais, trouxe à pauta algumas questões culturais que favorecem um novo modo de pensar e agir no âmbito do envelhecimento que, de algum modo, tem influenciado as políticas públicas e os direitos dos idosos: a primeira foi à quebra da centralidade do trabalho, como valor maior na visão de mundo da sociedade (aspecto dominante na sociedade industrial), o que permitiu ao idoso construir sua identidade numa ótica de não trabalho, mas de utilidade e sentido da vida; a segunda é o pluralismo de idéias, de comportamento e de atividades, como valor, quebrando estereótipos ideológicos e comportamentais; a terceira é a valorização da subjetividade como um plano importante a ser incluído em todos os níveis da vida, da ciência e das políticas (DUARTE, 2014).

A Percepção de Qualidade Vida na Sociedade Atual

A natureza abstrata do termo qualidade explica porque boa qualidade tem significados diferentes para as pessoas diferentes, lugares e ocasiões. É por isso que há inúmeras conceituações de qualidade de vida; talvez cada indivíduo tenha seu próprio conceito. Assim, a qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de acordo com a época, país, cultura, classe social e indivíduo (FREITAS et al., 2016).

Conceituar este termo é uma tarefa difícil, porque cada um de nós tem a impressão de que já sabe o que esta expressão quer dizer, ou quando não, sente o que ela exprime. Isto se deve, provavelmente, ao fato de tratar-se de um conceito que remonta à antiguidade e de ter sofrido, ao longo da história, várias transformações em seu sentido (SILVA, 2010). A preocupação e a dificuldade em se conceituar o termo qualidade de vida surgiram desde os meados da década de 70, não havendo consenso assim entre os pesquisadores sobre sua definição exata.

Santos et al. (2014) relataram que há certas dificuldades em conceituar qualidade de vida, avaliar a sua medida também é, já que está sujeita a sofrer influência de valores culturais, éticos e religiosos, assim como de valores e percepções pessoais. Esse caráter de subjetividade de que se reveste o conceito de qualidade de vida baseia-se na realidade individual que converge no subjetivismo, constituindo-se, assim, num conceito muito complexo e de difícil avaliação.

Apesar da amplitude do conceito admitir diversas definições, “qualidade de vida” pode ser conceituada como um termo empregado para descrever a qualidade das condições de vida levando em consideração fatores como saúde, educação, bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, entre outros. Para ter qualidade de vida é necessário sempre interligar a rotina de trabalho com a vida pessoal, desfrutando dos benefícios de ambas as partes.

Nesse aspecto, o acentuado avanço tecnológico, aliado a globalização e universalização dos meios de comunicação tem ocasionado um crescente interesse da população por instrumentos que proporcionem uma vida mais saudável e longa, especialmente atividades que condicionem e integrem a parte física, motora e mental (CHRISTOFANI, 2013).

Qualidade de vida, no decorrer dos últimos anos, tem se tornado um tema significativamente de extrema relevância para a sociedade em geral, na literatura científica, e especialmente no campo da saúde, pois a progressiva desumanização devido ao desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde trouxe uma maior preocupação com o tema (COSTA et al, 2008).

A expressão qualidade de vida é caracterizada como uma noção eminentemente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, ambiental e a própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar (MIRANZI et al., 2015).

Qualidade de vida também é se relacionar harmoniosamente com outras pessoas, com amigos de trabalho ou com a família. É notória a distâncias amigável em um ambiente de trabalho, neste caso, a competição faz parte do sistema do trabalho, onde cada pessoa é responsável por uma determinada atividade. Portanto, cada vez mais, as pessoas se distanciam umas das outras (CHRISTOFANI, 2013).

De acordo com Setien (2014), alguns movimentos sociais adotaram a qualidade de vida como indicador de estado de bem-estar social, permitindo a elaboração de desenvolvimento social qualitativo. O mesmo autor afirma, ainda, que qualidade de vida passou a ser utilizada como crítica a valores externos, como os efeitos de exploração de recursos naturais, os efeitos do crescimento econômico, a poluição ambiental e as condições de vida da população. Nesta perspectiva, adquirem, então, uma conotação política e social.

O termo qualidade de vida pode ser utilizado em variadas direções por profissionais de diversas áreas. Na área da saúde, o empenho é considerado ainda recente, pois é de grande importância para as práticas assistenciais e para a saúde pública, devido à mudança no perfil de morbimortalidade indicar a prevalência de doenças crônico-degenerativa (SEIDL; ZANNON, 2011).

Para Nobre (2015), a qualidade de vida é um dos essenciais objetivos que se tem acudados nos ensaios clínicos da atualidade. Assim, para a área da saúde qualidade de vida é considerada, percepção íntima de conforto, bem-estar ou felicidade na execução das funções físicas, intelectuais e psíquicas, dentro da realidade de sua família, do seu trabalho e dos apegos da comunidade a qual dizer respeito.

Dentre muitas expressões conceituais vigentes, a qualidade de vida pode ser compreendida pela análise de suas partes, em aspectos estruturados por domínios e facetas, que dizem respeito aos

componentes físicos, emocional, do ambiente e das relações emocionais (VILARTA; MONTEIRO; GUTIERREZ, 2010).

Atualmente, o termo é utilizado pela população em geral, por jornalistas, políticos e executivos, e, também, em pesquisas ligadas a várias especialidades como sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia (COSTA et al., 2012).

Um dos princípios de qualidade vida é apreciar, é valorizar parâmetros mais amplos do que apenas o controle de sintomas físicos ou psicológicos, a redução da mortalidade ou avanço da expectativa de vida. Qualidade de vida está relacionada a um dos anseios básicos do ser humano, que é viver bem e sentir-se bem. Diferentes fatores levam a interferir nessa qualidade, entre elas os hábitos de vida como o sedentarismo, uso abusivo de álcool e cigarro, a má alimentação (MOREIRA et al., 2014).

A qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um. Um estilo de vida saudável inclui a atividade física regular, considerada um componente importante. São incluídos ainda bons hábitos alimentares, sono adequado, controle de peso e baixo consumo de álcool e de tabaco (SHARKEY, 2011).

A qualidade de vida é influenciada pelo estilo de vida de cada um e um estilo de vida saudável inclui a realização de atividades físicas regulares, que é de fundamental importância para uma vida ativa ao longo do processo de envelhecimento humano (VIDMAR et al., 2011).

A atividade física é considerada forma de lazer e de reparar a saúde dos efeitos danosos que o dia a dia estressante do trabalho e do estudo traz. O exercício depois de superado o momento inicial é uma atividade frequentemente aprazível e que traz vários melhoramentos ao praticante, que vão desde a evolução do perfil lipídico até a evolução da auto-estima (SILVA; FERRARI, 2011).

Atualmente, com grandes comprovações epidemiológicas, mantém um resultado positivo de um estilo de vida ativo e/ou da inclusão dos indivíduos do programa de atividade física e exercício na prevenção e diminuição da consequência deletério do envelhecimento, os pesquisadores destacam cada vez mais a importância de que a atividade física é parte essencial dos programas mundiais de promoção da saúde (MATSUDO, 2016). A ausência de atividade física juntamente com dietas impróprias, obesidade, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas são categóricos na ocorrência e progressão das doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, as doenças crônico-degenerativas têm se deparado como a primeira causa de morbidade e mortalidade na população adulta, exceder a larga vantagem os demais tipos de doenças (GORDIA, 2015).

Qualidade de vida em saúde deposita sua centralidade na disposição de viver sem doenças ou de bater os problemas das condições de morbidade. Existem elementos físicos e psicológicos que intervêm na qualidade de vida, das pessoas, em ocasiões de trabalho, e que, dependendo do seu

eficiente gerenciamento, para Neri (2011), um programa de qualidade de vida que buscam, entre outras coisas aliviar, quadros de saúde por meio da prática de exercícios físicos, lidam com pessoas com condições e estilos de vida diferentes, além de distintos estágios de alvoreço para adoção de um estilo de vida tido como saudável.

O entendimento de qualidade de vida abrange, nos dias atuais, além de alimentação, a prática de exercícios físicos, também tem que ter o cuidado com o momento em que estamos adormecidos (DUARTE, 2014).

O sono é uma precisão biológica e fundamental nos seres humanos, a ausência de sono, devido ao estado de saúde incerta, bem como aquelas, originários de estilos de vida, é endêmica na sociedade moderna e atual, ocorrendo com milhões de pessoas diariamente (JUNQUEIRA, 2014).

Pessoas que não dormem bem, tanto em termos quantitativos como qualitativos, demonstram com frequência resposta mais vagarosa aos estímulos externos e níveis alterados de dificuldade de concentração, e também pode danificar seriamente a capacidade do trabalhador para desempenhar uma série de atividades, dentre elas, a capacidades de dirigir, executar as atividades do trabalho, e do dia a dia, de modo mais seguro (RIOS et al., 2014).

Mudanças no estilo de vida, incluindo nos níveis de atividade física e na dieta, podem contribuir para o processo de prevenção de doenças e de problemas funcionais que se manifestam com a idade (BOUCHARD et al., 1993; SHEPHARD, 2013).

É importante observar também que os estudos realizados por Costa et al. (2012) sobre qualidade de vida, associam-na a valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade, inserção social, realização pessoal e felicidade compõem sua concepção.

Entende-se recentemente que a maioria dos alimentos são produzidos e transformados com emprego das técnicas modernas as quais acabam alterando e intervindo no valor nutricional dos mesmos. Desta forma, a saúde das pessoas no mundo moderno pode estar afetada, pois elas deixam influenciar pelos “aspectos” dos alimentos, pelo sabor apurado e também pela indução da propaganda de massa (FRIZON, 2015).

Para Frizon (2015), nota-se que o costume alimentar faz parte da cultura, ou seja, agrega o indivíduo ao seu grupo. Se por acaso esse indivíduo tiver que modificar bruscamente esses costumes, sérias dificuldades ocorrerão tanto organicamente como psicologicamente.

O esclarecimento das questões relacionadas com a nutrição humana e a cultura alimentar ganham evidências nos debates acadêmicos e na própria mídia, sendo considerada extraordinário para o entendimento de aspectos da promoção da saúde, prevenção das doenças e melhoria da qualidade de vida (MENDES; VILARTA; GUTIERREZ, 2009).

O consumo abusivo de álcool pode acender diretamente e indiretamente custo alto ao sistema de saúde, pois as morbidades são desencadeadas e de difícil manejo. Não se pode esquecer que a dependência amplia o risco para transtornos familiares (COSTA et al., 2012).

Ainda segundo Silva (2011), a Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que a mortalidade e as limitações funcionais ocasionadas pelo uso abusivo de álcool são mais relevantes do que aquelas causadas pelo tabagismo.

Para Castro et al. (2012), o tabagismo está coligado à alta morbimortalidade sendo culpado por quase 5 milhões de mortes ao ano e considerado pela Organização Mundial de Saúde a maior agente de morte evitável e de maior desenvolvimento. Apesar das evidências da associação do tabaco a várias patologias e sua incidência estar reduzindo em diversos países, sabe que alguns tabagistas têm bastante obstáculos para manter abstinência, levando a um desafio para os profissionais competentes que trabalham na área da saúde.

Nos últimos tempos tem observado um avanço nas pesquisas que avaliam qualidade de vida em tabagistas, pois um ponto em comum descoberto nesses estudos foi à melhor qualidade de vida dos não tabagistas quando verificada dos tabagistas no que diz respeito ao cansaço do fumo. Vários estudos analisaram a sua associação à melhora da qualidade de vida, e esse resultado foi possível de ser usado como uma forma de gerar motivação aos tabagistas para abstinência (MOREIRA et al., 2014).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hoje, no Brasil, a concepção sobre envelhecer bem, dando conta de perdas e incapacidade, é uma responsabilidade individual, serve aos propósitos do Estado, no momento em que este se encontra impossibilitado de conceder e gerir os benefícios sociais devidos aos seus aposentados. A adoção de posturas públicas conjunturais, imediatistas e carentes de visões sócio cultural e demográfica de longo prazo são igualmente facilitadas pela disseminação dessa ideologia.

A idade pode influenciar no grau de dependência, existindo a tendência de que indivíduos mais velhos apresentem maiores níveis de dependência. Identificar o grau de dependência de cada idoso é fundamental para poder intervir na prevenção de quedas e outras complicações inerentes às perdas funcionais.

REFERÊNCIAS

- BARROS, T. A. Processo do Envelhecimento. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 10, n. 32, p. 5-15. 2009. Acesso: 12/04/2017.
- BORN, F. G; BOECHAT, N. S. **A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado**. In: FREITAS, E. V; *et. al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Manual de Preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica _ Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2008.
- CAMARGO, A. A; PASINATO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.
- CENEVIVA, W. “**Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei**”. A Terceira Idade, v.15, n.30, p.7-23. 2014.
- CHRISTOFANI, L. R. **Qualidade de vida para a terceira idade**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, 2013.
- COSTA, S. L. O et al. processo de envelhecer. **Manual da Saúde do Idoso**. V. 11, n.10, p.10-11.12. 2008.
- DUARTE, G. P., FIGUEIREDO, L. R. U. A vida cotidiana e a qualidade de vida de pacientes atendidos na atenção primária de saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v.18, n.1, 2014.
- IBGE. Instituto Nacional de Geografia e Estatística. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.
- FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do Envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, F. A. X.; ROCHA, S. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 93, p. 900-909
- GOMES, A. L. “**O Benefício da prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades de avanços?**”. In: Seminário Internacional: mínimos de cidadania e benefícios a idosos e pessoas deficientes – Brasil, França e Portugal. São Paulo: FAPESP. 2009.
- NÉRI, A. L. “**As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressam no Estatuto do Idoso**”. A Terceira Idade, v.16, n.34, p.7-24. 2007.

RA, N. L. **Envelhecendo com qualidade de vida**. Programa Gerontologia. Porto Alegre, RS. 2009.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793 – 798., 2013.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A.. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2014.

SANTOS, G. de S. **Qualidade de vida de idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família do município de Guarulhos – SP**, 2010. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Guarulhos – São Paulo, 2010.

SCHNEIDER, R. H., IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n.4, 2008

SILVA, A.A.; BORGES, M.M.M. de C. Humanização da Assistência de Enfermagem em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Enfermagem Integrada** – Ipatinga: Unileste-MG-V.1-N.1-Nov./Dez. 2011.

UVO, R. T.; ZANATTA, M. de L. A. L. O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso. **A Terceira Idade**, v.16, n.33, 2009.

VIDMAR, R. et al **A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade**. A Terceira idade, v.14, n.28, p.6-29. 2008.