

Envelhecimento humano e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)

FERREIRA, A. A.¹

OLIVEIRA, J. J. A.²

Resumo: O objetivo é fomentar uma análise crítica sobre a construção do conhecimento sobre Qualidade de Vida (QV), políticas públicas e envelhecimento humano, representando esse último como eixo que integra as políticas públicas e tendo como conceito norteador a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). A metodologia deste trabalho traz uma pesquisa analítica, de caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. Como resultado, observou-se a dificuldade das ações das políticas públicas e da compreensão do conceito de indissociabilidade que busca sintonia com os conceitos de QV para construção do processo de envelhecimento humano responsável e com garantias do Estado. Além disso, verificou-se que o conceito de QVRS é uma ferramenta importante para fomentar a discussão acerca da construção do envelhecimento responsável, com ações preventivas e respeitando os limites do próprio ser humano quanto ao seu entendimento particular sobre qualidade de vida. Como conclusão, constatou-se que as políticas públicas produzem ações que ainda não contemplam o conceito de QVRS, principalmente quando se fazem necessários prevenção e cuidados paliativos mais intensos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Envelhecimento Humano. Políticas Públicas.

¹ Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Franca. *E-mail:* <dryferreira@hotmail.com>.

² Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Franca. *E-mail:* <josianiju@gmail.com>.

1. INTRODUÇÃO

[...] necessitamos de uma crítica dos valores morais, é preciso começar pôr colocar em questão o valor mesmo desses valores, e isso supõe o conhecimento das condições e das circunstâncias do surgimento, do desenvolvimento e da modificação deles (entendendo-se moral como consequência, como sintoma, como máscara, como tartufaria, como doença, como mal-entendido, mas também como causa, remédio, estimulante, entrave ou veneno), em poucas palavras, um conhecimento tal que jamais existiu até o presente e tal que nem mesmo jamais se desejou. (NIETZSCHE, 1987, p. 14)

Iniciando o tema sobre qualidade de vida, trazemos a contribuição do Relatório da *Commission on National Goals*, realizado pelo governo dos Estados Unidos em 1960, que iniciou a definição de indicadores sociais e ambientais de bem-estar e de qualidade de vida. Nessa época, o presidente norte-americano Lyndon Johnson, em 1964, utilizou o termo qualidade de vida publicamente pela primeira vez, declarando que os objetivos da nação não podiam ser medidos por números, de forma quantitativamente e sim pela qualidade de vida nos aspectos qualitativos, que proporciona aos cidadãos (COELHO, 2008).

Dessa forma, podemos notar que o tema é amplo, não existe uma única definição para a qualidade de vida (QV), mas apenas uma concordância razoável entre os pesquisadores acerca de seu construto, sua subjetividade, sua multidimensionalidade e sua bipolaridade (pode ser boa ou ruim). Assim, passa a ter um conceito diferente entre os indivíduos, de acordo com sua localização, varia de acordo com a época e, dentro dela, em tempos diferentes, bem como aspectos culturais, sociais e de espiritualidade.

O que se pode afirmar de acordo com as pesquisas já realizadas é que a qualidade de vida (QV) é a sensação de bem-estar pessoal que provém da satisfação ou insatisfação com áreas da vida, com o cotidiano pessoal, de acordo com fatores individuais de importância dentre várias dimensões, de modo que podemos afirmar

que existem aspectos: cultural, social, econômica e espiritual (MACHADO; SAWADA, 2008).

2. OBJETIVO E METODOLOGIA DE PESQUISA

Este artigo tem como objetivo fomentar um debate crítico sobre a construção do conhecimento do conceito de qualidade de vida e sua relação com as políticas públicas e o envelhecimento humano.

A metodologia da pesquisa é bibliográfica, de caráter descritivo e exploratório. A análise dos dados é qualitativa, que, conforme entendimento de Minayo (1994), se refere a uma junção de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, um conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o homem se difere em agir, pensar e interpretar as ações na realidade social.

Como percurso metodológico, trata-se de uma pesquisa analítica, de caráter descritivo e exploratório através da literatura já existente na área.

O referencial teórico da pesquisa buscou focar no conceito de indissociabilidade entre qualidade de vida, políticas públicas e o envelhecimento humano, funcionando este último como um eixo que integra as ações nessa área, denominado QVRS.

3. ENVELHECIMENTO HUMANO E QUALIDADE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Quando estudamos o envelhecimento humano, temos que trazer para debate a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (tradução de *Heath Related Quality of Life*), ou QDVRs. Esse índice de medição da qualidade de vida relacionada diretamente à saúde já existe e está validado como ferramenta de pesquisa em vários países. A QVRS, como estudo científico, pode ser customizada para abordar características específicas de uma única doença, privilegiando os aspectos que são únicos da afecção estudada, bem como seus sintomas típicos e efeitos do tratamento. Além disso,

considera consequências indiretas da doença, como estrutura familiar, dificuldades financeiras, laborais, econômicas, e outras questões sociais relevantes e inter-relacionadas (RIBEIRO, 2006; MARQUES, 2013).

A Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 1998, p. 1405) define como qualidade de vida “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Para a OMS, qualidade de vida inclui seis domínios principais: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (MACHADO; SAWADA, 2008; MARQUES, 2013).

A existência do conceito QVRS contribui para o reconhecimento da importância dos aspectos subjetivos e psicológicos relacionados à doença. No planejamento de um sistema de saúde global, parte do desenvolvimento tecnológico e científico que favorecerá a cura e o prolongamento da vida, a QVRS deve ser considerada nos objetivos clínicos, especialmente na área das doenças crônicas, como um parâmetro importante (MARQUES, 2013).

A percepção individual do estado de saúde é o fator mais importante em relação à satisfação com a qualidade de vida (MICHALOS, 2002). A pessoa deve ser respeitada na sua individualidade e autonomia, e esses princípios devem ser considerados não apenas na relação doente-profissional de saúde, mas também dentro da instituição que oferece o serviço de saúde, sua estrutura familiar e a sociedade (COELHO, 2008; MARQUES, 2013).

O conceito de QVRS implica ainda na equidade da trajetória para diagnóstico e tratamento, ou seja, idealmente, na justa oportunidade de obtenção de saúde para todos os necessitados de atendimento (WHITEHEAD, 1992).

A equidade na atenção à saúde é o conjunto de recursos que devem ser igualmente distribuídos entre todos os indivíduos ou grupos sociais, incluindo o direito à proteção à saúde como bem social e a discriminação positiva, ou seja, dar mais àquele que mais necessita (ROVERE, 1999; MARQUES, 2013).

A justiça como equidade desenvolve a faculdade moral do que constitui um interesse da mais elevada ordem, ou seja, a concepção política da pessoa como livre e igual. Nesse sentido, a alocação dos recursos para a saúde, sendo um problema de natureza política, pertence igualmente ao universo da justiça. Ao longo da evolução da humanidade, diferentes teorias de justiça adequadas aos conceitos temporais da visão de bem comum influenciaram em como esses cuidados de saúde eram prestados (MARCHIONATTI, 2006; MARQUES, 2013).

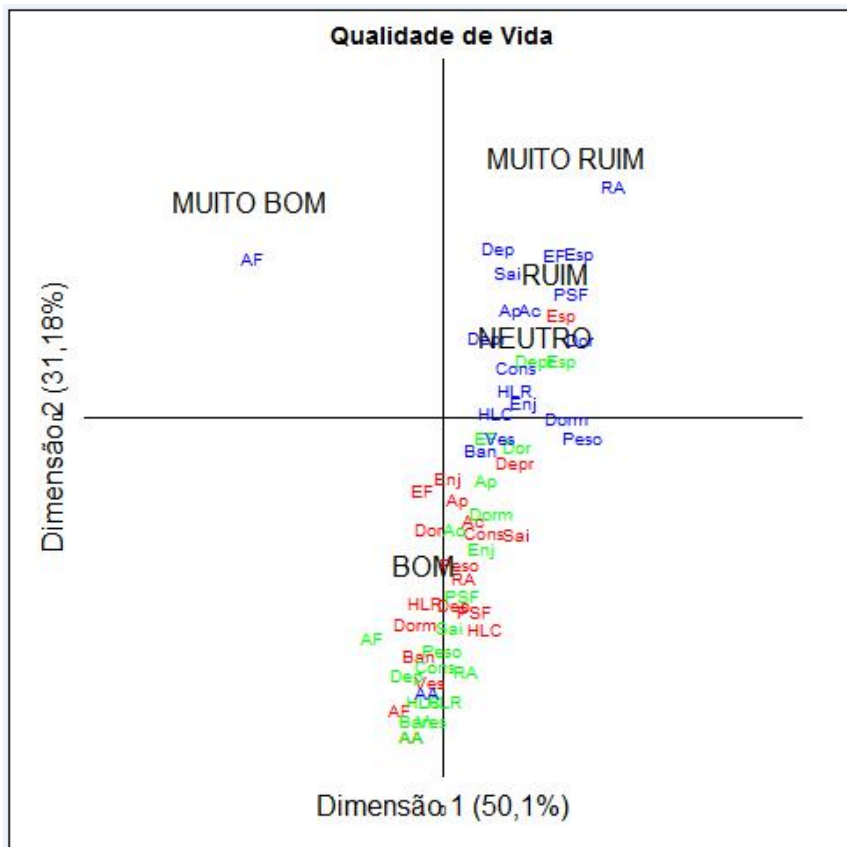
4. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E ACESSO À SAÚDE

A compreensão da relevância do acesso à saúde e sua ligação com a QV das pessoas possibilitará aos gestores de saúde a elaboração de um sistema que efetive a equidade no cuidado à saúde, numa conjuntura ideal em que esse processo de equidade sempre se encontre presente, os métodos de trabalho reconheçam a saúde como direito de todos e que, ao mesmo tempo, mantenham ou melhorem a qualidade de vida dos usuários (MARQUES, 2013).

Como exemplo de resultados de estudo, na dissertação de mestrado “O acesso dos pacientes com obstrução biliar neoplásica à rede assistencial hierarquizada e regulada e suas implicações”, foram avaliados alguns parâmetros empregados para verificar a percepção sobre a QV dos pacientes com afecção biliopancreática na faixa etária considerada idosa, de conceito bom a ruim., Apenas o apoio da família no grupo de neoplasia ampolar e periampolar (NAP) foi considerado como muito bom e relacionamento afetivo muito ruim (MARQUES, 2013).

Nos diferentes grupos estudados Coleletíase (COL) e litíase na via biliar (LVB), os parâmetros ficaram entre os conceitos neutro e bom, enquanto para o grupo Neoplasia a Neoplasia Ampolar e Periampolar (NAP), os parâmetros se concentraram entre os conceitos neutro e ruim (MARQUES, 2013), conforme consta no gráfico abaixo:

Gráfico 1. Percepção sobre a Qualidade de Vida nos pacientes com afecção Biliopancreática de acordo com os grupos.



COL: Coleletíase (vermelha) LVB: Litíase na Via Biliar (verde) e NAP: Neoplasia Ampolar e Periampolar (azul) de acordo com os seguintes parâmetros: EF-energia física; Enj-enjoo; Dor - dores; Ap - apetite; Cons - constipação; Peso - perda de peso; HLC - habilidade de locomoção em casa; HLR - habilidade de locomoção na rua; Ban-toma banho sozinho; Ves - se veste sozinho; Dorm - dormir; AF - apoio da família; AA - apoio dos amigos; Dep - depende de outros; Sai-saída com amigos; Esp - pratica esportes e lazer; Ac - aceita a doença; PSF - preocupa-se com a situação da família; RA - relacionamento afetivo; Depr - depressão.

Fonte: Marques (2013).

Portanto, nota-se nesse resultado o quanto o conceito de QVRS é fundamental ser estudado e compreendido, pois está diretamente relacionado ao avanço do próprio tratamento de saúde e o respeito quanto à escuta ativa da pessoa humana. Desse modo, há grande preocupação e se faz necessário o debate entre a relação QV e envelhecimento humano, ou seja, o conceito de QV está diretamente ligado à qualidade que vamos adquirindo com o passar dos anos para que a fase idosa seja possível ser vivida de forma positiva, ou seja, o envelhecimento é um processo sociovital multifacetado ao longo de toda a vida, não um fim.

No entendimento de que envelhecer não é sinônimo de doença, e sim um processo natural do ser humano, já que no decorrer da vida a pessoa idosa vai apresentar algum nível de comprometimento funcional, dependência e, principalmente, solidão, portanto, têm a sua qualidade de vida diretamente afetada.

Assim, quando os estudos apontam que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões, entendemos que, sem o olhar referente ao processo de envelhecimento para a construção da QV, inevitavelmente poderá ser acompanhada por altos níveis de doenças crônicas, principalmente as relacionadas por motivos emocionais (LIMA, 2008).

Assim, o *World Health Organization Quality of Life* (WHO-QOL – Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) traz a definição de QV como a percepção do indivíduo de sua posição durante o processo de vida, em vários conceitos: cultural e de valores, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Dessa forma, o processo de envelhecimento é analisado e avaliado por seis domínios propostos pelo grupo WHOQOL: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade, ou seja, religião e crenças pessoais (WHO, 1998; MARQUES, 2013).

Através da dimensão da QV e da QVRS, percebe-se o quanto o processo de envelhecimento é complexo e nos provoca a necessidade de discutir os rumos das leis e políticas públicas dirigidas ao segmento da pessoa idosa. É preciso se pensar políticas públicas

que consigam respeitar as limitações locais, regionais e, que valorize acima de tudo o processo histórico de cada ser humano.

Dessarte, assistir ao envelhecimento no Brasil por meio de políticas públicas dirigidas à pessoa idosa é fundamental para situar o avanço da questão mergulhada nas contingências econômicas, sociais e culturais, construídas por meio de um processo histórico que se alarma na contemporaneidade como um cenário trágico. Portanto, configura-se um retrato atual que concerne ao desafio a ser percorrido pelos gestores legislativos e sociais que elaboram e executam as políticas públicas, diante da necessidade de abrir espaço para polissemia das formas de viver de um corpo, considerando a heterogênesse corpórea e a diversidade da beleza humana, mas não a criação de um padrão universal.

Importante ressaltar a ocorrência atual de um crescimento rápido da população idosa e percebe-se que as políticas públicas têm como objetivo central o envelhecimento populacional artificial, apenas pelo avanço tecnológico e médico. Não se articula em conjunto com o desenvolvimento científico, que busca o avanço das políticas sociais promovendo essencialmente o aumento da expectativa com QV e com QVRS.

A partir da consideração do pensamento quanto à imensidão do cuidado com o ser humano que fica idoso, Debert (2004) esclarece que é preciso pensar no reconhecimento da pluralidade de experiências de envelhecimento, que seja extinto o conceito de velhice como um período de doença, de dependência e de passividade, em que somente é considerado como importante para a sociedade capitalista o culto ao do corpo jovem, com objetivo central de promoção ao comércio e não à vida:

No contexto em que o envelhecimento se transforma em um novo mercado de consumo, não há lugar para a velhice. Engolidos pelas concepções auto preservacionistas do corpo, os gerontólogos têm agora como tarefa encorajar os indivíduos a adotarem estratégias instrumentais para o combate à deterioração e à decadência. Afinados com a burocracia estatal, que procura reduzir os custos com a saúde educando o público para evitar a negligência corporal, os gerontólogos abrem também novos mercados para

a indústria do rejuvenescimento (DEBERT, 2004, p. 227-228).

Portanto, o que é possível afirmar sobre envelhecimento humano, QV, QVRS e políticas públicas quanto à saúde é que o Sistema Único de Saúde Pública (SUS) no Brasil não está preparado para fornecer o suporte para a população quanto à prevenção de doenças para a manutenção da qualidade de vida em sua idade, muito menos quando se trata de uma pessoa idosa doente. Na grande maioria dos casos, nem a família do idoso consegue assumir os cuidados; mesmo que a legislação aponte para essa direção, na prática existe um distanciamento (CREUTZBERG; SANTOS, 2003).

Assim, destaca-se a contradição na legislação e no tocante à realidade, além de ir de encontro ao que está disposto no art. 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2011, p. 69):

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, prevenção e recuperação.

Mais uma vez, verifica-se nesse dispositivo legal um discurso acerca das políticas públicas sobre saúde que não condiz com a realidade social do país, o que denota ser importante a participação de todos, ou seja, o idoso, a família, a sociedade e o Estado nas discussões e nas ações de assistência social para promoção do envelhecimento com qualidade de vida. O que se percebe por meio de práticas empíricas nos setores de saúde pública é a dificuldade de acompanhar satisfatoriamente a população idosa, de modo a garantir a ela uma assistência que propicie boa qualidade de vida. Além disso, também não se verifica o subsídio às famílias dos idosos no tocante ao custeio com os cuidados. Isso denota uma desconsideração de um direito garantido a todos, o que inclui a população idosa.

Dessarte, vem à discussão a questão do repasse de responsabilidade dos cuidados com o idoso, dependente totalmente ou não, de modo que as famílias arcam com esse ônus isoladamente e nota-se que há ausência ou precariedade de ações do Estado por meio de políticas públicas quanto a prestação de serviço de saúde adequado, programas de lazer e cultura etc.

Em contrapartida, nota-se um discurso do que pode ser considerado como o ideal da humanização, tal como Faleiros (2000) verificou que as funções ideológicas apresentadas pelas políticas públicas camuflam a realidade. Isso evidencia uma desconexão com o discurso humanizante, tendo em vista que, na prática, a sociedade vive de forma desumana.

Desse modo, observa-se que o envelhecimento é um processo complexo, traz perdas quanto às estruturas física e emocional, mas, caracterizada como uma fase da vida humana que, para se chegar nela, é fundamental a construção de ações que tragam a dimensão da qualidade de vida e da QVRS em qualquer idade.

Percebe-se de fato que as leis em vigor no tocante à qualidade de vida, principalmente sobre a QVRS da pessoa humana, são insuficientes para modificara realidade social. O ideal é que o Estado prescreva leis estejam em sintonia com a realidade, prevejam ações para a promoção da qualidade de vida e a responsabilidade não recaia totalmente sob a família, que tenha que arcar sozinha também economicamente com os cuidados e os tratamentos médicos, por exemplo, sendo que impostos altíssimos são pagos, mas não são revertidos a essa prestação de serviço.

Quanto à medida da QVRS, ela pode ser destacada como uma ferramenta fundamental para a saúde, de modo que pesquisadores buscam descobrir fatores com maiores implicações na QV de várias doenças e apontar instrumentos de mensuração para identificar com mais fidedignidade os determinantes do cuidado: física, emocional, social e espiritual e considerar as variáveis demográficas e sociais de grupos de pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados mostram o distanciamento das políticas públicas que prevejam ações que promovam a qualidade de vida, a QVRS e o envelhecimento humano, considerando que tais questões são indissociáveis.

Verificou-se ainda que há algumas conquistas legais quanto à previsão de políticas públicas. Contudo, na prática, a gestão delas demonstra a não garantia no tocante à prevenção de risco e à busca de qualidade de vida e da QVRS durante o envelhecimento do ser humano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Constituição Federal*. Vade Mecum. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

COELHO, C. M. C. *Mulheres com cancro da mama em tratamento com quimioterapia*: contributos para a compreensão da sua qualidade de vida. 2008. 169 f. Dissertação (Mestrado em Oncologia) – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, Porto, 2008. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7278/6/Tese%20Mestrado.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2018.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. Famílias cuidadoras de pessoa idosa: relação com instituições sociais e de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília-DF, v. 56, n. 6, p. 624-629, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a06v56n6.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2018.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 2004.

FALERIOS, V. P. *A política social do estado capitalista*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface*, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008. Disponível em: <http://bdpi.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2673/art_LIMA_Envelhecimento_bem-sucedido_trajetorias_de_um_constructo_e_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 1 out. 2018.

MACHADO, S. M.; NAWADA, S. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/17.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2018.

MARCHIONATTI, C. R. E. *O relatório de gestão como instrumento de avaliação ao sistema de saúde*. 2006. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006. Disponível em: <<http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/2925/>>

O+relatorio+de+gestao.pdf;jsessionid=B75A77359D4A62A0947DD935C05968FE?sequence=1>. Acesso em: 1 out. 2018.

MARQUES, A. A. F. *O acesso dos pacientes com obstrução biliar neoplásica à rede assistencial hierarquizada e regulada e suas implicações*. 2013. 81 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4326391/mod_resource/content/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20Adriana%20Aparecida%20Ferreira%20Marques.pdf>. Acesso em: 1 out. 2018.

MICHALOS, A. Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, v. 65, n. 1, p. 27-72, 2002. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1025592219390>>. Acesso em: 1 out. 2018.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

NIETZSCHE, F. *Genealogia da moral*. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Brasiliense, 1987.

RIBEIRO, J. L. P. Qualidade de vida e doença oncológica. In: DIAS, M. R.; DURÁ, E. (Coords.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. p. 75-98.

ROVERE, M. *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosário: Secretaría de Salud Publica – AMR; Instituto Lazarte, 1999.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. *International Journal of Health Services*, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social, Science and Medicine*, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998. Disponível em: <http://www.psychology.hku.hk/ftbestudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf>. Acesso em: 2 out. 2018.