

ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

BIBLIOGRAPHIC STUDY ON QUALITY OF LIVING IN ELDERLY

Nathalia Silva Leite^{1*}, Paula Yuri Sugishita kanikadan²

1- Discente do curso de graduação em medicina da Faculdade das Américas (FAM), São Paulo, SP, Brasil;

2- Docente do Curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil;

* Autor correspondente: e-mail: nathaliasilvaleite@gmail.com

Recebido: 28/12/2017; Aceito: 21/06/2018.

RESUMO

O envelhecimento vem acompanhado de alterações fisiológicas (senescência) que propiciam o aumento progressivo de doenças crônicas e degenerativas. Os serviços de saúde, setores políticos e a sociedade devem se organizar visando a manutenção da funcionalidade, independência e qualidade de vida (QV) do idoso. Objetivo: Identificar aspectos socioantropológicos que interferem na qualidade de vida do idoso. O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa descritiva. O levantamento de dados foi realizado nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Pública e Biblioteca Virtual em Saúde, englobando LILACS, IBECs, MEDLINE, SCIELO e Banco de Teses da Capes. Foram considerados publicações entre 2012 e 2016, em português e/ou inglês, utilizando os descritores AGED, ANTHROPOLOGY, CAREGIVERS, QUALIDADE DE VIDA, ENVELHECIMENTO e SAÚDE DO IDOSO. Utilizou-se a análise de conteúdo, modelo adaptado de Bardin. Os dados foram discutidos a luz de estudos referenciados nos manuais do ministério referentes a pessoa idosa. Resultados: Foram levantados 33 artigos, sendo subdivididos em 7 categorias: Fatores que afetam positivamente a QV – (a) biológicos, (b) socioantropológicos; Fatores que afetam negativamente a QV – (c) biológicos, (d) socioantropológicos; (e) abordagem preventiva, (f) políticas públicas; (g) cuidador. A abordagem ao idoso deve ser multifacetária, já que a QV população pode ser afetada uma ampla gama de fatores. A alta carga de doenças e escassez de contato social foram os fatores que mais prevalente no prejuízo a qualidade de vida do idoso.

Palavras- chave: Qualidade de vida, envelhecimento e saúde do idoso.

ABSTRACT

Aging is accompanied by physiological changes (senescence) that promote the progressive increase of chronic and degenerative diseases. Health services, political sectors and society must organize themselves in order to maintain the functionality, independence and quality of life (QoL) of the elderly. Objective: To identify socio-anthropological aspects that interfere in the quality of life of the elderly. The present study is a bibliographical, qualitative descriptive research. The data collection was carried out in the databases of the Virtual Library in Public Health and Virtual Health Library, including LILACS, IBECs, MEDLINE, SCIELO and Banco de Teses da Capes. Publications were considered between 2012 and 2016, in Portuguese and / or English, using the descriptors AGED, ANTHROPOLOGY, CAREGIVERS, QUALITY OF LIFE, AGING AND HEALTH OF IDOSO. The content analysis, adapted model of Bardin, was used. The data were discussed in light of studies

referenced in ministry manuals concerning the elderly. Results: 33 articles were collected and subdivided into 7 categories: Factors that positively affect QoL - (a) biological, (b) socioanthropology; Factors that negatively affect QoL - (c) biological, (d) socio-anthropological; (E) preventive approach, (f) public policies; (G) caregiver. The approach to the elderly should be multifaceted, since the QoL population may be affected by a wide range of factors. The high burden of illness and lack of social contact were the factors that most prevalent in the impairment of the quality of life of the elderly.

Key Words: Quality of life, aging and health of the elderly.

1. INTRODUÇÃO

A sociedade atual está em intensa fase de transição demográfica. Em 2050, 21% da população mundial estará acima dos 60 anos, comparando com os 12% que foi em 2013. No âmbito mundial, entre 2005 e 2010, a expectativa de vida ao nascer alcançou 69 anos de idade, cerca de 22 anos a mais que a marca atingida em 1955 [1].

No Brasil, uma pessoa com 80 anos possui ainda mais 8,6 anos de expectativa, período maior que em 1980, onde era de 6,1 anos [1]. Em 2011 o Brasil contava com 23,5 milhões de longevos, representando 12,1% da população nacional [2].

Acompanhando o envelhecimento surgem novas problemáticas políticas, sociais, públicas e de saúde. O envelhecimento vem acompanhado de alterações fisiológicas (senescentes) que propiciam o aumento progressivo de doenças crônicas e degenerativas. Essa epidemiologia está altamente relacionada a progressiva incapacidade física e/ou mental que favorece o envelhecimento dependente e consequente redução da qualidade de vida [3].

Qualidade de vida pode ser definida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida em relação ao contexto e sistemas de valores nos quais se insere bem como seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se, portanto, de um conceito de classificação, afetado pela saúde física, estado psicológico, relações sociais, nível de independência/dependência e pelas suas relações com seu meio ambiente e sociedade [4].

A qualidade de vida do idoso é diretamente influenciada por um contexto multifatorial de abordagem a esse indivíduo. A saúde física e mental, capacidade social, nível de funcionalidade, satisfação de vida, existência de um sentido para viver, segurança financeira, sentimento de utilidade, bom humor, realizações pessoais, aparência física, produtividade, espiritualidade e sexualidade são apenas alguns aspectos que influenciam intensamente a qualidade de vida do idoso [1].

Assim são necessárias políticas públicas com foco no envelhecimento saudável e ativo, que permita uma promoção de qualidade de vida à atual e futura população idosa, evitando o início do declínio físico e cognitivo, assim como retardo do surgimento de patologias crônicas. Essas políticas

devem estar diretamente relacionadas com áreas de convivência e lazer; ambientes físicos adequados para os idosos, sem buracos ou escadas inadequadas; transporte público eficiente e com proteção ao idoso; assim como a descentralização dos equipamentos sociais e de saúde [5].

Frente a essa transição demográfica, os serviços de saúde, setores políticos e a própria sociedade deve se organizar visando a manutenção da funcionalidade e independência do idoso, de modo a garantir uma longevidade rica em bem-estar, satisfação e qualidade de vida.

Este trabalho tem como objetivo categorizar e analisar, através da revisão bibliográfica, estudos socioantropológicos e biológicos relacionados a qualidade de vida do idoso.

2. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa científica, de ordem bibliográfica, do tipo qualitativa descritiva. Através dos descritores aged, anthropology, caregivers, qualidade de vida, envelhecimento e saúde do idoso, foi realizado levantamento nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BVSP); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), englobando as fontes de informação da LILACS, IBECs, MEDLINE, SCIELO e Banco de Teses da Capes. Foram considerados publicações do período de 2012 e 2016, nos idiomas português e/ou inglês. Os materiais levantados foram lidos e selecionados de acordo com a relevância para essa discussão. Utilizou-se a análise de conteúdo, modelo adaptado de Bardin [6], composto de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, interpretação e categorização. Os dados foram discutidos a luz de estudos referenciados nos manuais do ministério referentes a pessoa idosa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando categorizar e analisar os aspectos socioantropológicos que interferem positiva ou negativamente na qualidade de vida do idoso, este trabalho levantou 33 artigos científicos que abordam o tema. Após uma leitura minuciosa, levando em consideração do método de Bardin [6], foram levantadas 7 categorias abordadas nessa literatura.

Inserido em cada uma dessas categorias há amplos aspectos que interferem na vida do idoso. Expondo assim que esses pacientes são multifatoriais, ou seja, que possuem muitos aspectos físicos, sociais, psicológicos, entre outros, que precisam ser abordados dentro de uma assistência holística e integral ao idoso.

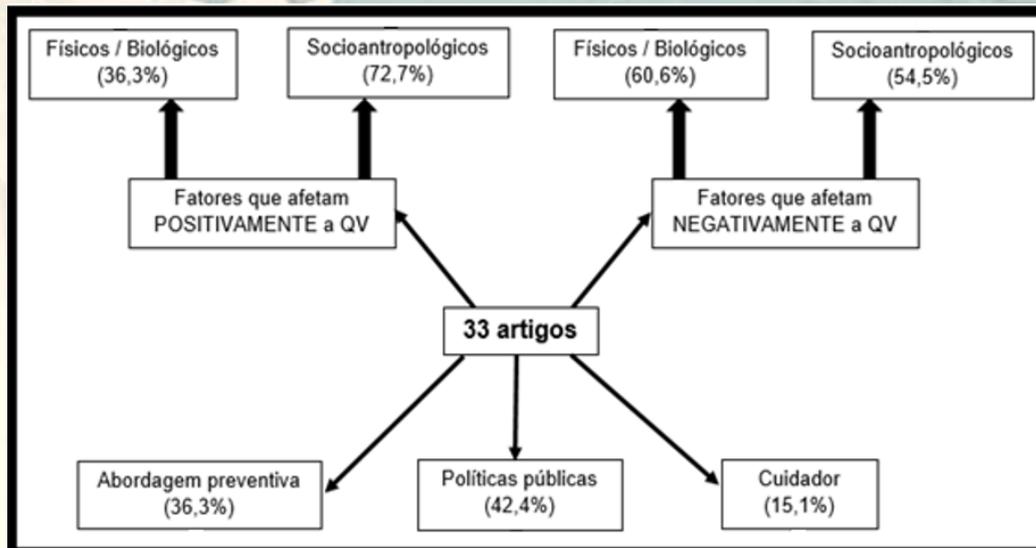


Figura 1. Fluxograma de categorias levantadas no estudo

3.1.FATORES BIOLÓGICOS QUE AFETAM NEGATIVAMENTE O IDOSO

Essa categoria foi abordada por 60,6% [4,7-27] (22 dos 33 artigos do universo). Essa alta prevalência de abordagem expõe que a condição física do idoso é responsável por uma grande variabilidade em sua qualidade de vida. Dentre os itens identificados estão: Alta carga de doenças [7,10-12,16,19,21,22,24-27] abordado por 54,5%; Alterações físicas do envelhecimento [4,7,11,12,16,18,20,22,27] - 40,9%; Depressão e descontentamento com a vida [4,7,12,21-23,25,27] - 36,3%; Baixo nível de atividade física [7,22,25,27] - 18,1%; Baixa acuidade visual [7,13,14] - 13,6%; Ausência de sexualidade [8,9,24] - 13,6%; Alterações cognitivas [4,7] - 9%; Tabagismo [7,24] - 9%; Sedentarismo [17] - 4,5%; Alta carga medicamentosa (polifarmácia) [4] - 4,5%, Violência física [23] - 4,5%; Dor [4] - 4,5%; Idade avançada [11] - 4,5%; Incontinência [11] - 4,5%; Etilismo [24] - 4,5%; Má alimentação [24] - 4,5%; Quedas [14] - 4,5%.

A queda é uma das condições que afetam intensamente a qualidade de vida do idoso, no presente estudo esse quesito apareceu pobremente na amostra, provavelmente por não ser o foco da pesquisa. Contudo, a queda é um evento multifatorial que afeta a vida do idoso a partir do momento em que ocorre o primeiro evento. Uma vez que o idoso caiu, ele pode apresentar medo de cair novamente, isso desencadeia depressão, menor autonomia, maior dependência e cuidados familiares. A queda por ser uma condição multifatorial, assim como a maior parte dos aspectos da saúde do idoso, é causada por diversos fatores, alguns expostos neste estudo [28].

A polifarmácia, condição definida como o uso de cinco ou mais medicamentos [29], é um fator predisponente à queda, já que permite efeitos sinérgicos entre os medicamentos, podendo

desencadear desequilíbrios e quedas por visão turva, hipotensão, desequilíbrio ou mal-estar generalizado.

O etilismo [24], também pode ser um fator predisponente a queda e conseqüentemente afetar a qualidade de vida do idoso. No consumo de álcool, o idoso interfere de várias maneiras na nutrição adequada do idoso, competindo com os nutrientes desde sua ingestão até sua absorção e utilização [30]. O etilismo pode desencadear alterações nutricionais, como a anemia ferropriva [28], que leva a complicações no transporte de oxigênio, promovendo fraqueza, desequilíbrios e desmaios, situações presentes nas quedas dos idosos. O próprio alcoolismo pode estar associado a situações de incontinência vesical.

Quando a qualidade de vida é comparada a capacidade de continência do idoso, tanto vesical como intestinal, a presença de eventos de incontinência é altamente prejudicial ao bem-estar do idoso. Pacientes incontinentes, em decorrência da perda involuntária de excretas, acabam ficando predispostos a infecções do trato urinário e genital, provocando maceração e ruptura da pele, facilita a formação de úlceras por pressão, afeta a qualidade de sono e predispõe a ocorrência de quedas [31]. A perda involuntária pode levar a redução da autoestima do idoso, tanto em decorrência de sua higiene, como por um sentimento de incapacidade, já que o controle esfínteriano se torna cada vez mais difícil. Essa morbidade faz com que o idoso evite festas, encontros de família, pode leva-lo a impedir visitas em seu próprio domicílio [11]. Essa situação de constrangimento acaba evoluindo para um intenso isolamento social, que estimula a dependência, depressão e imobilidade.

O hábito de fumar está particularmente associado em usuários de bebidas alcoólicas e a longos hábitos de vida, predispondo o indivíduo a importantes alterações na capacidade visual e cognitiva, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social [30]. O tabagismo relaciona-se também diretamente a qualidade de vida, já que seu consumo predispõe a comorbidades, que acompanhado da senescência, leva o idoso a uma alta carga de doenças [24]. Essa alta carga de doenças, que pode vir ou não acompanhado de dor, leva novamente o idoso a uma retração social, isolamento domiciliar, polifarmácia. Essas situações juntas encaminham o idoso para um sedentarismo maior e baixa atividade física, tanto relacionado a exercícios especializados como em relação as AVDs (Atividades de Vida Diária). Sendo assim, o idoso sente-se mais incapaz, desenvolvendo quadros de depressão e falta de sentido na vida.

Todos esses fatores físicos associados são parâmetros basais para uma mensuração da qualidade de vida, na percepção do idoso. Uma maneira de quantificar tal realidade é através do questionamento de como o idoso percebe sua saúde. Quanto pior o idoso identificar seu equilíbrio e bem-estar geral, menor será a qualidade de vida e a capacidade funcional.

3.2. FATORES SOCIOANTROPOLÓGICOS QUE AFETAM NEGATIVAMENTE O IDOSO

Essa categoria foi abordada por 54,5% [4,7-9,11,12,14,16,19,20,22,25,32-37] (18 dos 33 artigos do universo). Esta também foi uma categoria amplamente abordada, exposto que a saúde do idoso não é apenas uma definição física e patológica, deve envolver a abordagem social e antropológica, observando a sociedade na qual o idoso está inserido assim como seu contexto familiar e de vida. Foram 17 subcategorias levantadas nesse item, sendo que: Escassez de contato social foi a subcategoria mais abordada, com 66,6% [2,4,7,9,11,20,22,25,32,33,35] (12 dos 18 artigos dessa amostra); Conflitos geracionais [8,9,12,19,33] – 27,7%; Papel social da mulher idosa [4,9,11,12,25] – 27,7%; Luto [9,11,20,22,25] – 27,7%; Auto percepção de saúde negativa [14,22,35,37] – 22,2%; Ambiente insalubre das cidades e domicílios [4,7,37] – 16,6%; Baixa condição econômica [7,12,20] – 16,6%; Isolamento domiciliar [11,20,33] – 16,6%; Cuidados familiares excessivos [16,19,20] – 11,1%; preconceito profissional frente ao paradigma do envelhecimento [8,9] – 11,1%; residir com netos/filhos, quando ainda há capacidade funcional [8,12] – 11,1%; Conflitos familiares [19,33] – 11,1%; Profissionais despreparados [34,36] – 11,1%; Abordagem preventiva ineficaz ou deficiente [11,22] – 11,1%; Síndrome do ninho vazio [12] – 5,5%; Religiosidade como contexto punitivo [9] – 5,5%; Falta de privacidade do casal [8] – 5,5%;

A violência física ao idoso também é um tema específico que está relacionado a qualidade de vida do longo. Contudo, apesar da lesão física ter sido abordada na amostra e relacionada em fatores físicos que afetam a qualidade de vida, cabe ressaltar que a violência ocorre por um conjunto de fatores socioantropológicos [2].

Em 2011, foi levantado, a partir de notificações, que dos casos de violência registrados contra o idoso, 68,7% foram casos de negligência; 59,3% violência psicológica; 40,1% patrimonial; 34,0% física; 1,1% sexual e 0,8% discriminação [2]. Esses dados expõem situações sociais prejudiciais ao idoso que estão interligadas na redução da qualidade de vida.

A falta de condições econômicas dos familiares, pode desencadear uma violência patrimonial ao idoso, que se vê restrito a um ambiente em que a aposentadoria é totalmente destinada aos filhos e netos. Um segundo lado desse evento é a falta de condições econômicas do idoso, que pode ser acompanhado a redução da capacidade física e cognitiva, que leva o longo a residir com os filhos e netos, já que não tem condições de se sustentar sozinho, assim como suprir uma morada única.

Residir como netos e filhos [8,12] pode levar o idoso a sofrer não só violência física e psicológica, como pode desencadear conflitos geracionais. Residir com a família não é de todo negativo, esse convívio pode auxiliar o longo em seus cuidados físicos e pessoais, contudo quando ainda há autonomia e independência, conviver com os familiares pode estimular um declínio funcional importante e relevante. A presença do idoso, pode desencadear conflitos familiares, como

no caso de os netos terem que ceder um quarto ao avô ou conflitos relacionais na gestão da família, onde o idoso é o mais velho, contudo não é o provedor de renda.

Acompanhado a esta realidade de residir com os familiares, as idosas podem sofrer com o contexto social preexistente, de que a mulher idosa deve ser frágil, submissa, dependente e emotiva. Esse preconceito familiar e social pode acabar colocando a idosa em um patamar que após o luto ela deva obrigatoriamente sofrer e se afundar, ou se ainda casada, deve estar submissa as vontades do marido e dos filhos homens. Esse papel social também é o responsável por sobrecarregar a idosa com afazeres domésticos quando reside com filhos e/ou netos, onde atua como uma funcionária que deve trocar os serviços da casa pela moradia [4,9,11,12,25].

Uma outra gama de abordagens que afetam a qualidade de vida do idoso está relacionado à sexualidade, um tema que ainda é tabu tanto para os próprios idosos, profissionais e familiares. Essa subcategoria apareceu somente em 13,6% [8,9,24] da amostra, demonstrando que não é um tema abordado ou estudado, muito menos questionado em atendimento preventivo. Residir com familiares, quando casal, pode levar a uma falta de privacidade [8], interferindo na sexualidade. Com o envelhecimento, as mulheres apresentam desconforto a penetração vaginal, em consequência ao hipoestrogenismo, há hipertrofia dos tecidos vaginal, há redução da lubrificação natural da mucosa vaginal e redução da libido. As mulheres relatam a ausência de parceiro (viuvez), preconceitos sociais e diminuição do desejo sexual. O padrão sexual masculino esteve relacionado à disfunção sexual. Em decorrência dessas alterações biológicas, os idosos deveriam sentir-se a vontade a buscar atendimento médico e multiprofissional quanto a sexualidade, contudo, é relatado que há preconceito por parte dos profissionais frente a esse paradigma, assim como há profissionais despreparados, que não compreendem as reais necessidades do idoso e o processo de envelhecimento [8,9,24].

A sociedade criou padrões de comportamento que limitam a sexualidade humana apenas ao contexto dos jovens [8], não sendo reforçado na velhice. A educação repressora que as idosas receberam na juventude reflete na vivência da sexualidade na fase da velhice, a mulher adota papel social de cuidadora e que o sexo é apenas para a procriação [38]. A sociedade valoriza intensamente o jovem e belo, tornando a idosa vaidosa uma pessoa rotulada como “ridícula e velha assanhada”. Essa repressão social e dos profissionais levam as idosas viúvas a não procurarem novos parceiros, assim como aos casais reduzirem a atividade sexual, considerando-o como algo inadequado a idade. A sexualidade do idoso deve ser compreendida partindo do princípio de que ela se compõe da totalidade deste indivíduo, devendo ser considerado o seu sentido holístico. Sendo, portanto, não somente fator biológico, como também biopsicossociocultural [38].

A espiritualidade do idoso pode estar presente no sentido positivo ou negativo dentro do contexto de qualidade de vida. Entretanto a religiosidade como contexto punitivo, proibitivo e redutor

de possibilidades pode levar o idoso a se isolar mais no domicílio ou até mesmo se isolar dentro da realidade religiosa, trocando o contexto social e familiar pela prática religiosa excessiva.

O ambiente físico das cidades, ruas e bairros pode claramente prejudicar a qualidade de vida. Residir em uma região altamente esburacada, rica em crateras, com lixo ou até mesmo animais soltos, pode levar o idoso a cair mais facilmente [4,7,37]. Isso insere o idoso no ciclo da queda, onde haverá medo de cair novamente, isolamento social e maior dependência. Pode haver ainda consequências diretas da queda como fratura, escoriações e lesões neurológicas.

Todos esses fatores mencionados, juntos ou isoladamente, podem e afetam a capacidade social do idoso. O isolamento social ou escassez de contato social, foi abordado por 66,6% [7,9,11,12,20,22,25,27,32,33,35] da amostra, o que mostra que é de suma relevância na qualidade de vida do idoso. Uma rede social ineficiente, somada a dificuldades financeiras ou alta carga de doenças, pode acarretar em uma situação de vida estressante, sem sentido ou alegrias, contribuindo para o sofrimento psicológico do idoso, com possíveis quadros depressivos. As principais redes de integração social são compostas por familiares, amigos e vizinhos, assim como pessoas da comunidade, adquiridas em grupos religiosos, grupos de convivência e clubes. Essa rede é responsável pela integração social do idoso e ser capaz de fornecer uma base de apoio ampla [12].

3.3. FATORES FÍSICOS QUE AFETAM POSITIVAMENTE O IDOSO

Essa categoria foi abordada por 36,3% [4,7,10,13-17,21,22,24,27,35,39] (14 dos 33 artigos do universo). Está inserido nessa categoria 7 subitens que são: Envelhecimento ativo [4,7,15-17,22,27,35,39], abordado por 64,2%; Manutenção da autonomia do idoso [10,15,16,20-22,27,35,39] – 64,2%; Adequada funcionalidade mental [7,13,16,22,27,35] – 42,8%; Satisfação de vida/ sentido de vida [7,21,22,24,27,35] – 42,8%; Atividade física [4,16,17,22,27,35] - 42,8% – Manutenção da capacidade funcional [14-17,27,35] – 42,8%; Aparência física [7] – 7,1%.

Envelhecer bem, está relacionado com a manutenção da autonomia, diretamente associado a manutenção da capacidade funcional e cognitiva. Envelhecer bem depende da quantidade de doenças que o idoso tem, assim como o cuidado e controle que ele possui. Uma velhice bem-sucedida está relacionada, em linhas gerais, ao equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo em seu envelhecimento [27]. Quanto mais bem-sucedido esse processo de envelhecimento maior será a auto estima do idoso, melhor será sua aparência física e seu cuidado com o corpo, assim a vida terá mais sentido, o idoso buscará sair mais de casa, conviver melhor com as pessoas da comunidade, participar de mais atividade, promovendo um maior vínculo social.

Nesse contexto de envelhecimento bem-sucedido, o planejamento inicia ainda na adolescência e infância, devendo ser mantido durante toda a vida do indivíduo. Desde cedo a prática de atividade física permite um incremento de força e massa muscular, que na longevidade, permitirá uma maior autonomia e desempenho físico [5,32,34,35].

3.4. FATORES SOCIOANTROPOLÓGICOS QUE AFETAM POSITIVAMENTE O IDOSO

Essa categoria foi abordada por 72,7% [4,7-10,13-17,19,20-22,24-27,32,34,35, 37,40,41] (24 dos 33 artigos do universo). Dentro do contexto socioantropológico existem 11 subcategorias que expõem a relevância dessa abordagem na saúde e qualidade de vida do idoso. São as subcategorias: Aumento do vínculo social [8,10,13-17,21,22,24,26,27,32,35,40,41] –66,6%; Espiritualidade [4,7,13,14,16,25-27,35,37] - 41,5%; Atividades educativas (escolaridade) [15,16,20,22,26,34,41] – 29,1%; Segurança financeira [7,16,20,32,37] –20,8%; Busca de sentido na vida [13,21,22,26,35] – 20,8%; Presença da família no cuidado [19,21,26,40] – 16,6%; Atividades Culturais [16,22,35,41] - 16,6%; Ações de inclusão social [21,22,35]– 12,5%; Mudança no paradigma da sexualidade do idoso [9,24] – 8,3%; Sentimento de utilidade [25] – 4,1%.

De um modo amplo, o que beneficia a qualidade do idoso é reduzir os efeitos dos eventos que prejudicam. Sendo assim, deve-se levar em consideração que na abordagem ao idoso tudo deve ter um equilíbrio, um contexto multiprofissional e multissetorial, assim como sempre considerar a avaliação do próprio idoso no contexto que ele vive.

O aumento do vínculo social está relacionado a participação de grupos comunitários, de ações religiosas e de atividade que permitam um sentido para a vida e que façam o idoso se sentir útil, como o trabalho voluntário em alguma instituição. Vale ressaltar que dentre as inúmeras possibilidades que o idoso tem para se sentir participante de um grupo, ele deve frequentar o que se sentir mais confortável, e não aquele exigido pelo filho ou pelo neto. A participação em grupos de convivência deve ter como resultado um local de lazer, descanso, onde o idoso possa se abrir, expor seus medos e temores, contar suas angústias, compartilhar felicidade [25,27].

O trabalho voluntário é um ambiente que ameniza os sentimentos negativos advindos da aposentadoria e/ou solidão, contribuindo para a melhoria dos escores de qualidade de vida. Outras variáveis estão relacionadas com a boa qualidade de vida na velhice, como a escolaridade, apoio familiar, saúde, papel social, sentimento de utilidade e lazer [25].

3.5. ABORDAGEM PREVENTIVA

Essa categoria foi abordada por 36,3% [7,14-17,19,20,22,24,27,35,36,39] (13 dos 33 artigos do universo). Dentre as subcategorias desse item se encontram: Envelhecimento ativo [14,16,17,20,27,35], citado por 46 % dos artigos dessa categoria; Prática de exercício físico regularmente [14,16,17,21,35,39] – 46%; Promover convívio cultural [16,17,22,35,39] – 38,4%; Ações educativas [16,22,35,41] – 30,7%; Grupos de convivência [16,22,35,41] – 30,7%; Envelhecimento saudável [14,16,35] – 23%; Avaliação do Apgar Familiar [19,36] - 15,3%; Avaliação da capacidade funcional [20] - 7,6%; Fisioterapia [14] - 7,6%; Avaliação de risco, através do teste *Health Risk Appraisal* [7] – 7,6%.

As ações preventivas têm como objetivo promover um processo de envelhecimento ativo, com uma transição gradual entre adultos e idoso. Busca ainda fazer com que o indivíduo compreenda as mudanças senis que o corpo está sofrendo e aceite essas alterações como algo natural. A prevenção deve focar tanto o jovem e o adulto, que estão ainda longe dos 60 anos de idade e os idosos que já estão sentindo os efeitos da senescência. Em ambos os grupos a boa alimentação e a prática de exercício físico deve ser estimulada, para que assim, os jovens tornem-se idosos saudáveis e com a menor carga possível de doenças e para que os idosos se mantenham ativos, autônomos e independentes.

A abordagem ao idoso deve ser focada em um contexto holístico, ou seja, multifatorial, onde seja analisado o idoso através de suas características biológicas, sociais familiares, físicas, emocionais, entre outras. Para o idoso deve ser realizada uma Avaliação Geriátrica Ampla, ou seja, uma anamnese global, que aborde todos os aspectos mais prevalentes do idoso, assim as alterações serão identificadas precocemente, antes de se tornarem um problema sem volta ou de difícil melhora.

A fisioterapia, assim como o exercício físico, terá um contexto de manutenção da capacidade funcional dos idosos, associando-o com o envelhecimento saudável, sendo uma das ações mais efetivas contra as complicações físicas mentais e sociais [14].

Em um estudo [7] realizado em Portugal, os profissionais da saúde utilizaram o teste *health risk appraisal* (avaliação de risco) como instrumento para abordar e promover a saúde e prevenir a doença na população idosa. Consiste num questionário, realizado via carta endereçada, de autopreenchimento, que engloba informação sobre o estado de saúde, a funcionalidade, os estilos de vida e hábitos, os cuidados preventivos recebidos e diversos fatores que avaliam globalmente o idoso. Essas respostas foram introduzidas em um sistema computadorizado que realizava orientações personalizadas a cada idoso, as quais eram encaminhadas ao paciente e a equipe do médico de família. Essa realidade não é existente no Brasil, mas podemos ressaltar que a ação do ACS (Agente Comunitário de Saúde) facilita e permite a identificação precoce de alguma alteração do idoso [1].

Em casos mais urgentes, como quedas ou paciente acamado, o ACS repassa o caso para a equipe de saúde da família, que irá promover uma visita médica ou de enfermagem ao idoso. Desse modo, haverá uma consulta especializada ao longevo, permitindo a prescrição de cuidados específicos e uma abordagem mais personalizada de holística.

3.6. POLÍTICAS PÚBLICAS

Essa categoria foi abordada por 42,4% [5,4,16,20,21,23,24,32,34,35-37,39,41] (14 dos 33 artigos do universo). São 11 subcategorias nesse item, sendo elas: Melhoria das barreiras físicas [4,5,29,32,37] - 35,7%; Oportunidades econômicas [4,5,20,32,34] - 35,7%; Promover ambiente saudável aos adultos e jovens [5,32,34,35] - 28,5%; Apoio ao cuidador [21,23,34] - 28,5%; Maior acesso a saúde [20,21,36] - 21,4%; Promoção de locais públicos amigáveis [5,32] - 14,2%; Busca ativa para a saúde do homem [24,39] - 14,2%; Abordagem multissetorial ao idoso [36,41] - 14,2%; Maior segurança [16] - 7,1%; Permitir ao idoso maior controle de suas decisões [16] - 7,1%; Serviços de saúde mais próximos ao domicílio [24] - 7,1%.

É necessário investir em espaços públicos, não apenas na criação deles, mas na manutenção. Para os idosos, o ambiente físico pode tornar-se uma grande armadilha a qualidade de vida, já que pisos soltos, lixo, escadas sem corrimão entre outros pode promover a queda e conseqüente isolamento social do ido. Assim as políticas públicas devem visar também a organização física dos bairros e equipamentos, ruas com grandes desníveis e crateras devem ser corrigidas. Assim como cabe a população também participar desse contexto de melhoria física, através da conversa ativa com a representação de bairro e nas reuniões de conselho gestor [4,5,24,32,37].

Em relação as condições econômicas, idoso com uma aposentadoria adequada, consegue contemplar mais aspectos de lazer, sociabilidade, alimentação adequada, equipamentos para adequação física. Assim como para aqueles com condições financeiras, retarda-se a mudança para a casa dos filhos e netos, permitindo autonomia e independência por mais tempo.

Além das condições físicas e ambientais, as políticas públicas devem visar amplamente a manutenção das capacidades cognitivas. Isso se dá através do estímulo a leitura e a educação, assim como estímulo a atividades culturais. A participação em grupos de convivência proporciona esse estímulo cultural, assim como as políticas públicas de gratuidade no ingresso a equipamentos de lazer e transporte gratuito que os idosos possuem. Isso permite que eles possam manter uma funcionalidade adequada, já que se locomovem até os equipamentos e uma manutenção social viável, pois após cada evento cultural que comparecer, o idoso desejará conversar e expor o que viu ou sentiu ao participar [5,32,36,41].

Políticas como a universidade para a terceira idade são instrumentos ricos para a manutenção cognitiva e busca de sentido de vida para os idosos. Já que mesmo longevos sentem-se capazes de aprender e de aprimorar seus conhecimentos de vida.

A ações de política pública devem visar melhoria no sistema de saúde especificamente, promovendo a descentralização ao atendimento do idoso. Com a descentralização, torna-se mais fácil que o idoso vá as consultas e exames [24]. Contudo, essa descentralização deve contar com profissionais qualificados a atender as especificidades do idoso. Não há a necessidade de geriatras em todas as unidades básicas, porém, os médicos de família devem ter um apoio matricial do geriatra, assim como toda a equipe de saúde da família, promovendo um atendimento multiprofissional e interdisciplinar ao paciente longo.

Dentro do contexto das políticas públicas de saúde, deve haver maior incentivo ao idoso, sexo masculino, seguir no atendimento à saúde [24,39]. Ainda hoje a saúde do homem é um tema que necessita de mais abordagem, buscando os homens para a Unidade de Saúde. Campanhas como o novembro azul devem ser promovidas e incentivadas mais vezes ao ano e a abordagem a saúde do homem ser tão prevalente como a saúde da mulher a todos os profissionais.

3.7. CUIDADORES

Essa categoria foi abordada por 15,1% [21,23,33,40,42] (5 dos 33 artigos do universo). Dentre as subcategorias desse item estão: Sobrecarga do cuidador [21,23,33,40,42] - 100%; Saúde do cuidador [21,23,40,42] - 80%; Conflitos familiares no cuidado [21,23,33,42] – 80%; Cuidador leigo [23,40] - 40%, Alta carga feminina no cuidado [40,42] – 40%; Alta carga financeira do cuidador [21,42] - 40%; Etilismo do cuidador [23,42] – 40%; Alta dependência do idoso [23,42] – 40%; Idade avançada do cuidador [40] – 20%.

Apesar de tratar-se de um estudo de qualidade de vida em idoso, onde um dos descritores está relacionado a cuidadores, essa categoria foi minimamente abordada. Contudo todos os 5 artigos [21,23,33,40,42] dessa categoria expõem a sobrecarga do cuidador como um fator que afeta a qualidade de vida do idoso.

Muitos fatores estão associados a essa realidade, o cuidador tende a ser leigo no cuidado ao idoso e culturalmente é um familiar do sexo feminino ou o conjugue. Quando o cuidador é o conjugue, a dificuldade está relacionada com a idade avançada e sua própria condição de saúde.

O cuidador acaba por focar sua atenção apenas no cuidado ao idoso dependente, esquecendo de sua própria saúde, bem-estar e lazer, levando a uma intensa carga de estresse, podendo progredir para quadros depressivos ou de etilismo [21,23,40,42].

Quanto maior a dependência do idoso, pior será a qualidade de vida do cuidador. Há uma tendência social do cuidado ficar sob a responsabilidade de uma familiar, mulher, solteira ou divorciada. Essa cuidadora acaba anulando carreira profissional e desejos de vida para se empenhar nos cuidados ao idoso. Essa condição leva a quadros de baixa autoestima, sobrecarga e consequentes conflitos familiares.

Uma das políticas públicas que necessita ser adequada e priorizada é a de apoio ao cuidador, de modo a adequar o contexto familiar as necessidades da realidade do cuidador. Esse profissional ou familiar, necessita de folga, qualidade de vida e lazer, para que estando bem, seja capaz de promover um cuidado satisfatório ao idoso e consequente melhoria da qualidade de vida.

4. CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade atual no contexto mundial e brasileiro. A abordagem ao idoso deve ser multifacetária, já que a qualidade de vida dessa população pode ser afetada positiva e negativamente por uma ampla gama de fatores. A alta carga de doenças e escassez de contato social foram os fatores que mais prevalente no prejuízo a qualidade de vida do idoso. A manutenção da autonomia do idoso e aumento do vínculo social foram os fatores mais prevalentes na melhora da qualidade de vida do idoso. Para essa adequada manutenção vale ressaltar que o cuidador, as políticas públicas e prevenção são fatores relevantes na assistência e bem-estar do idoso.

Novos estudos relacionados a sexualidade do idoso e convívio social devem ser realizados, já que esses temas são amplos e de grande relevância ao contexto do idoso. A abordagem a esse público deve ocorrer anteriormente a eventos negativos como queda e instalação de doenças, já que uma vez instalada a condição patológica haverá declínio do idoso.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1]. Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Envelhecimento ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade**. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

- [2]. BRASIL. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Secretaria Nacional de promoção de defesa dos direitos humanos. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>>,[Acesso em 20 de nov 16].
- [3]. JACOB FILHO, W; GORZONI, M.L. **Geriatría e gerontología: o que todos devem saber**. São Paulo: Roca, 2008.
- [4]. CAMPOS, A.C.V; FERREIRA, E.F; VARGAS, A.M.D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Colet**, v.20, n.7, p. 2221-2237, 2015.
- [5]. ALVES, D.S.B; BARBOSA, M.T.S; CAFFARENA, E.R; SILVA, A.S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cad Saude Colet**, v. 24, n.1, p.63-69, 2016.
- [6]. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, 2016.
- [7]. BALSINHA, M.C; GONÇALVES-PEREIRA, M. A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades. **Rev Port Med Geral Fam**, v.30, p.196-201, 2014.
- [8]. VIEIRA, K.F.L; COUTINHO, M.P.L; SARAIVA, E.R.A. A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência. **Psicologia: Ciencia e Profissão**, v. 36, n.1, p.196-209, 2016.
- [9]. SOUZA, M; MARCON, S.S; BUENO, S.M.V; CARREIRA, L; BALDISSERA, V.D.A. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saude Soc São Paulo**, v.24, n.3, p.936-944, 2015.
- [10]. BAJOTTO, A.P; GOLDIM, J.R. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.14, n.4, p.753-61, 2011.
- [11]. MORSCH, P, PEREIRA, G.N, NAVARRO, J.H.N; TREVISAN, M.D; LOPES, D.G.C; BOS, A.J.G. Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. **Cad Saude Pública**, v.31, n.5, p. 1025-1034, 2015.
- [12]. SOUZA, A; PELEGRINI, T.S; RIBEIRO, J.H.M, PEREIRA, D.S; MENDES, M.A. Conceito de insuficiência familiar na pessoa idosa: análise crítica da literatura. **Rev Bras Enferm**. v.68, n.6, p.1176-1185, 2015.
- [13]. CHAVES, L.J; GIL, C.A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Colet**, v.20, n. 12, p.3641-3652, 2015.
- [14]. TESTON, E.F; CALDAS, P.C; MARCON, S.S. Condomínio para idosos: condições de vida e saúde de residentes nesta nova modalidade habitacional. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.18, n. 3, p.487-497, 2015.
- [15]. BATISTA, M.P.P, ALMEIDA, M.H.M, LANCMAN, S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.17, n.4, p.879-885, 2014.
- [16]. MALLMANN, D.G; GALINDO NETO, N.M; SOUZA, J.C; VASCONCELOS, E.M.R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Colet**, v.20, n.6, p.1763-1772, 2015.
- [17]. WITTER, C; BURITI, M.A; SILVA, G.B; NOGUEIRA, R.S; GAMA, E.F. Envelhecimento e dança: análise da produção científica na Biblioteca Virtual de Saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.16, n.1, p.191-199, 2013.

- [18]. LENARDTL, M.H; CARNEIRO, N.H.K; BINOTTO, M.A; WILLIG, MH; LOURENÇO, T.M; ALBINO, J. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **RevBrasEnferm**, v.69, n.3, p.478-483, 2016.
- [19]. VERA, I; LUCCHESI, R; NAKATANI, A.Y.K; PAGOTTO, V; MONTEFUSCO, S.R.A; SODOYAMA, G. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. **RevBrasEnferm**, v.68, n.1, p.68-75, 2015.
- [20]. BRITTO, K.Q.D; MENEZES, T.N; OLINDA, R.A. Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos. **Rev Bras Enferm**, v.68, n. 4, p.633-641, 2015.
- [21]. PINTO, F.N.F.R, BARHAM, E.J, DEL PRETTE, Z.A.P. Interpersonal Conflicts Among Family Caregivers of the Elderly: The Importance of Social Skill. **Paideia**, v.26, n.64, p.161-170, 2016.
- [22]. VALER, D.B; BIERHALS, C.C.B.K; AIRES, M; PASKULIN, L.M.G. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.18, n.4, p.809-819, 2015.
- [23]. LINO, V.T.S; RODRIGUES, N.C.P; CAMACHO, L.A.B; O'DWYER, G; LIMA, I.S; ANDRADE, M.K.N; ATIE, S. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saude Public**.v.32, n.6, p. e 00060115, 2016.
- [24]. PEREIRA, D.S; NOGUEIRA, J.A.D; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.18, n.4, p. 893-908, 2015.
- [25]. SOUZA, L.M; LAUTERT, L; HILLESHEIN, E.F. Qualidade de vida e trabalho voluntário em idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n.3, p. 665-671, 2011.
- [26]. ABDALA, G.A; KIMURA, M; DUARTE, Y.A.O; LEBRÃO, M.L; SANTOS, B. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Rev Saude Public**, v.49, n.55, p.1-9, 2015.
- [27]. BORGES, L.M; SEIDL, E.M.F. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. **Psico-USF**, v. 19, n3, p.421-431, 2014.
- [28]. MAIO, R; DICH, J.B; BURINI, R.C. Implicações do alcoolismo e da doença hepática crônica sobre metabolismo de micronutrientes. **Arq Gastroenterol**, v. 37, n.2, p.120-124, 2000.
- [29]. SECOLI, S.R. Polifarmácia: Interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **RevBrasEnferm**.v. 63, n.1, p. 136-140, 2010.
- [30]. SENGER, A.E.V; ELY, L.S; GANDOLFI, T; SCHNEIDER, R.H; GOMES, I; CARLI, G.A. Alcoolismo e tabagismo em idoso: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.
- [31]. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
- [32]. BARRIOS, M.J; FERNANDES, A.A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Rev port saúde publica**, v.32, n.2, p. 188-196, 2014.
- [33]. SILVA, D.M; VILELA, A.B.A; NERY, A.A. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v.20, n.7, p. 2183-2191, 2015.

- [34]. PIMENTA, B.P; PINHO, L; SILVEIRA, M.F. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.8, p.2489-2498, 2015.
- [35]. WICHMANN, F.M.A; COUTO, A.N; AREOSA, S.V.C; MONTANÉS, M.C.M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.16, n.4, p.821-832, 2013.
- [36]. SANTOS, C.T.B; ANDRADE, L.O.M; SILVA, M.J; SOUZA, M.F. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v.26, n.1, p.45-62, 2016.
- [37]. SOARES, A.D; AMORIM, M.I. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas institucionalizadas. **Rev Port Enferm Saúde Mental**, v. 2, n.46, p. 45-51, 2015.
- [38]. ALENCAR, D.L; MARQUES, A.P.O; LEAL, M.C.C. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3533-3542, 2014.
- [39]. CAVALLI, A.S; POGORZELSKI, L.V; DOMINGUES, M.R; AFONSO, M.R; RIBEIRO, J.A.B; CAVALLI, M.O. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários – Brasil e Portugal. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.17, n.2, p.255-264, 2014.
- [40]. NARDI, E.F.R; SAWADA, N.O; SANTOS, J.L.F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev Latino Am Enferm**, v. 21, n. 5, p.8 telas, 2013.
- [41]. SPERANDIO, A.M.G; FRANCISCO-FILHO, L.L; MATTOS, T.P. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p. 1931-1937, 2016.
- [42]. SOUZA, L.R; HANUS, J.S; LIBERA, L.B.D; SILVA, V.M; MANGILLI, E.M; SIMÕES, P.W; CERETA, L.B; TUON, L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad Saúde Colet**, v.23, n.2, p. 140-149, 2015.