



**FUNDAÇÃO DE ENSINO SUPERIOR DE CAJAZEIRAS – FESC
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE CAJAZEIRAS – FAFIC
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

PANMELA RAYANNE SANTOS DA COSTA

**VELHICE E ENVELHECIMENTO: Qualidade de Vida Para os Idosos Inseridos no
CRAS I de Cajazeiras-PB**

**CAJAZEIRAS-PB
2021**

PANMELA RAYANNE SANTOS DA COSTA

**VELHICE E ENVELHECIMENTO: Qualidade de Vida Para os Idosos Inseridos no
CRAS I de Cajazeiras-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Bacharelado em
Serviço Social da Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Cajazeiras-FAFIC, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Bacharelado em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ma. Fernanda Fernandes
Barbosa.

**CAJAZEIRAS-PB
2021**

PANMELA RAYANNE SANTOS DA COSTA

**VELHICE E ENVELHECIMENTO: Qualidade de Vida Para os Idosos Inseridos no
CRAS I de Cajazeiras-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Serviço Social da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras-FAFIC, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Fernanda Fernandes Barbosa (FAFIC)
Orientadora

Prof^a. Me XXXXXXXXXXXXXXXX (FAFIC)

Examinador(a) 1

Prof^a. Me XXXXXXXXXXXXXXXX (FAFIC)
Examinador(a) 2

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela minha vida e por ter me ajudado a superar todos os obstáculos percorridos no meu caminho do meu curso, sem ele eu não teria chegado até aqui.

Dedico esta monografia, aos meus pais Jocélio e minha mãe Raniele, que me deram forças a fim de continuar firme para a finalização do meu curso que também é um sonho dos meus pais ao me ver formada, a minha irmã Raynara que me ajudou nos meus momentos difíceis e ao meu esposo Italo Maciel, que sempre me mostrou os obstáculos como aprendizado e que eu nunca desistisse me fazendo companhia nas noites de estudos, aos meus avós paternos Rita Guilhermina e Manoel Antônio e também dedico em memória aos meus avós maternos Maria Marli dos Santos Lima e Daniel de Lima Carneiro que nesse momento tão especial da minha vida, estariam muito orgulhosos de mim.

Agradeço imensamente aos meus professores que fizeram parte da minha formação, principalmente a minha professora Fernanda Fernandes Barbosa, que esteve com todo carinho, paciência, e dedicação ao longo da minha jornada, também agradeço a professora Roselita Albuquerque, que é uma amiga que Deus me presenteou, ela me ajudou, aconselhou me deu forças nos momentos mais difíceis do meu curso e a minha querida professora Darlania Pinheiro, que tenho enorme admiração pela pessoa e profissional que ela é. Professora Palloma Jácome, obrigada pelos cuidados e por todo aprendizado. Agradeço também a FAFIC pela dedicação, por sempre trazer o melhor para seus alunos com um corpo docente super competente.

É com muita alegria que chego à conclusão do meu curso, Deus sabe dos momentos difíceis que tive para chegar até aqui, obrigada meu Deus por tudo.

É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários (IAMAMOTO, 2006).

RESUMO

O envelhecimento da população é um acontecimento inevitável, que acontece com todo ser humano com o passar dos anos, de acordo com seu tempo de vida. Sendo assim, pode-se dizer que envelhecer é um processo natural que o corpo humano passa, no qual acontecem modificações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. No entanto, é um grande desafio aumentar as oportunidades de políticas públicas que assegurem a qualidade de vida de pessoas idosas. Sendo assim, o objetivo desse estudo está em analisar a qualidade de vida dos idosos do CRAS I do município de Cajazeiras-PB. O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, que visa compreender, por meio de um questionário, o cenário ofertado para os idosos inseridos no CRAS I de Cajazeiras-PB. A pesquisa possibilitou concluir que para que o idoso tenha um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é necessário um cuidado específico e baseado em suas particularidades, uma vez que trará benefícios não apenas para a terceira idade, mas, inclusive qualidade e sustentabilidade ao sistema de saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde. Qualidade de Vida. CRAS.

ABSTRACT

Population aging is an inevitable event, which happens to every human being over the years, according to their lifetime. Thus, it can be said that aging is a natural process that the human body goes through, where physical, physiological, psychological and social changes take place. However, it is a great challenge to increase opportunities for public policies that ensure the quality of life of elderly people. Therefore, the objective of this study is to analyze and analyze the quality of life of the elderly at CRAS I in the municipality of Cajazeiras-PB. The present study is characterized as a field research, which aims to understand, through a questionnaire, the scenario offered to the elderly inserted in the CRAS I of Cajazeiras-PB. The present study made it possible to conclude that for the elderly to have a healthy aging and with quality of life, specific care is necessary, based on their particularities, since it will bring benefits not only for the elderly, but also quality and sustainability for the elderly. health system.

Keywords: Aging. Health. Quality of Life. CRAS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A VELHICE ENQUANTO CONSTRUÇÃO SOCIAL.....	10
2.1 A VELHICE NA REALIDADE BRASILEIRA: Aspectos Sociodemográficos e Políticas Públicas	13
2.2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA.....	18
2.3 NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE IDOSOS: A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR INFLUENTE NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO.....	27
2.3.1 Mensuração da qualidade de vida na velhice	36
2.4 CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS).....	40
3 PERCURSO METODOLÓGICO: Trajeto metodológico da pesquisa	43
4 ANÁLISE DOS DADOS	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno global que se deve principalmente ao declínio nas taxas de mortalidade e fertilidade. Frente a isso, o envelhecimento pode ser compreendido como uma fase de alterações biológicas normais, porém irreversíveis, que acontecem no decorrer da vida de todos os indivíduos. O processo de envelhecimento é complexo, pois envolve fatores genéticos, ambientais e de estilo de vida. O envelhecimento é acelerado para os que passam da idade de 65 anos, com alterações relevantes na qualidade de vida.

O acréscimo de anos à expectativa de vida traz novos desafios, visto que as dinâmicas da saúde na velhice são complexas. Com isso, a promoção da qualidade de vida é um tema central associado ao processo de envelhecimento, visto que atualmente, há um consenso cada vez maior de que devemos saber mais sobre a variação da qualidade de vida (QV) entre os diferentes grupos de idosos, incluindo idosos frágeis que recebem cuidados.

Acerca dos principais componentes da boa qualidade de vida na velhice, tem-se que os mesmos são amplamente semelhantes aos da população adulta em geral, a saber, boa saúde subjetiva física e mental, bem-estar emocional, recursos financeiros suficientes, relações sociais satisfatórias, atividade social e um bom ambiente de vida.

Nesse entendimento, a qualidade de vida é frequentemente descrita com dimensões objetivas (ambiente objetivo, competência comportamental) e subjetivas (qualidade de vida percebida, bem-estar psicológico). A maioria das pessoas idosas avalia sua qualidade de vida positivamente com base em contatos sociais, dependência, saúde, circunstâncias materiais e comparações sociais. Adaptação e resiliência podem desempenhar um papel na manutenção da boa qualidade de vida.

Embora não existam diferenças culturais na dimensão subjetiva, na dimensão objetiva tais diferenças existem, assim, dois fatores principais a serem considerados em relação à qualidade de vida na velhice são a demência e a depressão.

Ante a essa questão, o nível de satisfação acerca da qualidade de pessoas com mais idade são aspectos de grande relevância, visto que o crescimento sustentado da longevidade, levanta questões sobre porque alguns indivíduos relatam

uma boa qualidade de vida em idades mais avançadas, enquanto outros parecem sofrer mais os efeitos da deterioração natural.

Logo, a influência da idade pode ser decorrente de um efeito direto do envelhecimento e indiretamente pelo efeito do envelhecimento sobre os fatores que influenciam no bem-estar do idoso. Para tanto, o estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida dos idosos do CRAS I do município de Cajazeiras-PB.

Com base no exposto, o estudo justifica-se pelo fato que a referida temática é de grande relevância para o entendimento de como é importante o idoso envelhecer com qualidade de vida, respeito, conviver na sociedade de forma saudável, como preconizam os mecanismos de proteção social: a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso.

2 A VELHICE ENQUANTO CONSTRUÇÃO SOCIAL

O envelhecimento como processo natural da vida se deve a mudanças graduais na atividade metabólica dos órgãos e inabilidade na capacidade de regeneração das células. Em todo o mundo, a expectativa de vida média das pessoas tem aumentado. Vários fatores, incluindo hereditariedade, estilo de vida e alimentação saudável, evitar fumar, praticar atividades físicas podem afetar a longevidade da vida (FELIPE; SOUZA, 2015).

Assim, o envelhecimento, no entanto, não pode deixar de ser encarada como um processo que ocorre na vida de todo ser humano, e é nessa fase, ou seja, na velhice que as perdas físicas e afetivas são sentidas com maior intensidade e a sensibilidade pode ficar mais aflorada. De acordo Daniel, Antunes e Amaral (2015), nessa fase surgem medos, inseguranças, incertezas. É também a fase em que as doenças incidem com maior frequência e acabam levando a pessoa idosa ao médico, tendo gastos excessivos com remédios e com a manutenção da saúde, gastos que não são cobertos pela aposentadoria que é, geralmente, muito aquém do valor justo e digno para cobrir as necessidades do idoso.

Tudo isso gera muita preocupação e insegurança, pois não havendo apoio do governo, seria razoável, pelo menos, que a medicina atribuísse maior importância ao idoso, visando a prevenção de certas doenças muito comuns na velhice.

O modo de envelhecer depende de como o curso de vida de cada pessoa, grupo etário e geração é estruturado pela influência constante e interativa de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o processo de desenvolvimento e envelhecimento, de fatores genéticos e do ambiente ecológico (DANIEL; ANTUNES; AMARAL, 2015, p. 294).

Felipe e Souza (2015) afirmam que os altos níveis de depressão e angústia e baixos níveis de satisfação e bem-estar nas pessoas com muita idade geram neles baixos níveis de saúde. Afirmam também, que as dificuldades de realizar atividades rotineiras, pela incidência de problemas físicos, ocasionam deficiências nas relações sociais e na manutenção da autonomia, levando prejuízos à sua saúde emocional.

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento ocorreu bem depois que os altos padrões de vida foram adquiridos. Isso causou a diminuição das

desigualdades sociais e econômicas, ou seja, tais países primeiro ficaram ricos e depois envelheceram.

Na América ocorreu o contrário, houve um grande aumento do número de pessoas que entraram no processo de envelhecimento sem que o país tivesse adquirido um bom avanço no estágio de bens e serviços. Isso fez com que aumentassem os níveis de pobreza e as desigualdades sociais, o que deixa precário o acesso da população aos serviços públicos, principalmente para os idosos, como é o caso do acesso aos serviços de saúde, por exemplo (FELIPE; SOUZA, 2015).

Ademais, os idosos têm maior probabilidade de sofrer de múltiplos distúrbios de saúde devido à redução das funções físicas e mentais. Solidão, atividade sexual prejudicada e distúrbios metabólicos crônicos são algumas das causas que podem resultar em distúrbios emocionais. Esses problemas podem diminuir a qualidade de vida dos idosos. Com isso, na tentativa de sanar problemas como esse, a Organização Mundial de Saúde – OMS, adotou o termo “Envelhecimento Ativo”, para aperfeiçoar as oportunidades de saúde e de participação e segurança, buscando melhorar a qualidade de vida na velhice, integrando-os à sociedade e proporcionando-lhes condições básicas de saúde. Segundo Sousa *et al.*, (2018) três pilares são propostos para o Envelhecimento Ativo: participação integral em atividades socioeconômicas; saúde, buscando diminuir os fatores de risco de doenças crônicas; e por fim, segurança, que aborda as necessidades e direitos dos idosos à segurança social, física e financeira.

As pessoas costumam se perguntar se o que estão experimentando à medida que envelhecem é normal ou anormal. Embora as pessoas envelheçam de maneira um pouco diferente, algumas mudanças resultam de processos internos, ou seja, do próprio envelhecimento. Assim, tais alterações, embora indesejadas, são consideradas normais e às vezes são chamadas de puro envelhecimento. Essas mudanças ocorrem em todos que vivem o suficiente, e essa universalidade faz parte da definição de envelhecimento puro. Eles são esperados e geralmente inevitáveis (SOUZA *et al.*, 2018).

Por exemplo, à medida em que as pessoas envelhecem, a lente do olho fica mais espessa, enrijece e se torna menos capaz de focalizar objetos próximos, como materiais de leitura (um distúrbio chamado presbiopia). Essa mudança ocorre em praticamente todas as pessoas idosas. Assim, a presbiopia é considerada um envelhecimento normal.

Assim, o envelhecimento é compreendido como um processo gradual e contínuo de mudança natural que começa no início da idade adulta. Durante o início da meia-idade, muitas funções corporais começam a declinar gradualmente. As pessoas não envelhecem ou envelhecem em nenhuma idade específica (FENG, 2018).

Tradicionalmente, a idade de 65 anos é designada como o início da velhice. Mas a razão foi baseada na história, não na biologia. Muitos anos atrás, a idade de 65 anos foi escolhida como a idade de aposentadoria na Alemanha, a primeira nação a estabelecer um programa de aposentadoria, e continua a ser a idade de aposentadoria para a maioria das pessoas nas sociedades desenvolvidas, embora essa tradição esteja mudando, conforme expressa Formiga *et al.*, (2017).

Quando uma pessoa envelhece pode ser respondida de diferentes maneiras ainda segundo Formiga *et al.* (2017):

- A idade cronológica: é baseada apenas na passagem do tempo. É a idade de uma pessoa em anos. A idade cronológica tem significado limitado em termos de saúde. No entanto, a probabilidade de desenvolver um problema de saúde aumenta à medida que as pessoas envelhecem, e são os problemas de saúde, e não o envelhecimento normal, a principal causa da perda funcional durante a velhice. Como a idade cronológica ajuda a prever muitos problemas de saúde, ela tem algumas utilizações legais e financeiras
- Idade biológica: a idade biológica se refere às mudanças no corpo que comumente ocorrem com o envelhecimento. Como essas mudanças afetam algumas pessoas mais cedo do que outras, algumas pessoas são biologicamente velhas aos 65 anos, e outras não até uma década ou mais depois. No entanto, as diferenças mais perceptíveis na idade aparente entre pessoas de idade cronológica semelhante são causadas pelo estilo de vida, hábito e efeitos sutis da doença, e não por diferenças no envelhecimento real.
- Idade psicológica: a idade psicológica se baseia em como as pessoas agem e se sentem. Por exemplo, uma pessoa de 80 anos que trabalha, planeja, espera eventos futuros e participa de muitas atividades é considerada psicologicamente jovem.

A maioria das pessoas não precisa da experiência de um geriatra (um médico especializado no cuidado de pessoas idosas) até os 70, 75 ou mesmo 80 anos de idade (MOURA; VERAS, 2017). Logo, apesar do envelhecimento ser um processo biológico, o que significa ser “jovem” ou “velho” é socialmente construído. Isso significa que não há significado cultural inerente ao processo biológico de envelhecimento. Em vez disso, as culturas impregnam a juventude e a idade de

significados. O envelhecimento é percebido de forma diferenciada em todo o mundo, demonstrando sua construção social (HEIKKINEN, 2016).

Ante ao exposto, tem-se então que a construção social do envelhecimento acarreta a criação de normas e símbolos sociais que abrangem o processo de envelhecimento.

2.1 A VELHICE NA REALIDADE BRASILEIRA: Aspectos Sociodemográficos e Políticas Públicas

Ao contrário da crença geral, a principal característica demográfica de uma população em envelhecimento não é o prolongamento da expectativa de vida de seus indivíduos, mas a diminuição da fertilidade destes.

O número de pessoas com 60 anos ou mais é amplamente determinado pelo número de nascimentos 60 a 80 anos antes da data estimada, bem como a taxa de sobrevivência entre o nascimento e idade avançada. Devido ao aumento geral do número de nascimentos, nos últimos anos, e das taxas de sobrevivência na maioria dos países, o número de idosos tem aumentado rapidamente (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Neste sentido, pessoas em todo o mundo estão vivendo mais. Em 2050, a população mundial com 60 anos ou mais deve totalizar 2 bilhões, contra 900 milhões em 2015. Em 2018, 125 milhões de pessoas possuíam 80 anos ou mais. Em 2050, haverá quase esse número (120 milhões) vivendo somente na China e 434 milhões de pessoas nesta faixa etária em todo o mundo. Em 2050, 80% de todas as pessoas idosas viverão em países de renda baixa e média. Logo, o ritmo de envelhecimento da população em todo o mundo também está aumentando dramaticamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

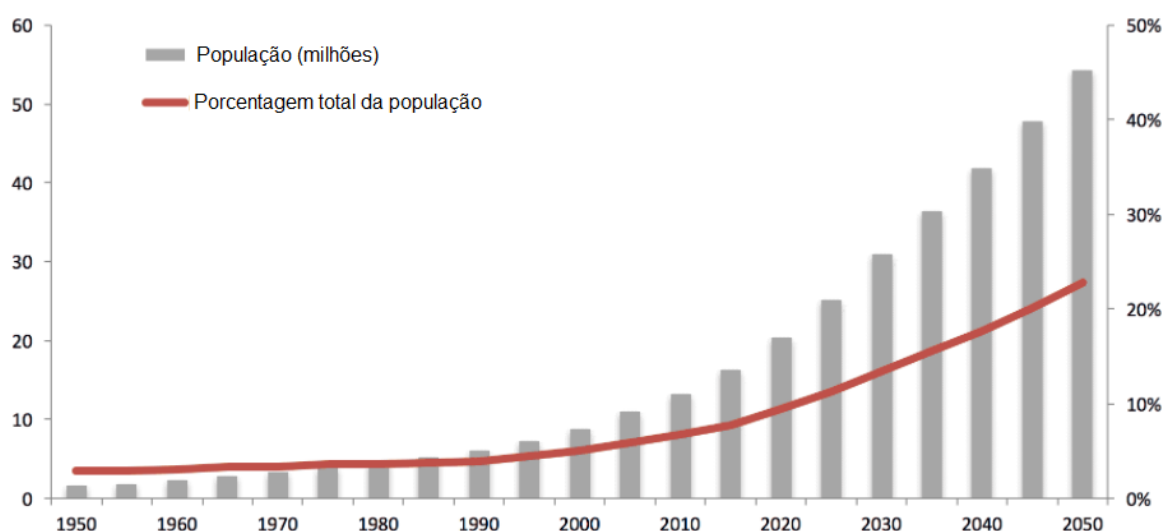
Durante algum tempo, o Brasil foi considerado um país jovem, porém, devido às mudanças demográficas do último século, a população evoluiu e cresceu, sofrendo variações nos níveis de mortalidade e fecundidade, o que levou o país a um envelhecimento populacional. O envelhecimento de um país é considerado maior quando a população com menos de sessenta anos diminui e a população idosa se mantém estável.

Nas últimas décadas, a expectativa de vida da população brasileira teve um ganho de dois anos e seis meses, ao passar de 66 em 1991 para 68,6 em 2000.

Segundo o IBGE, no censo demográfico de 2000, do total de 169.799.170 de habitantes no Brasil, 14.536.029 eram idosos, o que correspondia a um percentual de 8,5% (IBGE, 2021).

As projeções (Figura 1) apontam para cerca de 50 milhões de idosos no Brasil em 2050, ou seja, cerca de 45% da população (IBGE, 2021). É um número bastante elevado e qualquer sociedade que se preocupa com sua população idosa tem que estabelecer bases sólidas para não permitir que essa população seja esquecida e marginalizada (IBGE, 2021).

Figura 1 – Número e proporção da população com 65 anos ou mais



Fonte: IBGE, 2021.

A partir da década de 1980, o Brasil implementou um conjunto de salvaguardas legais para proteger os direitos dos idosos como parte de seu esforço mais amplo para buscar a inclusão social, mas na prática, a implementação de políticas foi insuficiente em áreas como transporte e acessibilidade à habitação. No entanto, à medida em que a população brasileira começa a envelhecer e a independência aumentar, o apoio ao “envelhecimento ativo” está ganhando terreno (KANG; JUNG, 2020).

Por isso, quando se analisa o que é viver bem para a pessoa idosa, cinco fatores são recomendados e devem ser levados em consideração: vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação. Sendo que, se houver alguma deficiência em um desses fatores, a qualidade de vida do idoso estará comprometida porque a velhice é uma fase cujas potencialidades vão sendo desgastadas.

Em vista disso, a velhice pode ser definida como um processo degenerativo progressivo e dinâmico, em que existem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que fazem com que o indivíduo sofra perda progressivamente da sua capacidade de adaptação ao meio ambiente, deixando o indivíduo mais vulnerável e propenso a patologias que podem levá-lo à morte (KANG; JUNG, 2020).

De acordo com o Estatuto do Idoso, artigo 3º:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, s.p).

No Brasil, algumas políticas públicas foram implantadas a partir da Constituição Federal de 1988. A necessidade de serviços de cuidado para idosos aumentaram devido ao envelhecimento da população e à desinstitucionalização. Cada vez mais os idosos envelhecem e a maioria deles tem um ou mais distúrbios crônicos. Para muitos desses distúrbios, a cura não é uma opção (AHRENS, 2016).

No entanto, é necessário cuidado para lidar com esses distúrbios e fornecer assistência nas tarefas diárias, a fim de permitir que os idosos envelheçam em casa. Os cuidados e apoio são fornecidos por cuidadores informais, bem como vários serviços de cuidados formais, como reabilitação, cuidados de enfermagem em casa, creches, saúde mental e cuidados de medicina geral.

Percebe-se, assim, a necessidade de melhorias nos programas sociais para ir ao encontro daquilo de que necessitam os idosos, como por exemplo, a participação nos planos de aposentadoria, visto que boa parte das pessoas encaminhadas ao Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, simplesmente têm seus direitos negados por não se enquadrarem nos critérios atuais das leis vigentes e, assim, acabam ficando desamparados e à margem da sociedade, pois tais problemas ficam sem solução (AHRENS, 2016).

No Brasil, devido à baixa renda das famílias, há um aumento crescente do número de idosos no mercado de trabalho, sendo muito comum a abordagem da relação positiva trabalho/saúde na terceira idade, sendo que os que trabalham, apresentam melhores condições de saúde do que os aposentados que não trabalham.

Os trabalhadores na velhice apresentam melhores condições em relação ao consumo de bebidas, cigarros, diminuição de sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial entre outros. Dessa forma, seja em trabalhos remunerados ou mesmo em trabalhos voluntários, é perceptível que existe a necessidade de ampliação de espaços para que os idosos possam desenvolver suas habilidades e se sentirem mais úteis e valorizados pela sociedade (AHRENS, 2016).

No que diz respeito à saúde dos idosos, O Artigo 15 da Política Nacional de Assistência Social (2004), diz:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2004, s.p).

Sabe-se, porém, que nem sempre há essa garantia por parte dos Estados e municípios, que muitas vezes acabam deixando os idosos desamparados no que diz respeito à própria saúde destes. Isso se dá, principalmente, pela falta de políticas públicas e organização no processo de gestão estadual ou municipal, que acabam não utilizando corretamente as verbas federais que chegam aos Estados e às prefeituras com o intuito de amenizar tais necessidades e diminuir as carências dessa faixa da população que são os indivíduos da terceira idade.

A promoção da saúde é dirigida a toda a população. Se um grupo específico dentro de uma população é apontado como receptor de intervenções de promoção da saúde, é por uma razão válida, como preocupações epidemiológicas ou preferências em política social (por exemplo, medidas direcionadas a grupos vulneráveis ou desfavorecidos). Isso explica o foco de muitas atividades de promoção da saúde voltada para os idosos.

Nesse sentido, Ahrens (2016) destaca a importância de políticas e modelos de promoção da saúde no envelhecimento:

[...] que não apenas previnam os efeitos deletérios da incapacidade funcional, mas que permitam a compreensão da morbidade pelos idosos, de modo que desenvolvam processo de empoderamento, capaz de favorecer oportunidade de controle de sua própria saúde, não mais esperando que vivam uma vida passiva (AHRENS, 2016, p. 32).

Contudo, os idosos há muito são negligenciados como destinatários das atividades de promoção da saúde. A necessidade de promover a saúde entre os idosos foi destacada pela primeira vez na década de 1990. Antes disso, era comum presumir que as gerações mais velhas não eram um bom alvo para a promoção da saúde, pois se pensava que era tarde demais para mudar seu estilo de vida. Exigir que os idosos mudassem radicalmente sua dieta e comesçassem a se exercitar foi percebido como perturbador para sua paz e bem-estar (CORRÊA; GOULART, 2016).

Portanto, somente a partir de 2001, quando especialistas da OMS afirmaram por unanimidade a importância de um estilo de vida saudável em todas as fases da vida, as medidas de promoção da saúde voltadas para os idosos começaram a crescer em número.

Destaca-se que a promoção da saúde dirigida aos idosos difere significativamente daquela dirigida às gerações mais jovens. Isso se deve em parte ao fato de que a saúde dos idosos geralmente não é perfeita. Idosos são mais propensos a sofrerem de doenças crônicas e de morbidades múltiplas, e sua capacidade funcional é frequentemente limitada. Isso implica que os programas de promoção da saúde para idosos tenham que dar conta dessas limitações na saúde e nas atividades diárias, e exigir mais envolvimento dos promotores de saúde profissionais e abordagens mais individualizadas (HONÓRIO et al., 2013).

A prevalência de certos problemas de estilo de vida também é maior entre os idosos. Os idosos são, por exemplo, mais propensos a sofrer de solidão e isolamento social, além disso, devido à expectativa de vida restante relativamente mais curta, o foco está mais nas atividades de promoção da saúde que produzem efeitos imediatos.

É por isso que os programas de promoção da saúde para pessoas idosas nos países europeus são implementados principalmente a nível local por prestadores de cuidados de saúde primários e enfermeiras, e por ONGs, autoridades públicas autónomas e organizações voluntárias. Às vezes, esses programas carecem de fontes sustentáveis de financiamento.

Dentro desse cenário, tem-se que as estratégias de promoção da saúde do idoso geralmente têm três objetivos básicos: manter e aumentar a capacidade funcional, manter ou melhorar o autocuidado e estimular a rede social (HONÓRIO et al., 2013).

Ante ao exposto, depreende-se que as condições em que as pessoas vivem e morrem são delimitadas por forças políticas, sociais e econômicas. Assim, o governo brasileiro traça uma meta, estabelecendo diversas políticas públicas, como a Lei 6.179 sobre a cobertura previdenciária para pessoas maiores de 70 anos. O principal objetivo é proporcionar qualidade de vida aos idosos, promulgando normas a esse respeito (CORRÊA; GOULART, 2016).

Sendo assim, as pessoas idosas, além de possuírem direitos reconhecidos pela Constituição Brasileira, têm também o direito de receber da sociedade o respeito que merecem e a valorização, através de atividades que explorem o potencial e as reservas de energias físicas que ainda lhes restam e que não foram exploradas.

Para se envelhecer de uma forma saudável, deve-se também pensar na prevenção e na aceitação da velhice, pois é possível proporcionar melhorias nas condições psicológicas e sociais para que os idosos vivam com mais satisfação e equilíbrio durante a terceira idade e também para que se tenha consciência de que os idosos ainda têm um importante papel na sociedade (CORRÊA; GOULART, 2016).

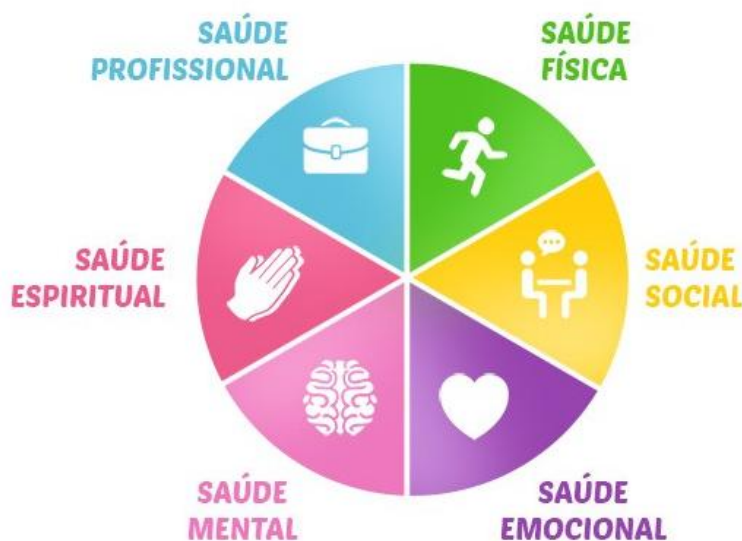
Neste sentido, a promoção da qualidade de vida é essencial para o alcance um envelhecimento saudável, visto que não é suficiente apenas estar vivo. Uma boa qualidade de vida é especialmente importante para os idosos que estão lidando com condições crônicas de saúde e grandes mudanças de vida.

2.2 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida teve seu início por volta do ano de 1950 na Inglaterra, de acordo com estudos realizados por Trist e Eric pautados na seguinte premissa: trabalho; organização e indivíduo. Não há uma definição para a qualidade de vida capaz de abarcar todos os fatores que são apropriados ao seu âmbito de estudo, neste sentido, a definição de Qualidade de Vida varia de acordo com os autores, onde, conforme cita Silva *et al.*, (2017), pode ser basear em três princípios: capacidade funcional, nível socioeconômico e satisfação.

Os autores ainda relacionam a qualidade de vida aos componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação econômica e autoproteção de saúde. Assim, conceituam a qualidade de vida como multidimensional (Figura 2).

Figura 2 – Aspectos associados a qualidade de vida



Fonte: Orlando, 2018.

O princípio da vida humana e sociedade é avaliado através da qualidade de vida (QV), esse termo está interligado com o status social, nível de vida das pessoas e estado socioeconômico, considerando o contexto dos sistemas de cultura e de valores nos quais eles vivem, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (MOREIRA *et al.*, 2019; MOMBELLI; SILVA, 2020).

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHO), definiu a QV, em 1994, como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, s.p).

Assim, a qualidade de vida refere-se ao grau em que um indivíduo é saudável, confortável e capaz de participar ou aproveitar os eventos da vida. O termo qualidade de vida é inerentemente ambíguo, pois pode se referir tanto à experiência que um indivíduo tem de sua própria vida quanto às condições de vida em que os indivíduos se encontram (MOMBELLI; SILVA, 2020).

Dessa forma, os fatores que afetam a qualidade de vida geral variam de acordo com o estilo de vida das pessoas e suas preferências pessoais. Independentemente

desses fatores, essa medida desempenha um papel importante nas decisões referentes a vida das pessoas.

Portanto, a qualidade de vida é altamente subjetiva. Enquanto uma pessoa pode definir qualidade de vida de acordo com a riqueza ou satisfação com a vida, outra pessoa pode defini-la em termos de capacidades (por exemplo, ter a capacidade de viver uma vida boa em termos de bem-estar emocional e físico) (MOMBELLI; SILVA, 2020).

Dessa forma, a QV refere-se ao meio que o indivíduo está inserido, bem como se difere de pessoa para pessoa. A qualidade de vida é definida por Moreira *et al.*, (2019) da seguinte forma:

O conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade², o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive (MOREIRA *et al.*, 2019, p. 110).

A estrutura social, cultura, e a influência do ambiente social com o indivíduo, grupo e/ou sociedade estão relacionadas com as forças exógenas. Já as forças endógenas referem-se a forças emocionais, mentais e respostas fisiológicas do indivíduo para com a sua vida. O autor Ahrens (2016) comenta a definição de Ferris (2006) elucidando que:

Estas forças atuam diretamente na forma de conduta da vida do ser humano, pois as forças mentais, emocionais e as respostas fisiológicas influenciam no estado psicológico, fazendo este mudar alguns hábitos de sua vida. Já as forças de estrutura social, cultura e ambiente social agem no social, conduzindo o ser humano nas relações entre a vida pessoal e profissional (AHRENS, 2016, p. 32).

Ahrens (2016) discute que estudiosos interpretam a qualidade de vida diretamente relacionadas com o indivíduo, independentemente de sua condição. Como cada sujeito é único e possui características na esfera psicológica, biológica e social para medir se o indivíduo possui ou não qualidade de vida, é importante saber sua percepção de satisfação sobre a vida no futuro e no momento atual. Diversos autores interpretam e traduzem a qualidade de vida, o único consenso que todos seguem, é de que os fatores que a influenciam estão unificados ao cotidiano e ao estilo de vida das pessoas.

Frente a isso, Silva *et al.*, (2017) destaca que a qualidade de vida pode ser compreendida como um estímulo promovida pelo atual contexto contemporâneo, uma vez que tem relação com o equilíbrio entre as relações da vida pessoal, os amigos, a família, a realização profissional, o trabalho, o lazer, a realização das necessidades financeiras, a cobrança por produtividade, a cultura, a saúde e as crenças individuais; tudo isso agregado ao viver em meio à sociedade atual, com seu ritmo progressivamente mais acelerado e intenso. Logo, o referido conceito refere-se ao grau em que um indivíduo está saudável, confortável e capaz de participar ou aproveitar os eventos da vida.

Assim, a qualidade de vida configura-se como um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

2.2.1 Qualidade de vida na velhice

A velhice pode ser definida como um processo progressivo e dinâmico, no qual existem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que fazem com que o indivíduo sofra perda progressivamente da sua capacidade de adaptação ao meio ambiente, assim, ela é um processo gradual e contínuo de mudança natural que começa no início da idade adulta. Durante o início da meia-idade, muitas funções corporais começam a declinar gradualmente. As pessoas não envelhecem ou envelhecem em nenhuma idade específica (FENG *et al.*, 2018).

Dessa forma, a velhice deve ser encarada como um processo que ocorre na vida de todo ser humano, porém, é nessa fase da vida que as perdas físicas e afetivas são sentidas com maior intensidade, pois a sensibilidade fica mais aflorada. Ante a isso, as pessoas costumam se perguntar se o que estão experimentando à medida que envelhecem é normal ou anormal.

Assim, o envelhecimento como processo natural da vida se deve a mudanças graduais na atividade metabólica dos órgãos e inaptidão na capacidade de regeneração das células. Em todo o mundo, a expectativa de vida média das pessoas tem aumentado. Vários fatores, incluindo hereditariedade, estilo de vida e alimentação saudável, evitar fumar, praticar atividades físicas podem afetar a longevidade da vida.

Dentro do contexto das mudanças significativas que o processo do envelhecimento possui, Nieman (2011) destaca as principais mudanças no corpo de pessoas da terceira idade:

Perda do paladar e do olfato; Perda do tecido ósseo periodontal (área óssea em torno dos dentes); Diminuição da função gastrointestinal; Perda da função visual e auditiva; Redução no peso corporal magro; Perda da massa mineral óssea; Comprometimento mental; Diminuição da capacidade de metabolizar medicamentos; Alta prevalência de doenças crônicas; Alterações neuromusculares; Incontinência urinária; Diminuição das funções hepáticas e renais; Diminuição no condicionamento cardíaco e pulmonar (NIEMAN, 2011, p. 617).

Embora as pessoas envelheçam de maneira um pouco diferente, algumas mudanças resultam de processos internos, ou seja, do próprio envelhecimento. Assim, tais alterações, embora indesejadas, são consideradas normais e às vezes são chamadas de puro envelhecimento (MOURA; VERAS, 2017). Essas mudanças ocorrem em todos que vivem o suficiente, e essa universalidade faz parte da definição de envelhecimento puro. Eles são esperados e geralmente inevitáveis (MOURA; VERAS, 2017; FENG *et al.* 2018).

Dentro deste contexto, é de extrema importância conscientizar sobre um envelhecimento saudável, com um estilo de vida baseado em atividades físicas, comidas saudáveis, pois a genética e as doenças crônicas podem ser amenizadas com esses hábitos que beneficiam a qualidade de vida dos idosos (BORGES, 2013). Assim, durante o envelhecimento, manter uma vida ativa é assegurar ou restaurar a autonomia, que é a capacidade individual de decisão e comando sobre as suas ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras. Significa capacidade para decidir e depende diretamente da cognição e do humor.

No que diz respeito à terceira idade, o meio de aquisição de conhecimento vem possibilitando à sociedade a ampliação de perspectiva de alcançar qualidade de vida (FARIAS *et al.*, 2016). Com isso, o envelhecimento representa o acúmulo de mudanças no ser humano ao longo do tempo e pode englobar mudanças físicas, psicológicas e sociais, as quais tendem a afetar a sua qualidade de vida. Logo, o envelhecimento é percebido como diminuindo a qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (2012, s.p) definiu qualidade de vida como uma “[...] percepção individual de sua situação de vida, entendida em um contexto cultural, sistema de valores e em relação aos objetivos, expectativas e padrões de uma determinada sociedade”. Logo, como as pessoas vivem mais, é importante

garantir que os anos extras de vida valham a pena, apesar das doenças crônicas. Ante a isso, iniciativas de qualidade de vida (QV) e promoção da saúde para idosos se tornarão cada vez mais importantes.

Nessa perspectiva, a qualidade de vida relacionada à saúde inclui áreas como saúde física, estado psicológico, nível de independência da pessoa, relações pessoais, crenças em um determinado contexto ou ambiente natural, suporte social e suporte social percebido

As diferentes abordagens discursivas têm reconhecido a importância de implementar medidas de saúde a partir de uma perspectiva multidimensional. Isso significa que, ao analisar a qualidade de vida, devem ser considerados fatores como as várias condições sociais e redes sociais, culturais e psicológicas que existem dentro dos diferentes grupos de estudo (FERREIRA *et al.*, 2018).

Dessa forma, para uma abordagem geral do estado de saúde na perspectiva da qualidade de vida, é necessário considerar questões mais precisas, sendo, portanto, importante distinguir saúde de satisfação com a vida, visto que a qualidade de vida e satisfação com a vida são conceitos distintos, mas, ao mesmo tempo, são complementares.

A satisfação com a vida representa um indicador de qualidade de vida, uma parte específica dela, pois incide nos aspectos morais, cognitivos e afetivos, nas tarefas realizadas de forma independente e na satisfação com o apoio social recebido e, em geral, está relacionada com expectativa de vida. Ao contrário, a qualidade de vida está mais intimamente ligada a fatores estritamente relacionados à saúde (BALTES; SMITH, 2003; FERREIRA *et al.*, 2018).

Assim, depreende-se que a qualidade de vida das pessoas idosas tem relação direta com vários aspectos se relacionado assim com diversos critérios de natureza biológica, psicológica e socioestrutural, tendo como principais 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 (FERREIRA *et al.*, 2018).

Ademais, vale dizer que muitos idosos relacionam qualidade de vida com a capacidade de serem independentes em suas atividades diárias. Por isso é tão importante levar em consideração a melhora da autoestima, a satisfação com o funcionamento, um senso de independência nas tarefas da vida diária e um senso de

participação, que são componentes importantes de toda a estrutura que compõe os padrões de qualidade de vida dos idosos (FORMIGA *et al.*, 2017).

Nas últimas décadas, a expectativa de vida da população brasileira teve um ganho de 10,6 anos, ao passar de 66 anos em 2000 para 76,6 anos em 2020. Segundo o IBGE, no censo demográfico de 2019, do total de 211.011.000 habitantes do Brasil, mais de 28 milhões são idosos e nesse ritmo, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos (IBGE, 2021).

Dessa forma, quando se analisa o que é viver bem para a pessoa idosa, devem-se levar em consideração cinco indicadores recomendados para que este tenha saúde, sendo estes associados aos seguintes aspectos: vida independente, casa, ocupação, afeição e comunicação. Assim, depreende-se que a qualidade de vida dos idosos tem relação com os aspectos sociais, econômicos e ambientais, de forma que se houver alguma deficiência ou inexistência em um desses fatores, a qualidade de vida do idoso será comprometida (FERREIRA *et al.*, 2018).

Com isso, pode-se dizer que os idosos têm maior probabilidade de sofrer de múltiplos distúrbios de saúde devido à redução das funções físicas e mentais. Solidão, atividade sexual prejudicada e distúrbios metabólicos crônicos são algumas das causas que podem resultar em distúrbios emocionais. Esses problemas podem diminuir a qualidade de vida dos idosos.

Nessa perspectiva, é comum na prática profissional mensurar a qualidade de vida de acordo com os sinais de vida satisfatória. Assim, visando sanar problemas relacionados a qualidade de vida de idosos, tem-se buscado a promoção do envelhecimento ativo, o qual foi implementado pela Comissão Europeia e pela Organização Mundial de Saúde.

O conceito de envelhecimento ativo conforme cita Formiga *et al.*, (2017, p. 5) é definido como “[...] o processo de otimizar oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento”. A presença de um envelhecimento ativo e saudável está relacionada com o desenvolvimento de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, assegurando bem-estar e qualidade de vida para a população idosa. Neste sentido, Farias *et al.*, (2016) explica:

Entre a população idosa institucionalizada, é esperado que o envelhecimento ativo seja uma meta e/ou uma consequência da qualidade da assistência multidimensional prestada, pois as variações

do grau de independência funcional são diferentes daqueles idosos que vivem no domicílio, sob o amparo e a interação familiar saudável – ou ainda daqueles que descobriram a convivência com seus pares em centros de convivência para pessoas idosas e cujas práticas assistências contemplam atividades físicas, lúdicas, artísticas e de prevenção às doenças (FARIAS *et al.*, 2016, p. 28).

Corroborando com o autor supracitado, a Organização Pan-Americana de Saúde (2015) menciona:

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Assim, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2015, p. 21).

A definição precursora da expressão “envelhecimento ativo” está relacionada com o conceito de envelhecimento saudável, a qual visa identificar os aspectos da saúde física e habilidade funcional dos idosos, em que se proporciona a capacidade de aceitação das mudanças fisiológicas em consequência da idade. Neste sentido, a palavra “ativo” se refere à participação dos idosos em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente a capacidade do indivíduo estar bem e fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho (SABATÉ, 2016).

De acordo com Sabaté (2016) sobre o conceito de envelhecimento ativo relacionado com qualidade de vida, explica:

O atual modelo do envelhecimento ativo preconiza a integração plena dos idosos na sociedade, considerada a única forma de estes poderem exercer o seu direito de cidadania. A expectativa de vida saudável (que se traduz no tempo de vida que se pode esperar sem necessitar de cuidados de saúde especiais) e a qualidade de vida (termo subjetivo que engloba a saúde física, psicológica, nível de dependência, relações sociais, crenças e o ambiente em que cada um se encontra inserido) são conceitos centrais à operacionalização deste modelo. Segundo a lógica subjacente ao envelhecimento ativo, o objetivo é que o envelhecimento ocorra com qualidade de vida e manutenção da autonomia dos indivíduos, de forma a preservar as oportunidades dos idosos de continuarem a participar da sociedade e, simultaneamente, minimizar as possibilidades de exclusão social (SABATÉ, 2016, p. 45).

Pode-se dizer que o envelhecimento ativo é o processo de otimização das

oportunidades de saúde, participação e segurança, com intuito de criar melhorias na qualidade de vida dos idosos de acordo com sua vivência.

Há bons motivos econômicos para se aplicar programas e políticas que realizam a promoção do envelhecimento ativo, no que diz respeito ao aumento de participação e redução de custos com cuidados. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem, enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social.

Diante da temática, vale mencionar, conforme o Governo Federal (2021) que o presidente da república, Jair Messias Bolsonaro, em 2019, instituiu o Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável. O decreto Nº 10.133, de 26 de novembro de 2019, que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea “a”, da Constituição, decreta:

Art. 1º Fica instituído o Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável, sob a coordenação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

Art. 2º O Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável tem os seguintes objetivos:

I - proporcionar a inclusão digital e social, para possibilitar a participação do idoso em atividades de saúde, tecnologia digital, educação, e a mobilidade física, com a melhoria da sua qualidade de vida; e

II - contribuir para a promoção do direito ao envelhecimento ativo e saudável, por meio das diretrizes dispostas na Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso e na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

Parágrafo único. Os objetivos do Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável serão executados por meio de parcerias com órgãos e entidades da União, do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios e com entidades privadas com e sem fins lucrativos.

Art. 3º Os objetivos do Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável serão desenvolvidos por meio da promoção da:

I - tecnologia digital, com vistas à inclusão digital do idoso por intermédio de cursos que o capacitem para o bom uso dos recursos tecnológicos, como redes sociais, informática básica e smartphones, dentre outros;

II - educação, com vistas à inclusão do idoso, por intermédio da realização de cursos de alfabetização e de outros cursos e palestras que otimizem a sua convivência familiar e comunitária, com temas como educação financeira e orientações acerca dos direitos do idoso, dentre outros a serem desenvolvidos conforme a demanda e peculiaridade de cada localidade;

III - saúde, por intermédio da realização de palestras e de outras ações, com vistas à promoção da saúde do idoso e à prevenção de enfermidades;

IV - mobilidade física, por intermédio do estímulo da prática de atividade física pelo idoso.

Art. 4º O Distrito Federal, os Estados e os Municípios interessados no Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável deverão:

I - solicitar a adesão ao Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável diretamente à Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, por meio de ofício, com justificativa da solicitação e informação acerca da situação do conselho do idoso, pelo Chefe do Poder Executivo local;

II - comprovar o desenvolvimento de ações destinadas ao idoso em, no mínimo, um dos campos de ação do Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável, especificados no art. 3º;

III - preencher o formulário eletrônico de adesão encaminhado pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; e

IV - assinar termo de doação (BRASIL, 2019, s.p).

A saúde está relacionada ao bem-estar físico, mental e social, sendo assim, para um modelo de envelhecimento ativo, e estratégias para o êxito deste modelo, devem ser criadas políticas públicas e meios que tratem da saúde mental associada com as relações sociais, pois ambas são importantes para melhorar as condições físicas da saúde no processo de envelhecimento.

Manter a autonomia e independência do idoso deve ser uma meta fundamental no processo de envelhecimento ativo, uma vez que, a saúde do idoso é determinada pelo funcionamento harmonioso de quatro domínios funcionais: cognição, humor, mobilidade e comunicação. Com isso, um dos elementos chaves do envelhecimento ativo é a promoção da qualidade de vida do idoso, de forma a trazer satisfação para os idosos.

2.3 NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE IDOSOS: A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR INFLUENTE NA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Nas últimas décadas, houve um aumento progressivo do uso de tecnologia na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. O objetivo é geralmente aumentar a qualidade, eficiência e segurança do atendimento. Embora esses desenvolvimentos médicos tenham melhorado alguns elementos do cuidado dos pacientes, como segurança, eficácia e eficiência, eles trazem novos problemas. A automatização e padronização da assistência e a fragmentação das trajetórias de trabalho e cuidado, muitas vezes atreladas ao racionamento de tempo e pessoal, podem levar à desumanização e despersonalização da assistência (LIMA *et al.*, 2014).

Há uma tendência de tratar o paciente como um 'grupo de sintomas' em vez de um ser humano com necessidades individuais. Isso pode afetar negativamente a relação médico-paciente e minar a confiança dos pacientes e cuidadores no sistema de saúde. Para superar essa abordagem contraproducente da saúde, tem-se o conceito de humanização (LIMA *et al.*, 2014).

Assim sendo, a humanização do cuidado visa humanizar o sistema de saúde como um todo, enfocando os aspectos relacionais, bem como organizacionais e estruturais da saúde. Preocupar-se com a humanização é defender uma determinada visão ou valor do que significa ser humano e, além disso, encontrar formas de agir sobre essa preocupação. Assim, torna-se necessário articular os constituintes essenciais do que é ser humano como base de valor.

Dessa forma, a consideração das oito dimensões da humanização (Quadro 1) em conjunto pode formar um padrão útil a partir do qual pode-se compreender o processo de humanização frente ao atendimento (LIMA *et al.*, 2014; PAI; CHARY; HURST, 2016).

Quadro 1. Dimensões da humanização.

Formas de humanização
Interior
Agência
Singularidade
União
Dar sentido
Jornada pessoal
Senso de lugar
Personificação

Fonte: Adaptado de PAI; CHARY; HURST., 2014.

Acerca da dimensão referente ao interior, tem-se que o que torna cada ser humano intimamente humano é que se tem uma visão de viver a vida de dentro. Ser humano é viver em um mundo pessoal que carrega uma noção de como as coisas são para a pessoa. Somente os próprios indivíduos podem ser as autoridades de como esse sentido interior é para eles. Essa subjetividade é central para o sentido que os seres humanos têm de si mesmos. O senso de sentimento, humor e emoção são

as lentes pelas quais as pessoas veem o mundo de forma colorida. Isso fornece texturas humanas importantes para avaliar as qualidades das coisas. Se tal dimensão for negligenciada, algo importante está faltando ao responder às necessidades humanas (PAI; CHARY; HURST, 2016).

Quanto ao senso de agência, ele parece estar intimamente ligado ao senso humano de dignidade. Quando isso é removido, o senso de personalidade de uma pessoa diminui. Assim, o ato de ser humano é experimentar a si mesmo fazendo escolhas e sendo geralmente responsabilizado por suas ações. Isso constitui um senso de ação em que os indivíduos não consideram como meramente passivos ou totalmente determinados, mas sim possuem a possibilidade de liberdade de ser e agir dentro de certos limites (PAI; CHARY; HURST, 2016).

Em relação a singularidade, ela tem relação com o fato de que o processo de ser humano é atualizar um eu que é único; tal singularidade nunca pode ser reduzida a uma lista de atributos e características gerais. Os indivíduos sempre são mais do que a soma das partes. Não importa o quanto eles façam parte de influências e contextos maiores, há algo único no espaço e no tempo sobre essa pessoa em particular neste momento particular que caracteriza sua individualidade particular (PAI; CHARY; HURST., 2016).

Acerca da dimensão da união, ela torna possível a experiência de empatia na qual se pode apreciar o sofrimento e as lutas do “outro”. Dessa forma, ser humano é estar em comunidade: nossa singularidade existe em relação aos outros, e há sempre um diálogo contínuo ou “jogo” entre o que temos em comum e como se organiza e entende isso de maneiras muito pessoal e única. A união e a singularidade implicam uma à outra e tornam significativas as experiências humanas centrais de solidão e intimidade. De maneiras diferentes e em momentos diferentes, a privacidade, a conexão humana e a intimidade podem ser importantes (PAI; CHARY; HURST, 2016).

Quanto a criação de sentido, ela envolve um ímpeto ou motivação para unir as coisas, encontrar significado e fazer todos com as partes. Nesse contexto, os seres humanos são criadores e contadores de histórias. A busca pela verdade narrativa é frequentemente experimentada como mais humanamente significativa ou sentida como mais significativa do que a busca pela verdade estatística. Com isso, ser humano é cuidar do significado das coisas, eventos e experiências para a vida pessoal (PAI; CHARY; HURST, 2016).

Acerca da jornada pessoal, a mesma se refere ao fato de os indivíduos se movem no tempo de forma significativa e não existem no vácuo. Assim, ser humano é estar conectado a um senso de continuidade, ou seja, é fazer uma jornada. Logo, essa dimensão contempla o processo de estar conectado com a familiaridade do passado, bem como mover-se para o desconhecido do futuro. Esse engajamento com a temporalidade, portanto, precisa ser compreendido ao se considerar uma forma de cuidar mais humanizada (PAI; CHARY; HURST, 2016).

Quanto a dimensão de senso de lugar, ela se deve ao fato de ser humano é vir de um determinado lugar; tal lugar não é apenas um ambiente físico medido em termos quantitativos, mas um lugar cuja sensação de estar em casa torna-se significativa. Essa sensação de lugar não é apenas uma coleção de cores, texturas e objetos, mas sim reúne em torno daquilo que constitui o tipo de pertencimento que proporciona um grau de segurança, conforto, familiaridade, continuidade e facilidade irrefletida (PAI; CHARY; HURST, 2016).

Por fim, a dimensão de personificação contempla o processo de viver dentro dos limites frágeis da corporificação humana. O interior das pessoas revela o corpo humano como cansaço, com fome, perda de função, excitação, com vitalidade e outras experiências de estar no mundo do corpo humano. Quando despreocupado com as adversidades da atenção corporal, a incorporação ajuda as pessoas a se moverem para o mundo, atentos às pessoas, lugares e tarefas na vida (PAI; CHARY; HURST, 2016).

Ante ao exposto, depreende-se que a humanização está associada a diferentes significados. Literalmente, significa o ato de tornar mais humano, mais benevolente. A humanização também pode ser considerada algo inerente ao ser humano, que nasce com eles e os ajuda a guiar seus relacionamentos na sociedade com base na caridade, compaixão e bondade.

Assim, o ato de realizar a humanização está dentro do escopo de muitas áreas, desde o político, o econômico, o cultural, os prestadores de serviços de infraestrutura, equipes interdisciplinares humanizadas e a ajuda aos mais velhos, em suas qualidades nas relações pessoais. É esse ambiente relacional em que geralmente pensamos quando falamos de humanização. Tratar a pessoa idosa usando tecnologias para facilitar a vida e humanizar o contato o dia a dia. Utilizando a inteligência da racionalidade intelectual e com a sabedoria humanizada. Uma meta

para todos os profissionais que trabalham com idosos é ouvir relatos tais como: "Esta pessoa idosa é emocionalmente instável"(OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 4).

Ao longo dos anos, a humanização tem recebido mais atenção, e não apenas na área da saúde, outras áreas da vida social também foram beneficiadas, das quais destaca-se a sua atuação voltada para o idoso. Neste sentido, discussões sobre a proteção aos idosos ocorreram no Brasil por décadas. A primeira política específica foi criada em 1994, denominada Política Nacional do Idoso, que visa "garantir os direitos sociais aos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade". Posteriormente, em 2006, foi elaborada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que enfoca a saúde de todo cidadão brasileiro de 60 anos ou mais (VARGAS, 2017).

Frente ao desafio do envelhecimento populacional em condições de desigualdade social e de gênero, esta política estabelece como objetivo fundamental "[...] recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, concentrando medidas coletivas e individuais de saúde para alcançá-la, de acordo com a princípios e diretrizes do "Sistema Único de Saúde" (SUS).

Completando a defesa dos direitos dos idosos, em 1º de outubro de 2003, foi promulgada pelo Senado Federal a composição final do Estatuto do Idoso (ES), que certifica:

O idoso beneficia todos os direitos fundamentais inerentes ao ser humano assegurando-lhe que por lei ou outros meios, todas as oportunidades de preservar sua saúde física e mental, sua melhoria moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. , a comunidade, a sociedade e o dever do governo de assegurar prioridade absoluta ao idoso, a efetivação do direito à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária (VARGAS, 2017).

Vale lembrar que muitos direitos garantidos pelo Estatuto do Idoso também são assegurados por outras leis brasileiras. Na Constituição Federal (1988), um dos objetivos do cuidado social mencionado é a proteção à família e à velhice. No estado de São Paulo, a lei de atendimento e ação de saúde para os direitos do usuário garante que a prestação de serviços de saúde seja universal e igualitária para todos os indivíduos, independentemente de gênero, etnia, idade ou outra condição pessoal.

O Estatuto do Idoso ponderou sobre as leis existentes, organizou-as por tópicos, discorreu sobre cada um dos direitos e especificou as punições para os

infratores, tornando seu entendimento e aplicação mais práticos. Além disso, se fosse feita uma comparação entre as leis vigentes e o Estatuto do Idoso, pode-se evidenciar que houve ampliação dos direitos. Por exemplo, na Lei de Direitos do Usuário, eles são protegidos como usuários comuns. No Estatuto do Idoso, são considerados prioritários. Os direitos fundamentais dos idosos nos âmbitos social, da saúde, físico, financeiro e mental são assegurados pela legislação (VARGAS, 2017; PORTES; LEITE, 2020).

Ante a isso, o processo de humanização frente aos cuidados com os idosos destoa como um exemplo clássico de direitos dos idosos. Logo, as rotinas no dia a dia dos idosos são importantes seja no lar com os familiares, em casa de repouso ou hospitais, para o seu trabalho sem problemas, mas, para oferecer uma humanização digna e respeitosa aos idosos, no caso de hospitais e casa de repouso, os profissionais devem buscar adequar essas rotinas às necessidades das pessoas na idade avançada. Os senis acreditam que estão sendo tratados de maneira digna em um ambiente que não é o deles. Assim, além do cuidado técnico, deve ser prestado atendimento diferenciado que considere as particularidades de cada idoso, visando proporcionar conforto e bem-estar (PORTES; LEITE, 2020).

Para expressar o significado da humanização, perante os cuidados que devem ser dados aos idosos, isso inclui receber os idosos com carinho e conhecer o contexto em que estão inseridos, e não apenas cuidar dos aspectos físicos ou da sua doença. Oliveira *et al.*, (2017) afirmaram que é necessário dedicar tempo e atenção às angústias e medos dos idosos, e que essa abordagem por parte dos profissionais, com gestos de ternura, proteção e preocupação com os pacientes, é quando ocorre a humanização do cuidado.

Silva *et al.*, (2018) mostraram que a humanização também está relacionada à melhoria das condições em que o idoso mora, criando um ambiente confortável, que deve ser acolhedor e reconfortante para minimizar o sofrimento, considerando que os idosos estão longe de suas casas e muitas vezes privados de interação com suas famílias.

Os autores reportaram que os profissionais da saúde destacaram ações que flexibilizam algumas das normas do ambiente hospitalar, como a realização de visitas fora do horário estabelecido e a presença do acompanhante nas unidades de terapia intensiva. A presença da família é citada como um fator importante no cuidado dos idosos durante a internação.

De acordo com o estudo dos autores, eles reportaram que a partir da empatia, os entrevistados (profissionais da saúde e familiares próximos) disseram que colocar-se no lugar dos idosos, permite-lhes ajudá-los melhor. Para alguns profissionais, a humanização é empatia para a pessoa. Significa tratar o idoso de forma humana, sempre lembrando que esse idoso já viveu muitas coisas, o qual não deve ser desmerecido no final de sua vida, com isso proporcionar um bem-estar e uma vida longa e digna. Com isso, o tratamento humanizado melhora a depressão, o apetite, o desempenho em atividades físicas, fazendo assim melhorias vida do idoso (SILVA *et al.*, 2018).

As pessoas idosas dependentes são as que geram mais cuidados e as mais expostas a situações de abuso ou tratamento inadequado pela equipe que tem a obrigação de assumir seus cuidados. Faz-se necessário promover cuidados de qualidade entre os idosos institucionalizados, especialmente aqueles que, em virtude de sua situação de dependência, os tornam mais vulneráveis, devido ao próprio desamparo e dependência de outros para realizar todas as Atividades Básicas da Vida Diária.

Promover um tratamento mais humanizado nas residências, evitar práticas comuns como o infantilismo, o tratamento paternalista, a despersonalização no tratamento, é essencial para proporcionar atendimento de qualidade e apenas humanizar o tratamento cotidiano, a qualidade de vida das pessoas será aprimorada institucionalizado (FUMES-GHANTOUS; CORRENTE; TATIS, 2020; PORTES; LEITE, 2020).

O cuidado humanizado de idosos, reduz os índices de depressão, ansiedade e doenças motoras, com isso perfazendo necessário quando visa uma qualidade de vida para os idosos, conforme expressa autor Fumes-Ghantous, Corrente e Tatis (2020). Neste sentido, a humanização frente aos cuidados prestados ao idoso, destoa como sendo de grande valia para assegurar uma qualidade de vida a esse grupo, visto que a mesma está intimamente ligada às realizações da satisfação das necessidades do ser humano, que por sua vez são contempladas com a humanização ante aos cuidados (RAMOS; SILVA, 2015).

Assim sendo, o cuidado humanizado reflete positivamente na qualidade de vida, o que acabar por melhorar a satisfação com a vida. A satisfação com a vida é a avaliação da vida de uma pessoa como um todo, não simplesmente do nível atual de felicidade. Apesar de existir diferentes definições acerca da satisfação com a vida, a

ideia subjacente é a mesma: refere-se aos sentimentos gerais de um indivíduo sobre sua vida. Em outras palavras, a satisfação com a vida é uma avaliação global, e não uma avaliação baseada em qualquer momento específico ou em qualquer domínio específico (BORGES; CONSTANTE; MACHADO, 2017).

Vale dizer que o termo satisfação com a vida é um pouco mais complexo do que parece, o termo às vezes é usado como sinônimo de felicidade, mas na verdade são dois conceitos separados. A felicidade é uma experiência imediata, no momento, embora agradável, é, em última análise, passageiro. Uma vida saudável certamente inclui momentos de felicidade, mas a felicidade por si só geralmente não contribui para uma vida plena e satisfatória.

De acordo com Borges, Constante e Machado (2017, p. 31), o significado de felicidade é “tudo o que quisermos”. É uma construção mais transitória do que a satisfação com a vida e pode ser desencadeada por qualquer um de muitos eventos, atividades ou pensamentos.

Já a satisfação com a vida é mais estável e duradoura do que a felicidade e tem um escopo mais amplo. É nosso sentimento geral sobre nossa vida e o quanto estamos satisfeitos com o andamento dela. Existem muitos fatores que contribuem para a satisfação com a vida em vários domínios, incluindo trabalho, relacionamentos românticos, relacionamentos com família e amigos, desenvolvimento pessoal, saúde e bem-estar, entre outros (BORGES; CONSTANTE; MACHADO, 2017).

Outra diferença entre felicidade e satisfação com a vida é que a última não se baseia em critérios que os pesquisadores considerem importantes, mas em seus próprios julgamentos cognitivos dos fatores que você considera mais valiosos (BORGES; CONSTANTE; MACHADO, 2017). Dessa forma, as medidas de satisfação com a vida são geralmente subjetivas ou baseadas nas variáveis que um indivíduo considera pessoalmente importantes em sua própria vida.

Destaca-se que existem dois tipos principais de teorias sobre a satisfação com a vida: a primeira seria as teorias ascendentes: satisfação com a vida como resultado da satisfação nos vários domínios da vida e a segunda as teorias de cima para baixo: a satisfação com a vida como um influenciador da satisfação específica de um domínio (MADDUX, 2017).

As teorias ascendentes sustentam que as pessoas experimentam satisfação em muitos domínios da vida, como trabalho, relacionamentos, família e amigos,

desenvolvimento pessoal, saúde e boa forma. A satisfação com a vida nessas áreas se combina para criar a satisfação geral com a vida.

Por outro lado, as teorias de cima para baixo afirmam que a satisfação geral com a vida influencia (ou mesmo determina) a satisfação com a vida nos diversos domínios. Esse debate está em andamento, mas para a maioria das pessoas é suficiente saber que a satisfação geral com a vida e a satisfação nos múltiplos domínios da vida estão intimamente relacionadas (MADDUX, 2017).

Quanto aos principais fatores que contribuem para a satisfação com a vida, eles ainda não são completamente compreendidos, e o peso que cada indivíduo atribui a eles varia, contudo, eles se enquadram nas seguintes categorias, segundo Borges, Constante e Machado (2017): Chances de vida; Curso de eventos; Fluxo de experiência e Avaliação de vida.

Na categoria chances de vida, se encontra os recursos sociais como bem-estar econômico, igualdade social, liberdade política, cultura e ordem moral; recursos pessoais como posição social, propriedade material, influência política, prestígio social e laços familiares; habilidades individuais como aptidão física, fortaleza psíquica, capacidade social e habilidade intelectual (BORGES; CONSTANTE; MACHADO, 2017).

No decorrer da categoria de eventos, os eventos podem envolver fatores como necessidade ou riqueza, ataque ou proteção, solidão ou companhia, humilhação ou honra, rotina ou desafio, e feiura ou beleza. Estas são as coisas que se enfrentam ao longo do dia a dia, fazendo com as pessoas se inclinem mais para um lado ou para o outro: para uma maior satisfação ou para uma maior insatisfação (BORGES; CONSTANTE; MACHADO, 2017).

A categoria de fluxo de experiência inclui experiências como anseio ou saciedade, ansiedade ou segurança, solidão ou amor, rejeição ou respeito, entorpecimento ou excitação e repulsão ou êxtase. Estes são os sentimentos e respostas que as pessoas têm em relação às coisas que acontecem com elas; eles são determinados por seus recursos pessoais e sociais, suas habilidades individuais e o curso dos eventos (BORGES; CONSTANTE; MACHADO, 2017).

Finalmente, a avaliação da vida é uma avaliação do efeito médio de todas essas interações. Envolve comparar a própria vida com a ideia que se tem da “vida boa” e como o bom e o mau da vida se equilibram (BORGES; CONSTANTE; MACHADO, 2017).

Ante ao exposto, depreende-se que uma maior satisfação com a vida não apenas faz as pessoas se sentirem mais felizes e simplesmente aproveitar mais a vida, mas também tem um impacto positivo em sua saúde e bem-estar. A satisfação com a vida está fortemente correlacionada com fatores relacionados à saúde, como doenças crônicas, problemas de sono, dor, obesidade, tabagismo, ansiedade e atividade física. O relacionamento pode mover-se em ambas as direções, mas está claro que a satisfação com a vida e a saúde caminham juntas - aumentando ou aprimorando uma delas, e a outra provavelmente surgirá em breve (STRINE *et al.*, 2008).

Quanto a relação da satisfação com a vida, com a idade, ela pode tanto aumentar como reduzir com o avanço do tempo, o que acaba por afetar diretamente a qualidade de vida. Nesse sentido, vários métodos foram propostos para mensurar a mesma.

2.3.1 Mensuração da qualidade de vida na velhice

Começando na década de 1960, a satisfação com a vida foi originalmente pensada para ser medida objetiva e externamente, da mesma forma que medir a frequência cardíaca ou a pressão arterial pode ser medida (ARAÚJO; SILVA, 2017).

Embora a satisfação com a vida esteja correlacionada com variáveis como renda, saúde e qualidade do relacionamento, cada indivíduo pode ponderar essas variáveis de forma diferente das outras. Não é inédito que uma pessoa com baixa renda, saúde fraca e poucos relacionamentos íntimos tem maior satisfação com a vida do que alguém com riqueza, um atestado de saúde limpo e muitos amigos.

Dessa forma, para obter uma medida precisa da satisfação com a vida, ela deve ser obtida subjetivamente; técnicas comuns de medição incluem pesquisas, questionários e entrevistas (ARAÚJO; SILVA, 2017).

Entre as técnicas empregadas, a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), criada por Ed Diener, tem sido a medida de satisfação com a vida mais popular e amplamente usada desde seu início na década de 1980. A referida escala consiste em cinco afirmações que os respondentes avaliam em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) (PAVOT; DIENER, 2009).

Essa avaliação não especifica domínios explícitos nos quais os respondentes devem avaliar sua satisfação, como trabalho ou saúde; em vez disso, faz perguntas mais gerais para produzir uma avaliação subjetiva da vida como um todo. Essa subjetividade é importante na medição da satisfação com a vida, pois, as pessoas podem e diferem amplamente com base em variáveis como país, religião e valores, sendo assim impossível dividir a satisfação com a vida em domínios específicos (PAVOT; DIENER, 2009).

Outra escala popular é a Escala de Flanagan, a qual visa avaliar a satisfação individual em relação a cinco domínios conceituais, sendo estes: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais e cívicas, desenvolvimento pessoal e recreação (OLIVEIRA *et al.*, 2017; FUMES-GHANTOUS; CORRENTE; TATIS, 2020).

Destaca-se que a Escala de Flanagan foi desenvolvida em meados da década de 1970, por meio de um estudo empregando a técnica do incidente crítico, o qual abordou aproximadamente 3.000 indivíduos norte-americanos de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Os participantes foram questionados sobre o que coisas importantes haviam acontecido com eles e quão satisfeitos estavam com esses eventos. A partir dos resultados obtidos, foram identificados 15 componentes, agrupados nas cinco dimensões citadas.

Acerca dos itens abrangidos pela escala, Oliveira *et al.*, (2017) apresenta o significado de cada um:

O item bem-estar refere-se à boa disposição física, conforto e tranquilidade material; o de relacionamento compreende a ligação afetiva, condicionada por várias atitudes recíprocas; o de atividade envolve comportamentos emitidos como resposta ao desenvolver atividades de lazer, como clubes da terceira idade, ou ao exercer ações de caráter mais político, como as associações de aposentados; o desenvolvimento pessoal consiste na autoaceitação, relações positivas com outros, autonomia, senso de domínio e busca de metas; e o de recreação compreende as atividades de distração individual e social (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 2-3).

Considerando os pontos contemplados pela Escala de Flanagan, pode-se dizer que a mesma é uma importante ferramenta, uma vez que esclarece vários aspectos relacionados a vida do idoso, principalmente no que se refere aos aspectos do cunho intersubjetivo e de maior probabilidade de ocorrência na terceira idade, como por exemplo manifestações de doenças, perda de papéis ocupacionais e perdas afetivas.

Ante ao exposto, tem-se que os modelos conceituais e instrumentos de qualidade de vida para pesquisa, avaliação e avaliação em diversas populações têm sido desenvolvidos desde meados do século passado (COONEY *et al.*, 2014). Assim, a qualidade de vida global é um conceito multifacetado, representando um estado subjetivo que é afetado por condições de saúde crônicas e debilitantes, as quais são condições são comuns entre idosos (SILVA *et al.*, 2017).

Dentro desse cenário, destaca-se que outro método utilizado para mensurar a satisfação com a vida é o emprego das Diretrizes para Medir o Bem-estar Subjetivo desenvolvidas pela Comissão Europeia e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE). A abordagem da OCDE para medir o bem-estar subjetivo e seu componente – satisfação com a vida – tornou-se uma síntese das abordagens mais comuns e formou a base para uma metodologia uniforme e universalmente aceita de agências estatísticas nacionais e principais pesquisas sociológicas.

A OCDE propõe uma definição relativamente ampla de bem-estar subjetivo: um bom estado mental, incluindo todas as diferentes avaliações positivas e negativas das pessoas sobre suas vidas e as reações emocionais das pessoas às suas experiências. Essas avaliações são subjetivas porque são testadas internamente, ou seja, não são estimativas de nenhum fenômeno externo. Ao mesmo tempo, refletem o bem-estar como ele é, uma vez que o indivíduo, por meio da avaliação, deixa claro o quão agradável e desejável é sua condição particular e um lado particular de sua vida.

O conceito de bem-estar subjetivo da OCDE inclui três elementos, sendo estes: Avaliação de vida em geral; Afeto e Eudaimonia (um princípio ético baseado na noção de que o comportamento humano é determinado pelo desejo de felicidade como objetivo último da vida).

Levando em conta esses elementos, a OCDE fornece recomendações sobre a coleta de dados para cada elemento, bem como para a avaliação da vida como um todo ou satisfação com a vida em geral (OCDE, 2013). Dessa forma, as pesquisas usam diferentes formulações das perguntas para avaliar a vida em geral. Contudo, a OCDE é incentivada a fazer aos participantes uma das duas perguntas sobre substituição.

A primeira pergunta é a escala de trabalho de autoancoragem Cantril, dada pelo seguinte questionamento:

Imagine uma escada com degraus numerados de 0 na parte inferior a 10 na parte superior. O topo da escada representa a melhor vida possível para você e a base da escada representa a pior vida possível para você. Se o degrau superior for 10 e o inferior for 0, em qual degrau da escada você diria que pessoalmente se sente em pé neste momento? (OCDE, 2013 s.p.).

Já a segunda pergunta refere-se diretamente sobre satisfação com a vida, sendo dada pela seguinte indagação: “Considerando todas as coisas, quão satisfeito você está com sua vida hoje em dia? Usando este cartão, onde 1 significa “completamente insatisfeito” e 10 significa “totalmente satisfeito”, onde você colocaria sua satisfação com a vida como um todo?” (BJØRNSKOV, 2010). Considerando essas questões, tem-se que a OCDE insiste que ambas as questões podem refletir satisfação com a vida.

Considerando os métodos de mensuração da satisfação com a vida, pode-se dizer que a mesma se refere ao sentimento que se tem em relação à sua vida como um todo. A satisfação com a vida é influenciada pelas circunstâncias, bem como pela impressão e perspectiva do indivíduo em relação a elas. A vida de um indivíduo e os objetivos que ele estabeleceu para si mesmo e o grau em que esses objetivos são alcançados determinam a satisfação com a vida de uma pessoa.

A satisfação com a vida e as necessidades estão inter-relacionadas, portanto, conforme as necessidades mudam, o mesmo ocorre com o primeiro. Por outro lado, se os objetivos de uma pessoa não forem definidos de acordo com as verdadeiras necessidades, a insatisfação certamente surgirá. De acordo com Silva *et al.*, (2017) os fatores determinantes da satisfação com a vida variam entre as diferentes culturas e nações.

Frente a isso, depreende-se que a satisfação com a vida é um conceito complexo, por meio do qual se pode avaliar sua sensação de ser. Pode trazer entusiasmo, falta de indiferença, responsabilidade, resistência diante das dificuldades, senso de propósito e motivação para alcançá-lo, aceitação da própria aparência e de si mesmo, adaptação a novas circunstâncias e pensamento positivo e moral. Assim, a satisfação com a vida indica uma inferência positiva do mundo exterior.

Uma perspectiva positiva em relação à vida e satisfação com a vida estão associadas à autoconfiança e ao orgulho. Além disso, a própria satisfação com a vida é afetada por fatores pessoais e culturais, emprego, estilo de vida, sabedoria e espiritualidade, relacionamentos emocionais e amorosos. Ante a isso, tem-se que a

satisfação com a vida é avaliada pela comparação das necessidades de um indivíduo com seus ativos e recursos. É alcançado quando os ativos estão de acordo com as necessidades. Naturalmente, quando os bens e recursos de um indivíduo são menores do que suas necessidades, a pessoa fica insatisfeita com sua vida (KANG; JUNG, 2020).

Assim, um dos fatores mais influentes que afetam a satisfação com a vida dos idosos é a sabedoria - definida como ter "conhecimento especializado na pragmática fundamental da vida", a tendência de refletir sobre o próprio comportamento e o de outros, e gentileza e empatia em vez de egoísmo. Embora a saúde física, o status socioeconômico e o envolvimento social possam desempenhar um papel significativo na satisfação com a vida dos idosos (e de todas as pessoas), Ardelet (1997) descobriu que a sabedoria é quase duas vezes mais influente do que os outros fatores. Isso é especialmente verdadeiro para as mulheres, pois os testes mostram que a saúde física é muito mais importante para homens idosos do que para mulheres idosas.

Logo, conclui-se que a satisfação com a vida, especialmente na velhice, está associada a fatores sociais, econômicos e familiares. Com isso, melhorar a vida dos idosos e promover sua qualidade de vida pode aumentar a sua satisfação com a vida. Assim, tendo em vista está multidimensionalidade acerca da satisfação, a prestação dos serviços aos idosos inseridos nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) tem grande relevância frente a qualidade de vida dos idosos

2.4 CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)

O CRAS é uma unidade pública voltada para questões de Assistência Social, o qual busca prevenir situações de risco social e, por isso, está localizada em regiões de maior vulnerabilidade, a fim de trazer benefícios às comunidades que residem nessas áreas (BIF, 2010).

A Assistência Social é regida pela Seguridade Social, visto que o Estado precisou adotar medidas para garantir o bem-estar social, assim sendo, a Constituição Federal de 1988, trouxe a Seguridade Social, caracterizando-a a partir do artigo 194: "Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988, s.p).

Neste sentido, a Assistência Social, conforme o artigo 203 da CF, será concedida à quem necessitar, visando a proteção à família, maternidade, infância, adolescência, velhice, ao amparo às crianças, adolescentes carentes, pessoas portadoras de deficiência, além de servir para a ascensão da integração ao trabalho e será garantida, em concordância com o princípio da dignidade da pessoa humana, àqueles que necessitarem de meios para sua manutenção, independentemente de terem contribuído à seguridade social.

No mais, temos sua organização no plano nacional, regido pela Lei nº 8.742/93, conhecida também por Lei Orgânica da Assistência Social, a qual prevê que a assistência social é um direito dos cidadãos que necessitam de amparo, sendo este, de dever do Estado, a fim de realizar ações de iniciativa públicas e da sociedade, para poder assegurar o atendimento às necessidades básicas daqueles que precisam da resguarda (SPOSATI, 2018).

Diante disso, tem-se que a Constituição Federal em vigor no Brasil, propagada em 1988, engranzou o conceito de direitos sociais e de seguridade social bem como o histórico das políticas de saúde pública volvidas para o envelhecimento. Com isso, a assistência social deve seguir todas diretrizes previstas no Estatuto do Idoso e demais dispositivos legais.

Acerca do disposto no Estatuto do Idoso, o mesmo versa que:

Art. 2º: O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, s.p).

Sob esta ótica, é importante ressaltar que o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), instituído e definido com a efetivação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), foi responsável pela implantação de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em toda a extensão nacional. No que concerne a relevância do CRAS para o meio social, destaca-se que a sua inserção na comunidade e nas histórias das famílias propicia o processo de intervenção de forma a ofertar aos mesmos bem-estar, apoio emocional e instrumental e melhoria da qualidade de vida do bairro (BIF, 2010).

Assim, o sistema de proteção social brasileiro integra diferentes estratégias contributivas e não contributivas para alcançar uma cobertura relativamente alta em

termos de pessoas cobertas na velhice. Entre essas estratégias, destaca-se a atuação do CRAS.

3 PERCURSO METODOLÓGICO: Trajeto metodológico da pesquisa

O presente estudo trata-se de uma pesquisa científica exploratória e explicativa com caráter quanti-qualitativo. De acordo com Gil (2008), a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer, como também modificar conceitos e ideias, acerca de um determinado acontecimento, propiciando uma visão mais ampla, já a pesquisa explicativa tem como preocupação identificar os fatores dos quais contribuem para a ocorrência dos fenômenos, aprofundando o conhecimento da realidade, porque vem esclarecer a razão e o porquê das coisas.

A pesquisa explicativa chega a ser a continuação de outra pesquisa descritiva, porque também identifica os fatores que determinam um fenômeno do qual exige que este esteja descritivo e bem detalhado.

Para tanto, foi realizado um estudo de campo, visto que se procura representatividade para a população estudada por meio do aprofundamento das questões propostas. As informações foram coletadas através da aplicação de um questionário, o qual foi aplicado aos profissionais que lidam com o grupo de idosos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) I, localizado na Rua Vitória Bezerra, S/N, no Bairro São Francisco no município de Cajazeiras-PB.

Esta pesquisa terá embasamento, dentro dos critérios, estabelecidos nas Resoluções 466/12, e 510/16. A fundamentação será normatizada assim, dentro do espaço ético limitando os procedimentos para que não desrespeite a dignidade da pessoa humana, como também a sua participação com dignidade e confortavelmente, sem interferir ou constranger, mantendo o bem-estar dos sujeitos participantes do processo da coleta de dados.

4 ANÁLISE DOS DADOS

A mensuração da qualidade de vida para os idosos tem relação direta com a sua satisfação com a vida. Começando na década de 1960, a satisfação com a vida foi originalmente pensada para ser medida objetiva e externamente; da mesma forma que medir a frequência cardíaca ou a pressão arterial pode ser medida (ARAÚJO; SILVA, 2017).

Embora a satisfação com a vida esteja correlacionada com variáveis como renda, saúde e qualidade do relacionamento, cada indivíduo pode ponderar essas variáveis de forma diferente das outras. Não é inédito que uma pessoa com baixa renda, saúde fraca e poucos relacionamentos íntimos tenha maior satisfação com a vida do que alguém com riqueza, um atestado de saúde limpo e muitos amigos.

Dessa forma, para obter uma medida precisa da satisfação com a vida, ela deve ser obtida subjetivamente; técnicas comuns de medição incluem pesquisas, questionários e entrevistas (ARAÚJO; SILVA, 2017).

Neste sentido, o questionário aplicado no presente estudo, aborda diversas questões que visam compreender o cenário ofertado para os idosos inseridos no CRAS I de Cajazeiras-PB.

Porém, antes de apresentar as respostas, vale mencionar que devido as medidas restritivas de isolamento decorrentes da pandemia de COVID-19, o questionário só pode ser aplicado a um profissional que atua no CRAS I de Cajazeiras-PB.

Neste caso, a primeira pergunta discorre sobre o tempo de atuação do profissional no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e a resposta foi em torno de 4 e 5 meses.

Quanto à segunda pergunta, a mesma arguiu sobre o que o profissional entende sobre velhice e envelhecimento, e a resposta foi: “Velhice a última etapa do ciclo da vida e envelhecimento é um processo natural do desgaste do corpo”.

Nesta linha de raciocínio, a terceira pergunta questiona se na opinião do profissional a pessoa idosa pode envelhecer com qualidade de vida, e a resposta foi a seguinte: “Qualidade de vida é algo subjetivo depende da percepção do indivíduo sobre o que é felicidade, está associado a vida ativa, hábitos saudáveis e atividades físicas, contato com a família e amigos, tudo isso estimula a mente”.

Considerando a importância do trabalho com os idosos, a quarta pergunta questiona se o profissional possui ou recebeu algum tipo de especialização/capacitação para atuar com pessoas idosas no município. Neste caso, o profissional respondeu que não recebeu e nem tampouco apresenta capacitação para atuar com o público idoso.

Já a quinta pergunta apurou sobre as atividades que são realizadas com os idosos nos grupos de SCFV (Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos), na qual o profissional respondeu que são dinâmicas, danças, rodas de conversas, coquetéis, quebra-cabeças e pinturas em tecidos e papéis.

O SCFV buscar fortalecer os vínculos familiares e comunitários, bem como procura desenvolver capacidades nos usuários, gerando autonomia e protagonismo por meio da troca de experiências e integração entre os participantes do grupo. Com isso, a sexta pergunta indaga sobre o fato dos idosos participarem frequentemente do grupo de SCFV e o profissional respondeu o seguinte:

Mesmo com a pandemia estamos trabalhando de forma remota, com escutas, com visitas usando todos os cuidados, mas gente não está deixando de fazer esses atendimentos a eles até porque eles são muito carentes, necessita de muitas conversas. Mesmo com o distanciamento a gente visita cada casa (ENTREVISTADO).

Assim, tendo em vista a relevância das ações do SCFV, a sétima pergunta indaga sobre quais são os critérios de inclusão dos idosos no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo – SCFV. Ante a isso, o profissional respondeu que os membros precisam ter 60 anos ou mais e fazer parte do território do CRAS I.

Analisando a importância das ações do CRAS, especialmente por meio do grupo SCFV, a oitava pergunta elucida sobre a composição dos profissionais da equipe do CRAS, em que o profissional responde que a equipe é formada por doze pessoas, sendo duas assistentes sociais, uma psicóloga, uma coordenadora, dois monitores, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços, uma cozinheira e um motorista.

Dessa forma, levando em consideração o quadro de profissionais da equipe do CRAS, a nona pergunta pontuou sobre a quantidade de idosos que participam do grupo de SCFV, e o profissional explanou que: “Grupo de idosos estamos 20, mais isso porque estamos em uma pandemia e quase sem atividades, quando estamos na

ativa chega até 38 idosos e dessa pandemia perdemos de 5 a 6 idosos que faziam parte não venceram o COVID-19”.

Por fim, a décima pergunta questiona se na opinião do profissional o CRAS de Cajazeiras-PB precisa de melhorias para a garantia de direitos dos idosos, e a resposta foi não. Ademais, o profissional acrescentou que:

La nós temos todo contexto para trabalhar o que nos está privando é essa pandemia, nós temos um trabalho muito diferenciado com os idosos e quando eles estão na ativa a gente procura a cada 15 dias uma atividade diferente, um passeio e sempre fazendo diferente para que eles se sintam bem (ENTREVISTADO).

Com base nas respostas do profissional que atua no CRAS de Cajazeiras-PB, pode-se concluir que o mesmo se mostra eficaz para promoção da qualidade de vida e satisfação da vida por parte dos idosos, uma vez que atuam com frequência frente a esse grupo.

Contudo, para compreensão melhor das ações do CRAS face a qualidade de vida dos idosos, torna-se necessário a aplicação do questionário para uma faixa maior de pessoas, o que nesse momento de pandemia não pode ser realizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs em analisar a qualidade de vida dos idosos do CRAS I do município de Cajazeiras-PB.

Primeiramente compreendeu-se que o processo de envelhecimento é algo natural e inevitável no decorrer da vida do ser humano. Diante do crescimento populacional da terceira idade nos últimos anos, foram criadas medidas para garantir os direitos dos idosos no que diz respeito à qualidade de vida e saúde. Com base no questionário aplicado, percebeu-se, apesar de suas limitações, que as ações do CRAS são fundamentais para promoção da qualidade de vida dos idosos.

Assim, conclui-se que para que o idoso tenha um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é necessário um cuidado específico e baseado em suas particularidades, uma vez que trará benefícios não apenas para a terceira idade, mas, inclusive qualidade e sustentabilidade ao sistema de saúde.

Neste sentido, a participação da terceira idade nas atividades da comunidade e ações de educação em saúde pode ser uma alternativa efetiva, proporcionando o compartilhamento de informações e a criação de práticas favorável à saúde e bem-estar. Estratégias desenvolvidas de maneira construtiva, juntamente com os sujeitos envolvidos, as ações de educação em saúde podem incentivar a autonomia e independência nos idosos, em práticas de autocuidado, e em especial, na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- AHRENS, R de B. **Proposta de uma ferramenta de análise de ambiente organizacional com foco em QV, QVT e clima organizacional**. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Ponta Grossa, 2016.
- ARAUJO, J. J., SILVA, A. C. G. C. Aplicação da ferramenta SERVQUAL para mensurar a satisfação dos clientes em uma academia de ginástica em Petrolina–PE. *In: Exacta*. V. 15, n. 2, p. 323-334, 2017.
- ARDELT, Monika. Wisdom and life satisfaction in old age. *In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. v. 52, n. 1, p. P15-P27, 1997.
- BALTES, PB, SMITH, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *In: Gerontology*, v. 49, n. 2, p. 123-135, 2003.
- BIF, F. S. **CRAS - Centro de Referência de Assistência Social. Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC**. Criciúma, p. 07, 2010.
- BJØRNSKOV, C. How comparable are the Gallup World Poll life satisfaction data?. *In: Journal of happiness Studies*, v. 11, n. 1, p. 41-60, 2010.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 24 maio 2021.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso: Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 24 maio 2021.
- BRASIL. **Decreto Nº 10.133, de 26 de novembro de 2019**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10133.htm. Acesso em: 28 mar. 2021.
- BORGES, G. R.; CONSTANTE, A.; MACHADO, D. P. A Influência do Hedonismo sobre a Felicidade e a Satisfação com a Vida. *In: Revista de Administração IMED*. V. 7, n. 1, p. 30-48, 2017.
- BORGES, Aline Aparecida da Silva. **Treinamento De Força Como Prevenção Da Osteoporose**. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Centro Universitário de Formiga–UNIFOR-MG, Formiga, 2013.
- COONEY, A.; *et al.* Exploration of the meaning of connectedness for older people in long-term care in context of their quality of life: a review and commentary. *In: International journal of older people nursing*. V. 9, n. 3, p. 192-199, 2014.

CORRÊA L; GOULART D. **Políticas Públicas do Brasil em relação aos idosos**. In: A proteção jurídica dos idosos no ordenamento brasileiro. JUS, 2016.

DANIEL, F., ANTUNES; A., AMARAL, I. Representações sociais da velhice. In: **Análise Psicológica**. V. 33, n. 3, p. 291-301, 2015.

FARIAS, A J. A., *et al.* **Assistência De Enfermagem Na Busca Por Um Envelhecimento Ativo**. Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Editora Realize, 2016.

FELIPE, T. W. S. S., SOUSA, S. M. N. A construção da categoria velhice e seus significados. In: **Pracs: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**. V. 7, n. 2, p. 19-33, 2015.

FENG, Y. H. Influências da Atividade Física na Cognição e na Depressão no Envelhecimento. **Arquivos Brasileiros de Educação Física**, v. 1, n. 1, p. 157-166, 2018.

FERREIRA, L. K., MEIRELES, J. F. F., FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. In: **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. V. 21, n. 5, p. 616-627, 2018.

FERRISS, Abbott L. A theory of social structure and the quality of life. In: **Applied Research in Quality of life**, v. 1, n. 1, p. 117-123, 2006.

FUMES-GHANTOUS, G., CORRENTE, J. E., TATIS, A. F. G. Factors Related to Functional Capacity and Quality of Life for Elderly People in a Middle-Sized City of São Paulo, Brazil. In: **Health**. V. 12, n. 12, p. 1562-1574, 2020.

FORMIGA, L. M. F., *et al.* Envelhecimento ativo: revisão integrativa. In: **REVISTA INTERDISCIPLINAR CIÊNCIAS E SAÚDE-RICS**. V. 4, n. 2, 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: atlas, 2008.

HEIKKINEN, R.L. **The role of physical activity in healthy aging**. [S.L]: World Health Organization, 2016.

HONÓRIO, G. J. D. S., *et al.* Estratégias de promoção da saúde dos idosos no Brasil: um estudo bibliométrico. In: **Rev. enferm. UERJ**. p. 121-126, 2013.

IBGE. Censo 2021. Disponível em: <https://censo2021.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>. Acesso em: 28 mar. 2021.

KANG, Y. S., JUNG, J. The Effects of Characteristic and Social Support on the Life Satisfaction of the Elderly. In: **Asia-Pacific Journal of Business Venturing and Entrepreneurship**. V. 15, n. 1, p. 259-268, 2020.

LIMA, T. J. V. D., *et al.* Humanization in primary health care from the viewpoint of elderly. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 265-276, 2014.

MADDUX, James E. **Subjective well-being and life satisfaction: An introduction to conceptions, theories, and measures**. Routledge, 2017.

MIRANDA, G. M. D., MENDES, A. D. C. G., SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *In: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. V. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOMBELLI, G.; SILVA, M. A. R. T. A. Envelhecimento populacional e a questão do cuidado. 2020.

MOREIRA, N. B., *et al.* Qualidade de vida. *In: Revista Brasileira De Educação Física E Esporte*. V. 33, n. 1, p. 107-114, 2019.

MOURA, M. M. D. D., & VERAS, R. P. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V. 27, p. 19-39, 2017.

NIEMAN, David C. Exercício e saúde: teste e prescrição de exercícios. Tradução Rogério Ferraz, Fernando Gomes do Nascimento. Barueri, SP: Manole, 2011. OECD. *In: Guidelines on measuring subjective well-being*. 2013.

OCDE - Comissão Europeia e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico. **Guidelines on measuring subjective well-being**. 2013.

OLIVEIRA, B. C., *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade. *In: Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 30, n. 3, 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa - Envelhecimento e saúde**. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em: 28 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 60 p. World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORLANDO. Breno. **O que é qualidade de vida?** Disponível em: <https://medium.com/@brenorlando/o-que-%C3%A9-qualidade-de-vida-f6012110261e>. Acesso em: 19 maio 2021.

PAI, Y. P., CHARY, S. T., HURST, K. Measuring patient-perceived hospital service quality: a conceptual framework. **International journal of health care quality assurance**, 2016.

PAVOT, W., DIENER, E. Review of the satisfaction with life scale. *In: Assessing well-being*. Springer, Dordrecht, p. 101-117, 2009.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PNAS/2004. **NORMA OPERACIONAL BÁSICA**. 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 28 mar. 2021.

PORTES, G. C., LEITE, L. L. S. Interação ensino-serviço-comunidade na promoção do envelhecimento ativo. *In: Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG*. 2020.

RAMOS, A. P., SILVA, J. R. Qualidade de vida e humanização em unidades básicas de saúde. *In: FABE em revista*, v. 5, n. 6, 2015.

SABATÉ, Roberta Cristina Delboni. **Envelhecimento e sociedade**: um debate sobre o lugar do idoso no Brasil contemporâneo. 76 f.; 30 cm. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, 2016.

SILVA, D. P. L., *et al.* Envelhecimento e velhice: humanização nos cuidados à pessoa idosa na perspectiva dos alunos do curso técnico em enfermagem da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras–ETSC. *In: Brazilian Journal of Health Review*, v. 1, n. 2, p. 389-398, 2018.

SILVA, J. A. C., DE SOUZA, L. E. A., GANASSOLI, C. Qualidade de vida na terceira idade. *In: Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 15, n. 3, p. 146-149, 2017.

SOUSA, N. F. D. S., *et al.* Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *In: Cadernos de saúde pública*. V. 34, p. e00173317, 2018.

SPOSATI, Aldaiza. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. *In: Ciência & Saúde Coletiva*. V. 23, p. 2315-2325, 2018.

STRINE, T. W., *et al.* The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among US community-dwelling adults. *In: Journal of community health*. V. 33, n. 1, p. 40-50, 2008.

VARGAS, W. O. **O processo do envelhecimento humanizado**: uma reflexão sob a perspectiva dos idosos desacompanhados, assistidos pela Unidade Básica de Saúde do distrito de Raposo, e estratégias vitais à manutenção da qualidade de vida. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The WHOQOL Group. (CH), Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse**. WHOQOL user manual. Geneva; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), World Health Day 2012: **Ageing and Health**: Toolkit for Event Organizer. Instruments WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ageing and health. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 19 maio 2021.