

**ENVELHECIMENTO
POPULACIONAL E
QUALIDADE DE VIDA NA
TERCEIRA IDADE:
DESAFIOS
CONTEMPORÂNEOS E
ESTRATÉGIAS DE
PROMOÇÃO DO
ENVELHECIMENTO ATIVO**

**POPULATION AGEING AND QUALITY OF LIFE IN OLD AGE:
CONTEMPORARY CHALLENGES AND STRATEGIES FOR PROMOTING
ACTIVE AGEING**

Ciências Biológicas, Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde •

26/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/782429957](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/782429957)

Dayse Marinho Martins¹

Paulo Sérgio França Costa²

Tatiana Elenice Cordeiro Soares³

Mayara Silva Cunha Oliveira⁴

RESUMO

O envelhecimento populacional configura-se como uma das principais transformações demográficas do século XXI, impondo desafios significativos aos sistemas de saúde, às políticas públicas, à previdência social, às famílias, às cidades e à organização social contemporânea. Este artigo tem como objetivo analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida da população idosa, considerando dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais do envelhecimento. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza exploratória, baseada em revisão integrativa da literatura. O estudo fundamenta-se em autores e referenciais como Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Alexandre Kalache, Anita Liberalesso Neri, Ecléa Bosi, Norbert Elias, Simone de Beauvoir, Paul Baltes, Bernice Neugarten, Veras, Camarano, Minayo e Doll, além de marcos legais brasileiros, como a Política Nacional do Idoso, o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Os resultados indicam que o envelhecimento não deve ser compreendido apenas como processo de declínio funcional, mas como etapa heterogênea, dinâmica e atravessada por potencialidades, desde que existam condições adequadas de saúde, autonomia, participação social, segurança econômica, suporte familiar, acessibilidade urbana e proteção contra discriminações. Fatores como manutenção da capacidade funcional, vínculos afetivos, acesso a serviços de saúde, inclusão digital, educação permanente, mobilidade urbana, lazer, alimentação adequada e combate ao etarismo demonstram forte relação com o bem-estar na velhice. Conclui-se que a promoção do envelhecimento ativo exige ações intersetoriais e mudança de paradigma, reconhecendo a pessoa idosa como sujeito de direitos, produtora de saberes, participante da vida social e destinatária prioritária de políticas

públicas inclusivas.

Palavras-chave: Envelhecimento; pessoa idosa; qualidade de vida; envelhecimento ativo; políticas públicas; saúde do idoso.

ABSTRACT

Population ageing is one of the main demographic transformations of the twenty-first century, imposing significant challenges on health systems, public policies, social security, families, cities, and contemporary social organization. This article aims to analyze the factors that influence the quality of life of the older population, considering biological, psychological, social, economic, and cultural dimensions of ageing. This is a qualitative, exploratory study based on an integrative literature review. The study is grounded in authors and references such as the World Health Organization, the Pan American Health Organization, Alexandre Kalache, Anita Liberalesso Neri, Ecléa Bosi, Norbert Elias, Simone de Beauvoir, Paul Baltes, Bernice Neugarten, Veras, Camarano, Minayo, and Doll, as well as Brazilian legal frameworks such as the National Policy for Older Persons, the Statute of Older Persons, and the National Health Policy for Older Persons. The results indicate that ageing should not be understood only as a process of functional decline, but as a heterogeneous, dynamic stage of life marked by potentialities, provided that adequate conditions of health, autonomy, social participation, economic security, family support, urban accessibility, and protection against discrimination are ensured. Factors such as maintenance of functional capacity, affective bonds, access to health services, digital inclusion, lifelong education, urban mobility, leisure, adequate nutrition, and combating ageism show a strong relationship with well-being in old age. The article concludes that promoting active ageing requires intersectoral actions and a paradigm shift, recognizing older persons as subjects of rights,

producers of knowledge, participants in social life, and priority recipients of inclusive public policies.

Keywords: Ageing; older persons; quality of life; active ageing; public policies; elderly health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui uma das transformações demográficas mais relevantes da sociedade contemporânea. O aumento da expectativa de vida, a redução das taxas de fecundidade, os avanços na medicina, a ampliação das políticas de vacinação, a melhoria das condições sanitárias e a expansão do acesso a serviços de saúde contribuíram para que as populações passassem a viver mais. Esse processo, embora represente uma conquista civilizatória, impõe desafios complexos aos sistemas de saúde, à previdência, à assistência social, às famílias, ao mercado de trabalho, às cidades e às instituições públicas.

Durante muito tempo, o envelhecimento foi tratado predominantemente como sinônimo de declínio, dependência, improdutividade e doença. Essa visão reducionista ainda permanece presente em discursos sociais, práticas institucionais e políticas públicas insuficientes. No entanto, a velhice é uma etapa plural, heterogênea e atravessada por múltiplas experiências. Existem idosos independentes e idosos dependentes; idosos ativos e idosos fragilizados; idosos com segurança econômica e idosos em vulnerabilidade; idosos com forte rede familiar e idosos em situação de abandono; idosos com acesso à cultura, lazer e saúde e idosos expostos à exclusão social. Portanto, falar em envelhecimento exige reconhecer diferenças de classe, gênero, raça, território, escolaridade, saúde, renda, moradia, trabalho e acesso a direitos.

A qualidade de vida na terceira idade depende da articulação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e ambientais. O envelhecimento envolve mudanças fisiológicas naturais, mas essas mudanças não determinam, por si só, a experiência da velhice. O modo como a sociedade organiza seus serviços, suas cidades, suas famílias, suas políticas de saúde e seus sistemas de proteção social influencia diretamente o bem-estar da pessoa idosa. Assim, envelhecer bem não é apenas resultado de escolhas individuais, mas também de condições coletivas.

A Organização Mundial da Saúde define envelhecimento ativo como processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Essa concepção desloca o olhar da doença para a funcionalidade, da dependência para a autonomia, da exclusão para a participação. Envelhecer ativamente não significa apenas manter atividade física ou permanecer no mercado de trabalho, mas conservar possibilidades de participação social, pertencimento, decisão, aprendizagem, segurança e dignidade.

No Brasil, o envelhecimento populacional ocorre em ritmo acelerado e em um contexto de profundas desigualdades sociais. Diferentemente de países que envelheceram após consolidar amplos sistemas de proteção social, o Brasil envelhece ainda convivendo com pobreza, informalidade, desigualdade regional, fragilidade de serviços públicos e limitações na rede de cuidado de longa duração. Esse cenário torna urgente o fortalecimento de políticas públicas voltadas à pessoa idosa.

A Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, o Estatuto da Pessoa Idosa e a Política Nacional de Saúde da Pessoa

Idosa constituem importantes marcos de proteção. Esses instrumentos reconhecem a pessoa idosa como sujeito de direitos e atribuem à família, à sociedade e ao Estado responsabilidades compartilhadas. Contudo, a existência de normas não garante, por si só, sua efetivação. Muitos idosos continuam enfrentando dificuldades de acesso à saúde, violência doméstica, abandono, insegurança econômica, isolamento social, barreiras arquitetônicas, exclusão digital e preconceito etário.

Diante desse contexto, este artigo parte do seguinte problema de pesquisa: **quais fatores influenciam a qualidade de vida da população idosa e quais estratégias podem promover o envelhecimento ativo e saudável na sociedade contemporânea?**

O objetivo geral é analisar os fatores que interferem na qualidade de vida da pessoa idosa, considerando dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas e culturais do envelhecimento. Como objetivos específicos, busca-se: discutir o envelhecimento populacional como fenômeno demográfico e social; compreender a qualidade de vida na terceira idade em perspectiva multidimensional; analisar o conceito de envelhecimento ativo; identificar desafios contemporâneos enfrentados pela população idosa; e propor estratégias intersetoriais de promoção da autonomia, participação e dignidade.

Defende-se como tese central que a qualidade de vida na terceira idade depende da construção de uma sociedade inclusiva, capaz de reconhecer a velhice como etapa legítima da vida, combater o etarismo, garantir direitos sociais, fortalecer redes de cuidado e promover oportunidades reais de participação.

2. METODOLOGIA

A pesquisa adota abordagem qualitativa, de natureza exploratória e bibliográfica, estruturada como revisão integrativa da literatura. A escolha por essa metodologia justifica-se porque o tema exige análise ampla e interdisciplinar, envolvendo saúde coletiva, gerontologia, psicologia, sociologia, políticas públicas, direitos humanos e organização social.

A revisão integrativa permite reunir, analisar e sintetizar conhecimentos produzidos em diferentes áreas, favorecendo compreensão abrangente do fenômeno estudado. Ao contrário de uma revisão estritamente sistemática, que geralmente trabalha com critérios rígidos de seleção e análise quantitativa de evidências, a revisão integrativa possibilita incorporar estudos teóricos, pesquisas empíricas, documentos normativos, relatórios institucionais e produções acadêmicas relevantes.

A pergunta norteadora da revisão foi: **quais dimensões influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa e quais estratégias são apontadas pela literatura para promoção do envelhecimento ativo?**

Foram considerados referenciais teóricos da gerontologia, da saúde pública, da psicologia do desenvolvimento, da sociologia do envelhecimento e das políticas públicas. Entre os autores utilizados, destacam-se Anita Liberalesso Neri, Alexandre Kalache, Ecléa Bosi, Simone de Beauvoir, Norbert Elias, Paul Baltes, Bernice Neugarten, Veras, Camarano, Minayo, Doll, Debert e Paschoal. Também foram considerados documentos da Organização Mundial da Saúde, da

Organização Pan-Americana da Saúde e marcos normativos brasileiros relacionados à pessoa idosa.

Os critérios de inclusão foram: publicações relacionadas ao envelhecimento populacional, qualidade de vida, envelhecimento ativo, saúde da pessoa idosa, autonomia, participação social, políticas públicas, proteção social, fragilidade, suporte familiar, inclusão social e direitos da pessoa idosa. Foram excluídos textos meramente opinativos, materiais sem autoria identificável e publicações que tratassem a velhice exclusivamente como doença, sem abordagem multidimensional.

A análise foi organizada em oito categorias: envelhecimento populacional; qualidade de vida na velhice; dimensões biológicas do envelhecimento; dimensões psicológicas; dimensões sociais; políticas públicas e direitos; envelhecimento ativo; estratégias de promoção da autonomia e inclusão social.

Por se tratar de pesquisa bibliográfica, não houve coleta direta de dados com pessoas idosas. Ainda assim, o estudo assume compromisso ético com a valorização da pessoa idosa, com a defesa de seus direitos, com a recusa do etarismo e com a promoção de uma visão humanizada do envelhecimento.

3. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL COMO FENÔMENO DEMOGRÁFICO E SOCIAL

O envelhecimento populacional resulta da combinação entre queda da fecundidade e aumento da expectativa de vida. Quando nascem menos crianças e as pessoas vivem mais tempo, a proporção de idosos na população cresce. Esse processo altera a estrutura etária

das sociedades e produz impactos econômicos, culturais, familiares, sanitários e políticos.

No passado, a velhice era vivida por parcela menor da população. Atualmente, um número crescente de pessoas alcança idades avançadas, inclusive acima de 80 e 90 anos. Esse fenômeno modifica a organização das famílias, aumenta a demanda por serviços de saúde, exige adaptação das cidades e desafia modelos tradicionais de previdência, cuidado e participação social.

O envelhecimento populacional não deve ser visto apenas como problema. Ele expressa avanço social. Viver mais é resultado de conquistas científicas, sanitárias e sociais. O desafio está em transformar longevidade em qualidade de vida. Uma sociedade pode aumentar a expectativa de vida, mas não garantir condições dignas de envelhecimento. A questão central, portanto, não é apenas quantos anos as pessoas vivem, mas como vivem esses anos.

No Brasil, o envelhecimento ocorre de modo desigual. Idosos de classes sociais mais altas tendem a ter maior acesso a planos de saúde, moradia adequada, alimentação de qualidade, atividades físicas, lazer, cultura e redes de apoio. Idosos pobres enfrentam mais dificuldades de acesso a serviços, transporte, medicamentos, segurança alimentar e cuidado. Mulheres idosas frequentemente acumulam trajetórias de trabalho doméstico não remunerado, menor renda previdenciária e maior risco de viuvez e solidão. Pessoas idosas negras podem carregar os efeitos acumulados do racismo estrutural ao longo da vida. Idosos residentes em áreas rurais, periferias urbanas, comunidades ribeirinhas ou territórios isolados enfrentam barreiras específicas.

Esse caráter desigual demonstra que o envelhecimento é processo biográfico e social. A velhice não começa aos 60 anos de forma abstrata. Ela é resultado de uma trajetória. Condições de infância, educação, trabalho, renda, moradia, alimentação, acesso à saúde e exposição a violências influenciam a qualidade do envelhecimento. Portanto, políticas de envelhecimento ativo devem dialogar com o curso de vida.

A perspectiva do curso de vida é fundamental porque mostra que a qualidade de vida na velhice é construída desde etapas anteriores. Prevenção de doenças crônicas, educação para saúde, trabalho digno, proteção social, alimentação adequada, atividade física, vínculos comunitários e acesso a direitos acumulam efeitos ao longo dos anos. Envelhecer bem não depende apenas de intervenções tardias; exige políticas públicas ao longo de toda a vida.

4. QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE: UMA CONCEPÇÃO MULTIDIMENSIONAL

Qualidade de vida é conceito amplo e multidimensional. Não se limita à ausência de doença nem ao acesso a bens materiais. Envolve percepção subjetiva de bem-estar, capacidade funcional, autonomia, relações sociais, segurança, autoestima, participação, espiritualidade, lazer, moradia, renda, acesso à saúde e sentido existencial.

Na velhice, a qualidade de vida depende da interação entre condições objetivas e subjetivas. Condições objetivas incluem renda, moradia, alimentação, transporte, saúde, acesso a medicamentos e segurança. Condições subjetivas envolvem satisfação com a vida, autoestima, percepção de utilidade, vínculos afetivos, projetos

peçoais e sentimento de pertencimento. Um idoso pode ter doença crônica e ainda assim apresentar boa qualidade de vida se possuir autonomia, suporte social e acompanhamento adequado. Por outro lado, pode não apresentar doença grave, mas viver em isolamento, abandono ou sofrimento psíquico.

A Organização Mundial da Saúde propõe compreender saúde não apenas como ausência de enfermidade, mas como bem-estar físico, mental e social. Essa visão é especialmente importante na velhice, porque muitos idosos convivem com condições crônicas controláveis. O objetivo das políticas de saúde não deve ser apenas curar doenças, mas preservar funcionalidade, autonomia e participação.

A capacidade funcional é um dos indicadores mais importantes de qualidade de vida na terceira idade. Refere-se à habilidade de realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, locomover-se, administrar dinheiro, usar transporte, preparar alimentos, cuidar da casa e manter participação social. A perda de capacidade funcional pode gerar dependência, isolamento e sofrimento. Por isso, ações preventivas e reabilitadoras são fundamentais.

A autonomia também é central. Autonomia significa capacidade de tomar decisões sobre a própria vida. Um idoso pode necessitar de apoio físico e ainda preservar autonomia decisória. O respeito à autonomia exige escuta, consentimento, participação nas decisões familiares e cuidado sem infantilização. Muitas vezes, idosos são tratados como incapazes simplesmente por serem velhos. Essa postura configura etarismo e viola a dignidade.

A qualidade de vida também depende do reconhecimento social. A pessoa idosa precisa ser vista como sujeito, e não como peso, problema ou objeto de cuidado. Ecléa Bosí, ao discutir memória e sociedade, mostra a importância das narrativas dos idosos para a preservação da experiência coletiva. A velhice carrega memória, história e saberes. Uma sociedade que despreza seus idosos empobrece sua própria consciência histórica.

5. DIMENSÕES BIOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento envolve mudanças biológicas progressivas. Redução da massa muscular, alterações hormonais, diminuição da densidade óssea, mudanças na visão e audição, alterações no equilíbrio, maior risco de doenças crônicas e redução da reserva fisiológica são aspectos comuns do processo de envelhecer. No entanto, essas mudanças não ocorrem de forma igual para todos. Há grande variabilidade individual.

É importante distinguir envelhecimento normal, envelhecimento patológico e envelhecimento saudável. O envelhecimento normal envolve alterações esperadas com a idade. O envelhecimento patológico refere-se a doenças e incapacidades que não devem ser naturalizadas como parte inevitável da velhice. O envelhecimento saudável busca manter capacidade funcional, autonomia e bem-estar, mesmo diante de mudanças corporais.

As doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, osteoartrose, câncer e demências, são frequentes na população idosa. Muitas delas podem ser prevenidas, diagnosticadas precocemente ou controladas por acompanhamento adequado. A atenção primária à

saúde possui papel fundamental nesse processo, pois permite acompanhamento contínuo, vacinação, controle de fatores de risco, promoção de hábitos saudáveis e coordenação do cuidado.

A fragilidade é outro conceito relevante. Trata-se de condição de maior vulnerabilidade a eventos adversos, como quedas, hospitalizações, perda funcional e mortalidade. A fragilidade pode envolver perda de peso, fadiga, baixa força muscular, lentidão e redução da atividade física. Identificar idosos frágeis permite intervenções preventivas, como fisioterapia, nutrição, revisão medicamentosa e fortalecimento da rede de cuidado.

As quedas constituem grave problema de saúde pública na velhice. Podem causar fraturas, medo de cair novamente, perda de autonomia, hospitalização e institucionalização. A prevenção envolve avaliação de equilíbrio, adaptação da residência, iluminação adequada, retirada de obstáculos, uso correto de medicamentos, atividade física, fortalecimento muscular e acompanhamento visual.

A alimentação adequada também é essencial. Desnutrição, obesidade, sarcopenia e deficiências nutricionais podem comprometer a funcionalidade. A dieta da pessoa idosa deve considerar condições clínicas, mastigação, renda, cultura alimentar, acesso a alimentos e possíveis dificuldades de preparo.

A atividade física é uma das estratégias mais eficazes para promover envelhecimento saudável. Caminhadas, exercícios de força, alongamento, equilíbrio, dança, hidroginástica e práticas adaptadas contribuem para saúde cardiovascular, manutenção muscular, prevenção de quedas, melhora do humor e socialização. Contudo,

políticas públicas devem garantir espaços seguros e acessíveis para a prática.

6. DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano não pode ser compreendido apenas a partir de alterações biológicas, funcionais ou cronológicas. Embora o avanço da idade esteja associado a mudanças corporais, sensoriais, metabólicas e funcionais, a velhice também envolve dimensões psicológicas profundas, relacionadas à identidade, à memória, à afetividade, à autonomia, aos vínculos sociais, à autoestima, à espiritualidade, ao enfrentamento das perdas e à construção de sentido para a vida. Desse modo, envelhecer não significa apenas viver mais anos, mas reorganizar modos de existir, interpretar experiências acumuladas, lidar com transformações pessoais e sociais e reconstruir projetos diante de novas condições.

A dimensão psicológica do envelhecimento é marcada por grande heterogeneidade. Não existe uma única forma de envelhecer do ponto de vista emocional ou subjetivo. Algumas pessoas vivenciam a velhice como período de liberdade, maturidade, sabedoria, participação familiar, descanso e realização de projetos adiados. Outras a experimentam como fase de perdas, solidão, insegurança, adoecimento, dependência e redução de possibilidades sociais. Entre esses extremos, há inúmeras trajetórias possíveis, influenciadas por história de vida, condições socioeconômicas, saúde física, vínculos afetivos, escolaridade, espiritualidade, experiências de trabalho, gênero, raça, território e acesso a políticas públicas.

A velhice pode trazer mudanças significativas nos papéis sociais. A aposentadoria, por exemplo, pode representar descanso após anos de trabalho, mas também pode gerar sensação de inutilidade, perda de identidade profissional e diminuição da convivência social. Em sociedades que associam valor humano à produtividade econômica, deixar o mercado de trabalho pode produzir sofrimento subjetivo. Muitos idosos passam a sentir que perderam reconhecimento, autoridade, rotina e pertencimento. Essa experiência é mais intensa quando a trajetória de vida foi fortemente organizada em torno do trabalho e quando não existem projetos alternativos de participação social.

A viuvez também constitui evento psicológico de grande impacto. A perda do companheiro ou da companheira pode alterar profundamente a rotina, a identidade e o sentido de continuidade da vida. Para muitos idosos, o casamento ou a convivência afetiva representou décadas de compartilhamento de responsabilidades, memórias, dificuldades e conquistas. A morte do cônjuge não produz apenas ausência física, mas reorganização de toda a vida cotidiana. O luto, nesse contexto, precisa ser reconhecido como processo legítimo, que envolve dor, saudade, adaptação e reconstrução de vínculos. Quando o luto se prolonga de forma intensa e incapacitante, pode evoluir para sofrimento psíquico importante e demandar acompanhamento especializado.

Outro aspecto relevante é a saída dos filhos de casa ou a mudança na relação com eles. Em muitos casos, a pessoa idosa passa de cuidadora a alguém que necessita de apoio. Essa inversão pode gerar sentimentos ambíguos. De um lado, pode haver gratidão, segurança e fortalecimento dos vínculos familiares. De outro, pode surgir medo de dependência, vergonha de pedir ajuda, sensação de

perda de autoridade e receio de tornar-se peso para a família. A qualidade dessa transição depende da forma como a família compreende a velhice, distribui responsabilidades e respeita a autonomia do idoso.

As alterações corporais também possuem impacto psicológico. Mudanças na aparência, redução da força física, limitações de mobilidade, dores crônicas, alterações na visão e audição, uso de medicamentos e presença de doenças podem afetar a autoimagem. O corpo envelhecido, muitas vezes desvalorizado por padrões sociais de juventude, pode ser vivido com estranhamento ou tristeza. A sociedade contemporânea, ao exaltar produtividade, velocidade, beleza juvenil e desempenho, tende a produzir sofrimento naqueles que não correspondem a esses ideais. Assim, parte do sofrimento psicológico da velhice não decorre apenas do envelhecimento em si, mas do modo como a cultura interpreta e desvaloriza o envelhecer.

A saúde mental da pessoa idosa merece atenção especial. Depressão, ansiedade, luto complicado, solidão, ideação suicida, alterações do sono, uso abusivo de medicamentos e declínio cognitivo podem comprometer profundamente a qualidade de vida. Muitas vezes, sintomas emocionais são negligenciados pela família, pelos profissionais de saúde e pela própria pessoa idosa, sendo tratados como “coisa da idade”. Essa naturalização é perigosa porque impede diagnóstico, cuidado e acolhimento. Tristeza persistente, isolamento intenso, perda de prazer, irritabilidade, desesperança, alterações importantes de apetite e sono, abandono do autocuidado e falas sobre morte não devem ser banalizados.

A depressão na velhice pode apresentar características específicas. Nem sempre aparece apenas como tristeza declarada. Pode

manifestar-se por queixas corporais frequentes, cansaço, apatia, perda de interesse, irritabilidade, lentificação, dificuldade de concentração e afastamento das atividades antes valorizadas. Em idosos com doenças crônicas, a depressão pode ser confundida com sintomas físicos. Por isso, a avaliação deve ser cuidadosa, integrando saúde física, história de vida, contexto familiar e condições sociais.

A ansiedade também pode afetar a pessoa idosa, especialmente diante de inseguranças relacionadas à saúde, à dependência, à violência urbana, à perda de renda, à morte de pessoas próximas e ao medo da institucionalização. Em muitos idosos, a ansiedade se expressa por preocupação excessiva, tensão, insônia, medo de cair, medo de sair de casa ou necessidade constante de confirmação e proteção. O cuidado em saúde mental deve evitar tanto a medicalização excessiva quanto a negligência. A escuta qualificada, o acompanhamento psicológico, os grupos de convivência, a atividade física, o fortalecimento de vínculos e o apoio familiar podem contribuir significativamente.

A solidão é um dos grandes desafios psicológicos e sociais do envelhecimento contemporâneo. Idosos que vivem sozinhos, que perderam vínculos afetivos, que têm mobilidade reduzida, que enfrentam dificuldades auditivas ou visuais, ou que se sentem socialmente desvalorizados podem experimentar isolamento profundo. A solidão não é apenas ausência de pessoas ao redor. É sentimento de desconexão, de não pertencimento e de não reconhecimento. Um idoso pode viver com familiares e ainda sentir-se solitário se não é escutado, se suas opiniões são ignoradas, se suas memórias são desvalorizadas ou se sua presença é tratada como incômodo.

A solidão afeta a saúde mental e física. Pode aumentar risco de depressão, ansiedade, declínio cognitivo, sedentarismo, piora de doenças crônicas e redução da expectativa de vida. Por isso, políticas de envelhecimento ativo devem incluir estratégias de combate ao isolamento social. Centros de convivência, grupos comunitários, atividades culturais, programas intergeracionais, visitas domiciliares, inclusão digital e participação em espaços religiosos, educacionais ou recreativos podem funcionar como fatores protetivos. O vínculo social é componente essencial da qualidade de vida.

A memória ocupa lugar central na experiência psicológica da velhice. Alterações leves de memória podem ocorrer com o avanço da idade, especialmente em relação à velocidade de processamento de informações ou à lembrança de detalhes recentes. No entanto, é equivocado tratar todo esquecimento como demência ou, inversamente, considerar sinais importantes de comprometimento cognitivo como parte normal da idade. Demências, como a doença de Alzheimer e outras condições neurocognitivas, exigem diagnóstico precoce, acompanhamento multiprofissional, orientação familiar e planejamento do cuidado.

Ao mesmo tempo, a memória autobiográfica da pessoa idosa deve ser valorizada. A velhice é uma etapa em que as narrativas de vida ganham importância especial. Recordar não é apenas repetir o passado; é organizar a própria identidade, transmitir experiências, elaborar perdas e reafirmar pertencimento. Ecléa Bosi, ao tratar da memória de pessoas idosas, destaca a importância social das lembranças como patrimônio coletivo. Quando a escola, a família, a comunidade e as políticas culturais escutam os idosos, reconhecem que eles são portadores de história, saberes e experiências. Essa escuta fortalece autoestima e combate a invisibilidade social.

O declínio cognitivo, quando presente, também precisa ser compreendido com sensibilidade. A pessoa idosa com comprometimento cognitivo não perde sua dignidade. Mesmo quando há redução da memória, da orientação ou da capacidade de tomada de decisão, permanece o direito ao cuidado respeitoso, à comunicação afetiva, à proteção contra abusos e à preservação máxima possível de autonomia. A família e os profissionais devem evitar infantilização, impaciência e exclusão. O cuidado deve ser centrado na pessoa, considerando sua história, preferências, hábitos e vínculos.

Paul Baltes contribui de forma relevante para a compreensão psicológica do envelhecimento por meio da teoria da seleção, otimização e compensação. Segundo essa perspectiva, envelhecer bem envolve selecionar metas significativas, otimizar recursos disponíveis e compensar perdas por estratégias adaptativas. Essa concepção é importante porque reconhece que o envelhecimento envolve perdas, mas não se reduz a elas. A pessoa idosa pode adaptar atividades, redefinir objetivos, utilizar apoios, reorganizar rotinas e manter sentido de vida mesmo diante de limitações.

A seleção ocorre quando o indivíduo escolhe metas mais importantes, considerando seus recursos e interesses. Um idoso que não consegue mais realizar várias atividades ao mesmo tempo pode escolher aquelas que lhe trazem maior prazer ou significado. A otimização envolve investir energia, tempo e recursos naquilo que foi selecionado. A compensação ocorre quando a pessoa utiliza estratégias alternativas para lidar com perdas, como usar óculos, aparelhos auditivos, bengala, agenda, lembretes, tecnologias assistivas ou apoio de familiares. Essa teoria ajuda a combater a

visão de que adaptação é fracasso. Adaptar-se é expressão de inteligência, autonomia e resiliência.

A autoestima é outra dimensão decisiva da qualidade de vida na velhice. A forma como a pessoa idosa se percebe é influenciada por suas experiências, por seus vínculos e pelo olhar social. Quando a sociedade valoriza apenas juventude, produtividade e independência absoluta, muitos idosos internalizam a ideia de que valem menos. Isso pode gerar vergonha do envelhecimento, retraimento social e sensação de inutilidade. A promoção do envelhecimento ativo deve combater essa visão, reconhecendo contribuições sociais, familiares, comunitárias, afetivas, culturais e políticas da pessoa idosa.

O sentimento de utilidade não deve ser confundido com obrigação de permanecer produtivo no sentido econômico. A pessoa idosa tem valor independentemente de trabalhar, cuidar de netos ou produzir renda. Contudo, sentir-se participante da vida social pode fortalecer bem-estar. Muitos idosos desejam contribuir, ensinar, aprender, aconselhar, participar de grupos, atuar em atividades voluntárias, cultivar hortas, produzir artesanato, praticar arte, estudar ou compartilhar experiências. A sociedade deve criar oportunidades para essa participação, sem impor modelos únicos de envelhecimento.

A autonomia psicológica também merece destaque. Muitas famílias, com intenção de proteger, acabam retirando do idoso o direito de decidir. Escolhem por ele o que vestir, onde ir, o que comer, com quem conviver, como usar seu dinheiro e quais atividades realizar. Esse excesso de controle pode gerar sofrimento, irritação, tristeza e perda de identidade. Proteger não significa anular. Mesmo quando

há dependência parcial, a pessoa idosa deve participar das decisões que dizem respeito à sua vida. A autonomia deve ser preservada no maior grau possível.

A espiritualidade e a religiosidade também podem desempenhar papel importante no envelhecimento. Para muitos idosos, a fé, a oração, os rituais, a participação em comunidades religiosas e a crença em uma dimensão transcendente ajudam a enfrentar perdas, doenças, solidão e proximidade da finitude. A espiritualidade pode oferecer sentido, esperança, pertencimento e suporte comunitário. No entanto, deve ser respeitada em sua pluralidade. Há idosos religiosos, espiritualizados sem religião, agnósticos ou ateus. O cuidado humanizado não impõe crenças, mas reconhece que a busca de sentido é dimensão legítima da existência.

A proximidade da finitude é uma das dimensões mais sensíveis da velhice. O envelhecimento pode tornar mais presente a consciência da morte, especialmente diante da perda de amigos, irmãos, cônjuges e conhecidos. Essa consciência pode gerar medo, angústia e tristeza, mas também pode favorecer reconciliações, revisão de prioridades, valorização do presente e aprofundamento espiritual. Falar sobre finitude ainda é tabu em muitas famílias e instituições, mas o silêncio pode aumentar o sofrimento. O cuidado psicológico deve permitir que o idoso fale sobre medos, desejos, despedidas, legado e preferências de cuidado.

A aprendizagem ao longo da vida também possui forte impacto psicológico. A ideia de que idosos não aprendem é preconceituosa e cientificamente inadequada. Embora possam existir mudanças no ritmo de aprendizagem, pessoas idosas continuam capazes de adquirir conhecimentos, desenvolver habilidades e participar de

processos educativos. Universidades abertas à terceira idade, oficinas de leitura, inclusão digital, cursos de arte, música, dança, línguas e educação em saúde contribuem para autoestima, cognição e socialização. Aprender na velhice reafirma que a vida permanece aberta a novos sentidos.

A inclusão digital tornou-se dimensão psicológica e social relevante. O acesso às tecnologias pode aproximar idosos de familiares, serviços de saúde, atividades culturais, bancos, informações e redes de apoio. Porém, também pode gerar ansiedade, medo de golpes, sensação de incompetência e dependência de terceiros. Programas de inclusão digital precisam ser pacientes, acessíveis e respeitosos, evitando ridicularizar dificuldades. Quando o idoso aprende a usar tecnologias, amplia sua autonomia e seu pertencimento ao mundo contemporâneo.

Em síntese, as dimensões psicológicas do envelhecimento revelam que a qualidade de vida na terceira idade depende de muito mais do que controle de doenças. Envolve sentido, identidade, vínculos, memória, autonomia, autoestima, participação, espiritualidade, saúde mental e reconhecimento. A velhice pode trazer perdas reais, mas também pode abrir possibilidades de resignificação, aprendizagem, liberdade e construção de novos projetos. O desafio das famílias, dos profissionais e das políticas públicas é criar condições para que a pessoa idosa envelheça com dignidade subjetiva, isto é, sentindo-se respeitada, escutada, pertencente e capaz de continuar participando da vida.

Conclui-se que cuidar da saúde psicológica da pessoa idosa é parte indispensável da promoção do envelhecimento ativo. Não basta prolongar a vida; é necessário garantir que essa vida tenha

qualidade, sentido e reconhecimento. O envelhecimento ativo deve incluir prevenção e cuidado em saúde mental, combate à solidão, valorização da memória, apoio ao luto, respeito à autonomia, fortalecimento da autoestima, inclusão digital, oportunidades de aprendizagem e reconhecimento da espiritualidade. Quando essas dimensões são consideradas, a velhice deixa de ser vista apenas como etapa de perdas e passa a ser compreendida como fase complexa, plural e profundamente humana.

7. DIMENSÕES SOCIAIS: FAMÍLIA, PARTICIPAÇÃO E REDES DE APOIO

A qualidade de vida na terceira idade é profundamente influenciada pelas relações sociais. Família, amigos, vizinhos, grupos comunitários, instituições religiosas, serviços de convivência, universidades abertas à terceira idade e coletivos culturais podem funcionar como redes de apoio e pertencimento.

A família historicamente ocupa lugar central no cuidado à pessoa idosa. Contudo, as transformações familiares contemporâneas modificaram essa realidade. Famílias menores, maior participação das mulheres no mercado de trabalho, migração de filhos, divórcios, novas configurações familiares e dificuldades econômicas tornam o cuidado mais complexo. Ainda assim, a responsabilização pelo cuidado continua recaindo majoritariamente sobre mulheres, especialmente filhas, esposas e noras.

O cuidado familiar pode ser expressão de afeto e solidariedade, mas também pode gerar sobrecarga. Cuidadores familiares precisam de orientação, descanso, suporte psicológico, capacitação e políticas

públicas. Sem apoio, o cuidado pode adoecer quem cuida e comprometer a qualidade da assistência ao idoso.

A participação social é outro fator essencial. Idosos que participam de grupos, atividades culturais, voluntariado, associações, conselhos, práticas religiosas, atividades físicas coletivas ou cursos tendem a apresentar maior bem-estar. A participação reduz isolamento, fortalece autoestima e amplia redes de apoio.

A aposentadoria pode ser vivida de diferentes formas. Para alguns, representa descanso e liberdade após anos de trabalho. Para outros, pode gerar perda de identidade, renda e rotina. Políticas de preparação para aposentadoria são importantes, especialmente para ajudar o trabalhador a planejar finanças, vínculos, saúde e projetos futuros.

A segurança econômica é dimensão indispensável. Idosos sem renda suficiente enfrentam dificuldades para comprar medicamentos, alimentar-se adequadamente, adaptar a residência, pagar transporte e acessar cuidados. No Brasil, benefícios previdenciários e assistenciais têm papel importante na redução da pobreza na velhice. Contudo, muitos idosos sustentam famílias inteiras com sua aposentadoria, o que pode comprometer seu próprio bem-estar.

A moradia também influencia a qualidade de vida. Casas inadequadas, com escadas, pisos escorregadios, banheiros sem apoio, iluminação precária e localização distante dos serviços aumentam riscos. Cidades pouco acessíveis dificultam circulação, lazer e participação. Uma sociedade que envelhece precisa pensar habitação e urbanismo amigáveis à pessoa idosa.

8. ETARISMO, PRECONCEITO E VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Um dos principais obstáculos à qualidade de vida na velhice é o etarismo, também chamado de idadeísmo. Trata-se de preconceito baseado na idade, que se manifesta por estereótipos, discriminações e práticas institucionais que desvalorizam pessoas idosas. O etarismo pode aparecer em frases aparentemente inofensivas, como “velho não aprende”, “idoso só dá trabalho” ou “isso não é mais para sua idade”.

O etarismo afeta autoestima, oportunidades, acesso ao trabalho, atendimento em saúde, participação social e relações familiares. Quando profissionais de saúde desconsideram queixas de idosos por atribuí-las automaticamente à idade, há etarismo. Quando famílias impedem idosos capazes de decidir sobre sua vida, há etarismo. Quando a sociedade ridiculariza a sexualidade, a aprendizagem ou os projetos de idosos, há etarismo.

A violência contra a pessoa idosa é fenômeno grave e muitas vezes invisível. Pode ser física, psicológica, patrimonial, sexual, institucional, medicamentosa ou por negligência. Muitos casos ocorrem no ambiente familiar e não são denunciados por medo, dependência econômica, vergonha ou vínculo afetivo com o agressor. A violência patrimonial, envolvendo apropriação de aposentadoria, empréstimos indevidos ou controle abusivo de bens, é recorrente.

A negligência também constitui violência. Deixar de oferecer alimentação, higiene, medicamentos, acompanhamento médico, afeto e segurança pode comprometer a vida da pessoa idosa. Em instituições de longa permanência, a ausência de cuidado

adequado, maus-tratos e abandono institucional exigem fiscalização.

O enfrentamento da violência exige rede intersetorial: saúde, assistência social, segurança pública, Ministério Público, Defensoria, conselhos de direitos, família e comunidade. Profissionais devem ser capacitados para identificar sinais de violência e encaminhar adequadamente.

Combater o etarismo implica mudança cultural. A velhice deve ser representada de forma plural, e não apenas como fragilidade. Idosos devem participar de espaços de decisão, mídia, educação, trabalho, cultura e política. A sociedade precisa reconhecer que envelhecer é destino coletivo, não exceção.

9. POLÍTICAS PÚBLICAS E DIREITOS DA PESSOA IDOSA

A proteção da pessoa idosa no Brasil possui base constitucional e legal. A Constituição Federal estabelece deveres da família, da sociedade e do Estado em relação às pessoas idosas. A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar direitos sociais, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. O Estatuto da Pessoa Idosa regula direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, reafirmando prioridade, dignidade, saúde, liberdade, respeito e convivência familiar e comunitária.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa orienta ações de saúde voltadas à manutenção da capacidade funcional, autonomia e independência. Essa perspectiva é fundamental porque desloca o foco de uma atenção centrada apenas na doença para uma atenção voltada à funcionalidade e à qualidade de vida.

Apesar desses marcos, a implementação ainda enfrenta limitações. Muitos municípios não possuem serviços especializados suficientes, centros de convivência estruturados, equipes capacitadas em geriatria e gerontologia, transporte acessível, programas de cuidadores, atendimento domiciliar adequado ou políticas de apoio às famílias cuidadoras.

A atenção primária à saúde deve ser a porta de entrada principal para o cuidado à pessoa idosa. Equipes de saúde da família podem acompanhar condições crônicas, orientar alimentação, prevenir quedas, realizar vacinação, identificar fragilidade, monitorar uso de medicamentos e articular rede de apoio. Contudo, para isso, precisam de formação adequada, tempo de atendimento e integração com assistência social.

A assistência social também é essencial. Centros de Referência de Assistência Social, Centros de Referência Especializados, serviços de convivência, benefícios assistenciais e proteção contra violência compõem rede de cuidado. A articulação entre SUS e SUAS é indispensável.

Políticas de envelhecimento ativo devem ser intersetoriais. Saúde isolada não resolve problemas de moradia, transporte, renda, violência, solidão e participação. É necessário integrar saúde, assistência, educação, cultura, esporte, urbanismo, habitação, trabalho, tecnologia e direitos humanos.

10. ENVELHECIMENTO ATIVO: FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS

O envelhecimento ativo é uma concepção que valoriza saúde, participação e segurança. Ele não se limita à ausência de doença nem à prática de atividade física. Envolve autonomia, inclusão,

proteção social, participação comunitária, aprendizagem ao longo da vida e oportunidades de escolha.

A primeira estratégia para promoção do envelhecimento ativo é a prevenção em saúde. Isso inclui vacinação, rastreamento de doenças, controle de hipertensão e diabetes, saúde bucal, alimentação adequada, atividade física e prevenção de quedas.

A segunda estratégia é a promoção da capacidade funcional. Serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, reabilitação, grupos de exercícios e adaptação de ambientes ajudam a preservar autonomia.

A terceira estratégia é a participação social. Centros de convivência, grupos culturais, universidades abertas à terceira idade, voluntariado, conselhos de direitos e atividades comunitárias ampliam pertencimento.

A quarta estratégia é a educação permanente. Idosos podem e devem continuar aprendendo. Alfabetização, inclusão digital, cursos, oficinas e atividades intergeracionais fortalecem cognição, autoestima e cidadania.

A quinta estratégia é a inclusão digital. O acesso às tecnologias permite comunicação com familiares, teleatendimento, serviços bancários, informação, lazer e participação. Porém, muitos idosos enfrentam barreiras digitais. A inclusão digital precisa ser acompanhada de segurança contra golpes e fraudes.

A sexta estratégia é o fortalecimento da segurança econômica. Previdência, assistência, proteção contra exploração patrimonial e oportunidades de trabalho digno para quem deseja continuar trabalhando são fundamentais.

A sétima estratégia é a construção de cidades amigáveis à pessoa idosa. Calçadas acessíveis, transporte público adequado, bancos em espaços públicos, iluminação, segurança, banheiros públicos, praças, unidades de saúde próximas e sinalização clara favorecem autonomia.

A oitava estratégia é o apoio ao cuidador. O envelhecimento da população aumenta a demanda por cuidado de longa duração. Cuidadores familiares e profissionais precisam de formação, descanso, reconhecimento e suporte.

A nona estratégia é o combate ao etarismo. Campanhas educativas, formação profissional, participação de idosos e mudança de linguagem são necessárias.

A décima estratégia é a promoção de relações intergeracionais. Projetos que aproximam crianças, jovens, adultos e idosos reduzem preconceitos e fortalecem solidariedade.

11. RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA

A revisão integrativa permitiu identificar seis resultados principais.

O primeiro resultado é que a qualidade de vida da pessoa idosa depende de múltiplas dimensões. Saúde física é importante, mas não suficiente. Autonomia, vínculos, renda, participação, moradia, segurança e reconhecimento social são igualmente relevantes.

O segundo resultado é que o envelhecimento é heterogêneo. Não existe uma única forma de envelhecer. Políticas públicas precisam considerar diferenças de gênero, raça, classe, território, deficiência, orientação sexual, escolaridade e composição familiar.

O terceiro resultado é que a capacidade funcional é elemento central do envelhecimento saudável. Manter ou recuperar funcionalidade favorece independência, autoestima e participação.

O quarto resultado é que o isolamento social compromete gravemente o bem-estar. Redes de apoio familiar, comunitário e institucional são fatores protetivos.

O quinto resultado é que políticas públicas intersetoriais são indispensáveis. Saúde, assistência, educação, transporte, moradia e cultura precisam atuar de forma integrada.

O sexto resultado é que o envelhecimento ativo exige mudança cultural. A pessoa idosa deve ser reconhecida como sujeito de direitos, e não como problema social.

12. DISCUSSÃO

A discussão central deste artigo é que o envelhecimento populacional não deve ser interpretado apenas como desafio econômico ou sanitário, mas como transformação social ampla que exige revisão dos modos de viver, cuidar, planejar cidades, organizar famílias e formular políticas públicas. Uma sociedade que envelhece precisa adaptar suas instituições à longevidade.

O envelhecimento ativo oferece paradigma importante porque valoriza potencialidades. No entanto, deve-se evitar interpretação individualista. Não basta dizer ao idoso que seja ativo se a cidade é inacessível, se a renda é insuficiente, se os serviços de saúde são precários ou se há violência familiar. Atividade e autonomia dependem de condições concretas.

A qualidade de vida na velhice é, portanto, corresponsabilidade individual, familiar, comunitária e estatal. Há escolhas pessoais relevantes, como alimentação, atividade física e participação. Contudo, essas escolhas são condicionadas por renda, território, escolaridade, segurança, transporte, saúde e oportunidades.

Outro ponto da discussão é a necessidade de combater a visão homogênea da velhice. Tratar todos os idosos como frágeis é tão equivocado quanto ignorar aqueles que necessitam de cuidado intensivo. A política pública deve ser capaz de atender idosos ativos, idosos com dependência parcial, idosos frágeis e idosos em situação de violência ou abandono.

A intersectorialidade aparece como exigência prática. Um idoso com diabetes, morando sozinho, em casa insegura e sem transporte, não terá qualidade de vida apenas com consulta médica. Precisa de acompanhamento social, adaptação domiciliar, orientação nutricional, atividade física, apoio comunitário e acesso a medicamentos. A fragmentação das políticas reduz a efetividade do cuidado.

A discussão também evidencia a importância da participação da pessoa idosa na formulação das políticas que lhe dizem respeito. Não se deve pensar políticas para idosos sem ouvir idosos. Conselhos, conferências, associações e movimentos de pessoas idosas são fundamentais para a democracia participativa.

Por fim, envelhecer com qualidade significa preservar dignidade. A dignidade exige ser cuidado quando necessário, mas também ser ouvido, respeitado e reconhecido. A velhice não retira humanidade,

desejo, opinião, memória, capacidade de aprender ou direito de decidir.

13. DIRETRIZES PARA PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO E DA QUALIDADE DE VIDA

A partir da análise realizada, propõem-se diretrizes para promoção do envelhecimento ativo.

Primeiro, fortalecer a atenção primária à saúde com enfoque geriátrico e gerontológico, priorizando prevenção, acompanhamento contínuo e manutenção da capacidade funcional.

Segundo, ampliar programas de atividade física adaptada, com acesso gratuito e orientação profissional em unidades de saúde, praças, centros comunitários e instituições de convivência.

Terceiro, implementar ações de prevenção de quedas, incluindo avaliação de risco, adaptação domiciliar, exercícios de equilíbrio e revisão medicamentosa.

Quarto, fortalecer serviços de convivência e participação social, combatendo isolamento e solidão.

Quinto, garantir inclusão digital segura, com formação para uso de celulares, aplicativos, bancos digitais, serviços públicos e prevenção de golpes.

Sexto, apoiar cuidadores familiares e profissionais por meio de capacitação, orientação, descanso e suporte psicossocial.

Sétimo, adaptar cidades para a longevidade, com transporte acessível, calçadas adequadas, iluminação, segurança e espaços de lazer.

Oitavo, combater o etarismo por meio de campanhas educativas, formação profissional e valorização da imagem plural da velhice.

Nono, fortalecer a proteção contra violência, negligência, abuso patrimonial e abandono.

Décimo, promover educação permanente e projetos intergeracionais, valorizando memória, experiência e aprendizagem.

14. CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional é uma das maiores transformações sociais do século XXI. Mais do que um desafio demográfico, representa oportunidade de repensar a sociedade a partir da longevidade, da solidariedade intergeracional e dos direitos humanos. Viver mais é uma conquista, mas essa conquista só se realiza plenamente quando acompanhada de qualidade de vida, autonomia, participação e dignidade.

O estudo demonstrou que a qualidade de vida na terceira idade é multidimensional. Envolve saúde física, saúde mental, capacidade funcional, autonomia, renda, moradia, segurança, vínculos sociais, participação, lazer, espiritualidade, acesso a serviços e reconhecimento social. Nenhuma dessas dimensões, isoladamente, explica o bem-estar na velhice. É a articulação entre elas que permite envelhecer com dignidade.

Também se verificou que o envelhecimento é heterogêneo. Pessoas idosas não constituem grupo uniforme. Há diferenças profundas determinadas por trajetórias de vida, desigualdades sociais, gênero, raça, território, escolaridade, deficiência, renda e redes de apoio. Políticas públicas eficazes precisam reconhecer essa diversidade.

O envelhecimento ativo aparece como paradigma estratégico para promover qualidade de vida. Ele enfatiza saúde, participação e segurança, mas deve ser compreendido de forma coletiva e intersetorial. Não basta responsabilizar individualmente o idoso por envelhecer bem. É necessário garantir condições sociais, urbanas, econômicas e institucionais para que escolhas saudáveis sejam possíveis.

Conclui-se que a construção de uma sociedade inclusiva para pessoas idosas depende de ações integradas entre Estado, família, comunidade e instituições. Saúde, assistência social, educação, cultura, esporte, transporte, habitação e segurança devem atuar de forma coordenada. A pessoa idosa deve ser reconhecida como sujeito de direitos, portadora de história, experiência e capacidade de participação.

Promover qualidade de vida na terceira idade significa combater o etarismo, prevenir doenças, fortalecer vínculos, garantir proteção social, apoiar cuidadores, adaptar cidades, estimular autonomia e assegurar dignidade. A velhice não deve ser vista como fim da vida social, mas como etapa legítima, plural e significativa da existência humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALTES, Paul B.; BALTES, Margret M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: BALTES, Paul B.; BALTES, Margret M. **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Presidência da República, 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CAMARANO, Ana Amélia. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

DOLL, Johannes. Educação, cultura e envelhecimento. In: NERI, Anita Liberalesso. **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1107-1111, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: relevância para um velho problema**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

NERI, Anita Liberalesso. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2008.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínea, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Decade of Healthy Ageing: baseline report**. Geneva: World Health Organization, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

VERAS, Renato Peixoto. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Decade of Healthy Ageing 2021–2030**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. Geneva: World Health Organization, 2015.

¹ Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Psicóloga. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Especialista em Gestão Pública pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), graduado em Educação Física. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Mestra em Biologia Parasitária pela Universidade Ceuma (Uniceuma). E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Florence. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)