



ISSN 1517-5928



# *Textos sobre Envelhecimento*

**Saúde e Condições  
de Vida do Idoso**

Shirley Donizete Prado - org.

**n° 1**

UnATI/UERJ



### **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Reitor: Antonio Celso Alves Pereira  
Vice-reitora: Nilcéa Freire  
Sub-reitor de Graduação: Paulo Fábio Salgueiro  
Sub-reitor de Pós-graduação e Pesquisa: Reinaldo Guimarães  
Sub-reitora de Extensão e Cultura: Maria Therezinha Nóbrega da Silva

### **Universidade Aberta da Terceira Idade**

Direção: Renato Peixoto Veras  
Vice-direção: Célia Pereira Caldas  
Coordenação de Pesquisa: Shirley Donizete Prado  
Coordenação de Extensão: Sandra Rabello de Frias  
Coordenação de Ensino e Formação de Recursos Humanos: Alzira Tereza G. L. Nunes

### **Conselho Editorial:**

Shirley Donizete Prado - Coordenadora  
Mabel Imbassahy  
Benigno Sobral

### **Conselho Consultivo:**

Jane Dutra Sayd  
Evandro Coutinho  
Kenneth Camargo Jr.  
Eliane de Abreu Soares  
Maria Therezinha Nóbrega da Silva

*Nota: a Série Textos Sobre Envelhecimento reúne a produção da UnATI-UERJ e de pesquisadores que ocorrem a esta instituição para desenvolver seus trabalhos. Tem como objetivos primordiais subsidiar discussões no âmbito da UnATI e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento. Os trabalhos são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).*

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F  
Maracanã Rio de Janeiro - RJ CEP: 20.559 - 900  
Telefones: 587-7236 / 587-7672 / 587-7121  
Fax: 264-0120  
E-mail: unati@uerj.br Internet: www.unati.uerj.br

Esta é uma Produção do Centro de Referência e Documentação Sobre Envelhecimento, vinculado à Coordenação de Pesquisa da UnATI - UERJ  
Coordenação: Elda Lima Tavares

Revisão: Ana Sílvia Gesteira  
Revisão bibliográfica: Regina Tinoco

### **CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT**

T 355                      Textos sobre envelhecimento. - Vol. 1, n. 1 - (nov. 1998)- .-  
Rio de Janeiro : UERJ, UnATI, 1998-  
v. : il.

1. Envelhecimento - Aspectos sociais - Periódicos.
  2. Idosos - Cuidados médicos - Periódicos.
  3. Idosos - Condições econômicas - Periódicos.
- I. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 612.67(05)

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
Shirley Donizete Prado, Mabel Imbassahy e Benigno Sobral	
SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA DO IDOSO NO BRASIL	7
Maria Inez Padula Anderson	
SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE	23
Maria Inez Padula Anderson, Mônica de Assis, Liliane Carvalho Pacheco, Efígenia Aparecida da Silva, Isis Simões Menezes, Therezinha Duarte, Flávio Storino e Luciana Motta.	

## INTRODUÇÃO

Shirley Donizete Prado, Mabel Imbassahy, Benigno Sobral.

A Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro —UnATI-UERJ— dá mais um importante passo no sentido da consolidação de seu projeto editorial.

Através de sua **Coordenação de Pesquisa**, oferece ao leitor a **Série TEXTOS SOBRE ENVELHECIMENTO**, que vem atender à demanda crescente por parte de pesquisadores, pós-graduandos e demais estudiosos interessados em obter subsídios para a realização de seus trabalhos dentro dessas desafiadoras áreas de interesse: o envelhecimento e os idosos no Brasil.

○ **Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento**, parte integrante da **Coordenação de Pesquisa** e responsável pela produção desta **Série**, cumpre agora alguns de seus principais objetivos: organizar informações, divulgar a produção existente e estimular novas manifestações textuais por parte do corpo de profissionais da UnATI.

Diante da diversidade de assuntos sobre envelhecimento, a **Série TEXTOS SOBRE ENVELHECIMENTO** pretende abordar temas no nível da pós-graduação, assim como aqueles de caráter mais exploratório acerca de fenômenos comuns à terceira idade. Inicialmente, estarão em foco trabalhos desenvolvidos por profissionais e estudiosos da própria **UnATI-UERJ** e os que a procuram como campo para realização de seus trabalhos de pesquisa.

Este primeiro número da **Série** inclui temas voltados para a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas, compreendendo-as em seu sentido amplo, como impõe a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, abarcando suas condições de vida e aspectos a serem considerados quando se busca investir num envelhecimento mais autônomo e independente.

Os dois textos ora apresentados foram produzidos por profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço de saúde vinculado à **Coordenação de Extensão da UnATI-UERJ**.



Valorizando investimentos na formação acadêmica de seus profissionais, a **UnATI-UERJ** tem estimulado sua inserção em programas de pós-graduação. Nesse contexto, *Saúde e condições de vida do idoso no Brasil* apresenta um resumo da dissertação de mestrado defendida por **Maria Inez Padula Anderson**, no Instituto de Medicina Social da UERJ, que aborda a distribuição da população idosa em cinco macrorregiões do Brasil, nas zonas rurais e urbanas. Partindo de dados oriundos da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, realizada em 1989, são destacados aspectos como moradia, renda, trabalho, escolaridade, morbidade e utilização de serviços de saúde.

Análises multidimensionais, como esta, inscrevem-se entre as prioridades destacadas pela Organização Mundial da Saúde, dada a carência de estudos que possibilitam o estabelecimento de diagnóstico e indicadores sobre a população idosa. No caso brasileiro podemos perceber com maior precisão, a partir deste texto, não só as especificidades mas também a complexidade que marca a vida dos idosos, além da amplitude e da diversidade das respostas que demandam os problemas dos quais as instituições apenas começam a se aproximar.

O segundo texto, *Saúde e qualidade de vida na terceira idade*, apresenta resultados de uma proposta de trabalho que vem sendo desenvolvida pelos profissionais do NAI - o Projeto de Promoção da Saúde - num movimento de integração de atividades assistenciais, de pesquisa e de educação em saúde para idosos.

Trata-se de produção de cunho mais exploratório, que apresenta, através de uma abordagem multidimensional, um perfil preliminar de usuários de serviços de saúde oferecidos pela **UnATI-UERJ**. Inclui dados relativos a seus aspectos sociais, morbidade e fatores de risco à saúde, atividades da vida diária e utilização de serviços de saúde, entre outros.

Estes dois textos apontam para a concretização, no interior do NAI, de perspectivas de articulação entre movimentos globais e ações do cotidiano, no que diz respeito à produção do conhecimento. Indicam, ainda, a busca por elementos que possam contribuir para a reflexão e reelaboração de projetos e atividades em andamento. Correspondem enfim a uma amostra do caminhar da própria UnATI-UERJ.



## SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA DO IDOSO NO BRASIL

Maria Inez Padula Anderson\*

### RESUMO

O Brasil possui atualmente cerca de 13 milhões de idosos, que correspondem a 8,3% do total da população. Apesar disso, ainda é escasso o conhecimento sobre suas características e das demandas de saúde decorrentes do seu perfil epidemiológico. Este artigo apresenta um perfil do idoso brasileiro, com ênfase nas suas condições de vida e de saúde, destacando sua condição de moradia, nível de renda, trabalho e escolaridade, dados relativos ao índice de massa corporal, à morbidade referida e ao padrão de utilização dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia do envelhecimento, avaliação multidimensional, condições de vida do idoso, serviços de saúde para idosos.

### 1. INTRODUÇÃO

As informações contidas neste artigo são oriundas de dissertação de mestrado<sup>1</sup>, cuja fonte de informações foi um banco de dados - coletados em inquérito nacional de base domiciliar (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição), realizado em 1989 - no qual foram entrevistados 63.213 indivíduos, dos quais 4.650 eram idosos de todas as regiões do país.

Considerando o aumento da população idosa no mundo, em especial a dos países em desenvolvimento, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989) e outros estudiosos do tema (Kalache, 1993; Malcom, 1993; Kinsella, 1993) recomendam o desenvolvimento de estudos e pesquisas que subsidiem a tomada de decisão e dirijam as ações e prioridades no nível das políticas públicas relativas à terceira idade. Dentre estas recomendações, pode-se ressaltar a necessidade de se realizar análises multidimensionais visando ao estabelecimento de um diagnóstico e de indicadores básicos acerca da população idosa, tais como: a) idade, sexo, nível educacional e condições socioeconômicas;

\* Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ e médica do Núcleo de Atenção ao Idoso.

<sup>1</sup> Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 1997. Orientadores: Renato P. Veras e Roseli Schieri.



b) a descrição dos problemas e necessidades que afetam a população-alvo, com especial ênfase naqueles que influenciam o estado de saúde e o bem-estar geral; c) a busca de dados de morbidade/incapacidade.

## 2. OBJETIVOS

A partir dessas diretrizes, foi elaborado o presente trabalho, tendo como objetivos estudar: a distribuição da população idosa nas cinco macrorregiões do Brasil e nas zonas rural e urbana; as características do domicílio, o nível de renda e de escolaridade entre os idosos; o índice de massa corporal entre os idosos; a prevalência de cegueira, surdez, paralisia e doença mental e de outros sintomas de saúde referidos por essa população; a procura por atendimento de saúde, a prevalência de internação e do tempo médio de permanência hospitalar dessa população. Estas informações podem ser úteis para o planejamento e o modelo de atenção à saúde, em nível individual ou coletivo, da população idosa no país.

## 3. METODOLOGIA

Foi realizado estudo transversal, cuja fonte de dados foi a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN<sup>2</sup>. Utilizando-se o programa Statistical Analysis System (SAS), foi montado um banco com dados da população de 60 anos ou mais, processando-se então as informações desejadas. As variáveis estudadas foram subdivididas em três grupos, de acordo com as condições ou dimensões a elas associadas: socioeconômicas, de saúde e utilização de serviços de saúde. Os dados analisados foram estratificados por sexo, faixa etária, região e âmbitos urbano e rural. As prevalências foram calculadas com os dados expandidos, tendo por referência o censo de 1980 - que serviu de base para o desenho do estudo. Para o cálculo do erro padrão da amostra foi utilizado um programa estatístico que leva em consideração o desenho por conglomerados e os dois estágios da amostragem (SUDAAN).

---

<sup>2</sup> A PNSN foi conduzida em 1989 pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN -, associado à Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - FIBGE - e o Instituto de Política Econômica Aplicada - IPEA. O propósito da PNSN foi "descrever a condição de nutrição e saúde da população brasileira no seu contexto socioeconômico na base de uma amostra probabilística de abrangência nacional".



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. Considerações gerais sobre a população idosa e sua distribuição no Brasil

A população brasileira estimada para 1989 pela Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição com base no censo de 1980 foi de 144.353.345 de indivíduos (exclusive o Norte rural). Deste total, cerca de 7,7% seriam de pessoas com 60 anos ou mais, perfazendo 11.107.497 a população considerada da "terceira idade". Destes indivíduos, a maior proporção estava concentrada na faixa de 60 a 69 anos - 59%; as outras duas faixas, de 70 a 79, e a dos 80 anos ou mais representavam 30% e 11%, respectivamente. As mulheres predominavam em todas as faixas etárias, em especial na de 80 anos ou mais, na qual o segmento feminino correspondia a 60% do total. Entretanto, quando eram consideradas separadamente as zonas rural e urbana, verificava-se um predomínio de homens idosos na zona rural. As regiões Sudeste, Sul e Nordeste possuíam o maior percentual de idosos. O Sudeste e o Nordeste juntos concentravam mais de 70% do total da população de idosos brasileiros.

### 4.2. Aspectos socioeconômicos

#### a) Condições de moradia

Na zona rural, a análise dos itens relativos a saneamento básico, rede elétrica e existência de vaso sanitário demonstraram a total precariedade das condições de vida da grande maioria de idosos que lá moravam. Nessa região, mais de 60% dos idosos não contavam com eletricidade, 75% não tinham água canalizada, e somente 35% possuíam vaso sanitário e filtro de água. Mais de 70% dos idosos da zona rural não possuíam bens eletrodomésticos comuns, como geladeira, telefone, televisão e automóvel. O telefone, meio de comunicação de grande benefício social - sob vários aspectos - para a terceira idade, só estava presente em no máximo 1,5% dos domicílios, ressaltando-se que nenhuma residência de idosos com 80 anos ou mais possuía telefone. O esgotamento sanitário e a coleta de lixo eram pontos também críticos, uma vez que praticamente inexistia rede coletora de esgoto; a população utilizava fossas sanitárias e outros recursos. A coleta de lixo beneficiava menos de 3% dos moradores.

Na zona urbana os números revelaram um quadro mais favorável. Ainda assim, chama atenção o fato de que quase 30% daqueles com 80

anos ou mais não possuíam geladeira. Aliás, na maioria das vezes os idosos "mais idosos" - 80 anos ou mais - eram os menos beneficiados com a existência desses bens e serviços, o que pode refletir uma perda progressiva do padrão de vida que acontece - com frequência - na terceira idade e/ou uma melhoria nas condições de vida das coortes mais recentes.

As condições de habitação, como as de facilidades domésticas, e a existência de fontes de lazer dentro de casa são aspectos importantes para uma avaliação da qualidade de vida na terceira idade. Uma moradia adequada, provida de recursos eletrodomésticos básicos e de infra-estrutura sanitária decente, ainda é o sonho de muitos idosos do Brasil de hoje e do futuro próximo.

### *b) Renda*

A renda domiciliar per capita foi obtida indiretamente, através da divisão da renda domiciliar pelo número de habitantes do domicílio. O gráfico 1 apresenta a renda per capita em função da faixa etária. Como pode ser observado, quase 50% dos idosos com 80 anos ou mais tinham renda até meio salário mínimo, ao passo que na faixa etária entre 60 e 69 anos este percentual foi de cerca de 35%. Dentro deste quadro, a situação do Nordeste rural é um caso a ser destacado, uma vez que foi a região de pior distribuição de renda. Independentemente de faixa etária, mais de 80% da população idosa dessa região ganhava até meio salário mínimo, sendo irrisório o percentual daqueles que tinham renda igual ou superior a dois salários.

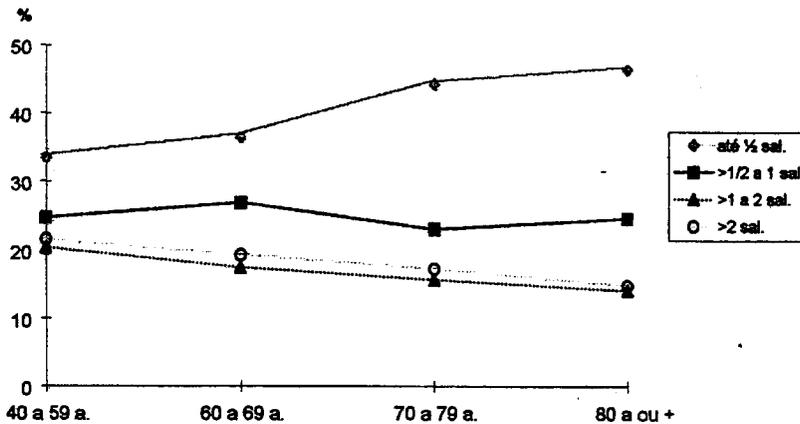
Do outro lado, mas ainda longe de representar níveis de renda condignos, o Sudeste urbano estava entre as regiões com melhor distribuição e menor concentração de renda, onde o percentual de indivíduos que ganhava dois ou mais salários era superior ao dos que recebiam até meio salário mínimo. Não foram constatadas diferenças marcantes entre a renda de homens e mulheres - conforme se observa usualmente - provavelmente pelo fato dessa renda representar uma média.

No Brasil, como pode ser constatado, a pobreza é uma característica da velhice. Os dados da PNSN mostraram que os idosos eram mais pobres quando comparados aos adultos de 40 a 59 anos de idade e, entre si, os idosos "mais idosos" eram mais pobres do que "os idosos mais jovens". O tipo de estudo realizado não permite avaliar se esta tendência é uma expressão real do progressivo empobrecimento dos idosos ou se, como já comentado anteriormente, significa também uma melhoria das condições de renda das gerações posteriores. O fato é que, na maioria



das vezes, há perda de rendimentos por ocasião da aposentadoria, que aliada à dificuldade de se conseguir atividade remunerada nesta fase, torna a vida do idoso uma dura realidade a ser enfrentada quotidianamente.

Gráfico I - Renda domiciliar *per capita* da população (%) de 40 a 59 anos e da população idosa, por faixa etária. PNSN, Brasil, 1989.



### c) Trabalho na terceira idade

O trabalho na terceira idade é um tópico que merece ser analisado com cuidado. Se por um lado ele pode ser um indicador da capacidade de manter atividade laborativa - sem dúvida um dado positivo per se - por outro ele pode refletir a necessidade de continuar trabalhando, sabe-se lá em que condições, para manter a sobrevivência. A OMS (1984) chama a atenção para a proporção de idosos que se mantém economicamente ativa em países do Terceiro Mundo (como o Quênia - 63%), comparada à proporção daqueles que vivem em países desenvolvidos (como a França - 12%).

Os dados mostraram que uma boa parcela dos homens idosos estava realizando algum tipo de atividade remunerada (tabela 1). Evidenciaram também as diferenças - regionais e entre as zonas rural e urbana - existentes em relação a esta questão, chamando atenção para o maior

percentual de idosos que trabalhava onde os níveis de renda eram mais baixos. Na zona rural, mais de 70% dos idosos de 60 a 69 anos, e mais de 16% daqueles com 80 anos ou mais continuavam trabalhando.

Na região urbana a realidade era menos árida, embora os percentuais ainda fossem significativos, especialmente na região Centro-Oeste (40% na faixa entre 70 e 79 anos). Ressalte-se que a maior parte desses idosos relacionou como sua principal atividade os trabalhos manuais, ou seja, trabalhos que requerem aptidão e esforço físico para serem realizados.

Tabela 1 - Percentual da população com 60 anos ou mais, do sexo masculino, que informou ter tido ocupação atividade remunerada na semana anterior à entrevista. PNSN, Brasil, Grandes Regiões, 1989.

	Zona Urbana			Zona Rural		
	idade em anos			idade em anos		
	60 a 69	70 a 79	80 ou +	60 a 69	70 a 79	80 ou +
Nordeste	55,1	34,8	10,8	82,2	56,7	16,0
C. Oeste	50,3	39,7	20,2	77,3	45,5	21,9
Sudeste	59,2	28,3	12,7	73,6	52,6	28,1
Sul	49,4	21,5	3,3	77,7	57,9	13,6
Norte	68,7	32,3	11,7			

No Brasil, considerando-se o nível de pobreza da população, pode-se afirmar que o trabalho, em especial em idades mais avançadas, serve para manter a subsistência. Ressalte-se que a competitividade do mercado de trabalho diminui, cada vez mais, a chance “dos mais velhos” manterem-se economicamente ativos.

#### *d) Escolaridade*

Foram constatadas taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos, embora decrescentes nas coortes mais recentes (tabela 2). Mais uma vez as regiões Nordeste e Sudeste representaram os extremos dessa realidade. No Nordeste, aproximadamente 65 em cada 100 idosos não sabiam ler ou escrever, enquanto que, na região Sudeste, embora ainda elevado, o percentual era de cerca de 30%. O nível de escolaridade, tendo

como referência o total de séries concluídas, também foi baixo: mais de 80% dos idosos tinham cursado, no máximo, até a quarta série, o que correspondia, à época, ao primário completo. No Nordeste, de cada dez idosos, sete nunca concluíram sequer um ano de estudo.

Tabela 2 - Taxa (%) de analfabetismo na população com 60 anos ou mais, por faixa etária. PNSN, Brasil, Grandes Regiões, 1989.

idade em anos	Analfabetos				
	Norte Urb.	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
60 a 69 anos	26,2	60,1	48,1	30,9	30,3
70 a 79 anos	37,6	69,0	53,3	31,6	45,3
80 anos ou +	59,2	66,3	48,2	34,6	48,5

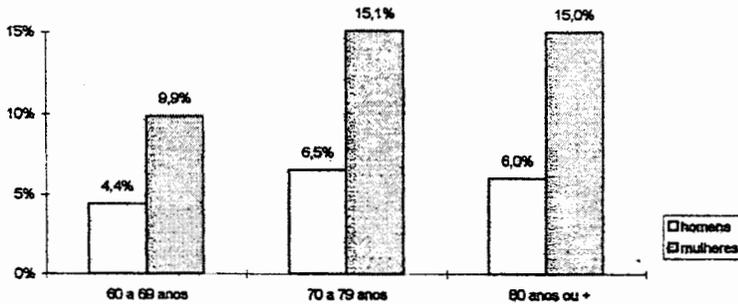
Esse baixo nível de escolaridade deve ser considerado quando do planejamento de programas e ações, tanto no nível coletivo quanto no individual. O nível educacional interfere diretamente no desenvolvimento da consciência sanitária, na capacidade de entendimento do tratamento prescrito e na prática do autocuidado, interferindo diretamente na relação médico-paciente.

#### *e) Com quem mora o idoso*

Embora a maioria da população idosa estivesse morando com duas ou mais pessoas, um percentual importante morava sozinho. A maior proporção de idosos morando sozinhos recaiu sobre as mulheres com 70 anos ou mais (15%). Para os homens a proporção era menor, ficando em torno de 6%.

Dentre as muitas questões relevantes para a terceira idade, uma delas é o fato de morar sozinho. Pelas dificuldades em relação à sua saúde, já comentadas anteriormente, o fato de morar só (em especial para a população masculina das coortes estudadas) pode trazer uma série de dificuldades adicionais, que vão desde o sentimento de solidão e de exclusão social (que freqüentemente associa-se e/ou leva à depressão), até a má alimentação, qualitativa e quantitativa, passando pelos cuidados com a saúde e com a higiene pessoal e domiciliar. Ou seja, morar só pode ser bom para o idoso, desde que exista condição econômica e física mínima para manutenção do autocuidado.

Gráfico 2 - Percentual de idosos que moravam sozinhos, por sexo e faixa etária. PNSN, Brasil, 1989



#### 4.3. Morbidade

##### a) Depressão e nervosismo

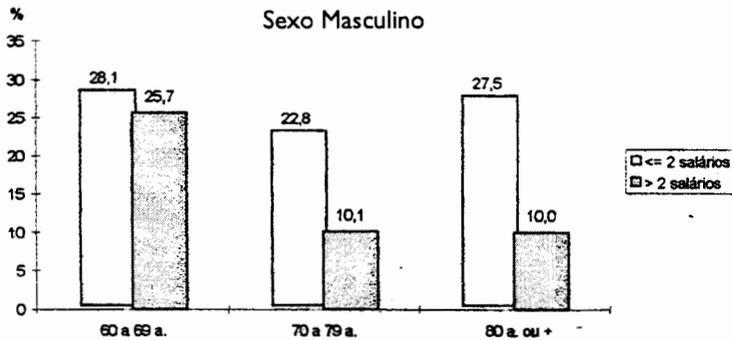
Dentre os sintomas avaliados pela PNSN, o relato de depressão e nervosismo foi destacado para análise devido a sua importância para os idosos.

Os sintomas de nervosismo e depressão apresentaram uma prevalência significativa entre os idosos brasileiros - cerca de 27%. Esta prevalência (embora avaliada com base em uma única questão) alcançou valores próximos aos obtidos para o diagnóstico de depressão e de sintomas depressivos em estudos nacionais e internacionais que se utilizaram de metodologia sofisticada para realizar o diagnóstico - a exemplo de Veras (1994), no Brasil, e Farmer (1988), Constock (1982) e Murrell (1987) - estes dois últimos citados em Farmer. No caso do Brasil, Veras, analisando a população de idosos da Cidade do Rio de Janeiro, encontrou uma prevalência de depressão da ordem de 25% (Veras, 1994).

A associação da queixa de depressão com o nível de renda também foi verificada neste estudo, encontrando-se uma relação inversa: prevalências mais elevadas em níveis de renda mais baixos (gráfico 3).

O sentimento de solidão tem sido apontado como fator associado a sintomas depressivos, e morar sozinho pode ser considerado um dos elos

Gráfico 3 - Prevalência (%) dos sintomas de *nervosismo* e *depressão* nos homens idosos, por faixa etária, segundo renda domiciliar *per capita* em salários mínimos. PNSN, Brasil, 1989.



dessa ligação. Neste sentido, foram exploradas estas duas associações, verificando-se que as queixas de nervosismo e depressão eram mais frequentes entre os idosos que moravam sós (tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência (%) dos sintomas de *nervosismo* e *depressão* em adultos e idosos, por faixa etária, segundo o número de habitantes por domicílio. PNSN, Brasil, 1989.

habitantes/domicílio	idade em anos			
	40 a 59	60 a 69	70 a 79	80 ou mais
um	41,9	38,4	37,8	27,7
dois	32,8	33,8	27,2	17,4
três ou mais	29,0	26,2	24,0	16,9

### *b) Cegueira, surdez, paralisia e doença mental*

A capacidade do idoso em manter suas atividades da vida diária e ter uma vida autônoma está diretamente relacionada às suas condições físicas e mentais. O comprometimento da visão, da audição e a perda da mobilidade de um ou mais de seus membros são problemas. Da mesma forma, os déficits cognitivos devem ser considerados no planejamento de serviços de saúde que tenham por objetivo a melhoria da qualidade de vida.

Os resultados da PNSN demonstraram que os déficits visual e auditivo comprometiam um considerável percentual da população idosa. Na

faixa de 70 a 79 anos, cerca de 17% referiram cegueira ou surdez parcial, e na população de 80 anos ou mais este percentual foi maior que 21%. Esses percentuais, aplicados ao total de idosos no Brasil de hoje, indicam que no mínimo cerca de 2 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais estariam necessitando de avaliação oftalmológica ou otorrinológica.

O relato de paralisia parcial foi informado por cerca de 7% dos homens idosos com 80 anos ou mais, e 4% das idosas na mesma faixa etária. Esses dados indicam que os serviços básicos de saúde para idosos deveriam estar aptos a diagnosticar e tratar esses problemas, reforçando a necessidade de trabalho em equipe multidisciplinar, com a participação de profissionais raramente incluídos em projetos de atenção primária, como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

O relato de doença mental alcançou percentuais expressivos - 4% - nas idosas de 80 anos ou mais. O relato de dificuldade de entendimento e/ou aprendizado também foi relevante e, do mesmo modo que o relato de demência, mostrou-se progressivo com a idade (tabela 4). A importância deste sintoma é que ele pode ser indicativo de estágios iniciais de quadro demencial, muitas vezes subdiagnosticados nos serviços de saúde, por serem considerados tanto pelos profissionais de saúde como pela família como "esclerose de velho". Entretanto, é nesses estágios iniciais que devem ser concentrados os esforços terapêuticos que, apesar de não necessitarem de grandes aparatos tecnológicos, podem retardar o agravamento do quadro e, deste modo, postergar uma das situações mais complexas do ponto de vista social, que é a do idoso demenciado. Apesar da necessidade de outros estudos - que empreguem protocolos adequados para o diagnóstico de distúrbios cognitivos e de demência na população idosa no Brasil - as informações obtidas dão uma dimensão da frequência desses problemas e podem, desde logo, contribuir para a formulação de diretrizes médico-assistenciais adequadas. Para o caso específico dos distúrbios cognitivos, pode-se estimar que, atualmente, cerca de 20% a 24% (mais de 1 milhão) dos idosos com 70 anos ou mais estariam necessitando de orientação e acompanhamento individual ou familiar específico, de modo a melhorar suas condições de vida, de ambientação e conforto domiciliar.

### *c) Baixo-peso e obesidade*

Segundo a PNSN e tendo por referência a mais recente classificação<sup>3</sup> do índice de massa corporal, o sobrepeso e a obesidade comprometem principalmente as mulheres da zona urbana, com prevalências da ordem de 35% e 20%, respectivamente. Na zona rural estes valores foram

<sup>3</sup> Segundo a última classificação da OMS (1995), considera-se que o indivíduo tem baixo-peso quando seu IMC está abaixo de 18,5 (anteriormente era abaixo de 20); o sobrepeso e a obesidade continuaram com o mesmo ponto de corte: >24,99 e > 29,99, respectivamente.

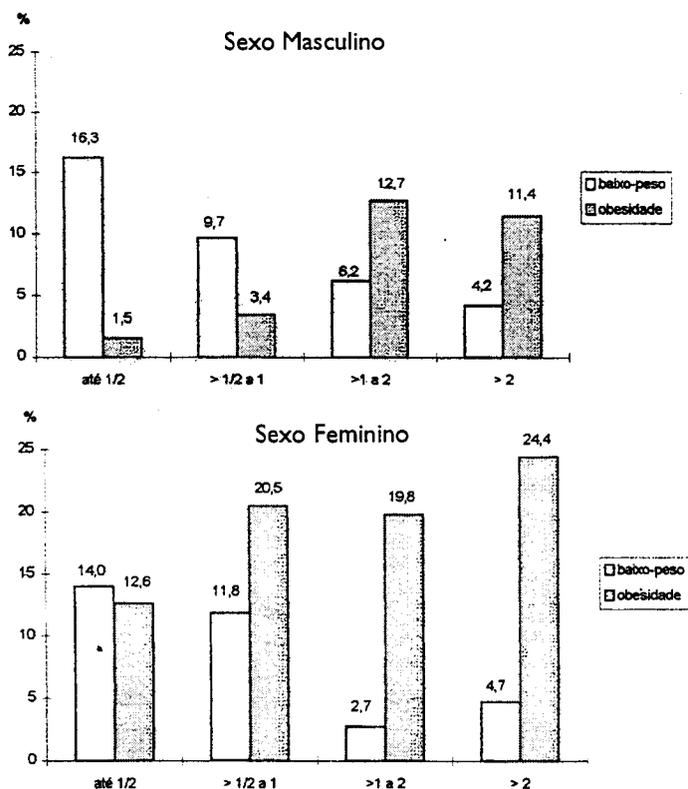


de 25% e 12%. Entre os homens urbanos, o sobrepeso, mais do que a obesidade, teve maior relevância, atingindo percentuais de até 32%, enquanto que a obesidade não comprometia mais que 8%.

O baixo-peso destacou-se na zona rural, de modo equivalente entre os sexos, atingindo percentuais mais elevados do que a obesidade, comprometendo até 18% dos idosos na faixa etária de 80 anos ou mais. A maior proporção de peso normal foi observada entre os homens da zona rural - cerca de 70% - e da zona urbana - cerca de 56%.

O baixo-peso obedeceu a uma relação inversa ao nível de renda: a mais elevada prevalência de baixo-peso - cerca de 16% - foi encontrada na população masculina que recebia até meio salário mínimo. Para quem recebia mais de dois salários mínimos, o percentual de baixo-peso não alcançou 5% e a prevalência de obesidade chegou a 24% (gráfico 4).

Gráfico 4 - Prevalência (%) de baixo-peso e obesidade na população com 60 anos ou mais, por sexo, de acordo com a renda *per capita* em salários mínimos. PNSN, Brasil, 1989.



#### *4.4. Utilização de serviços de saúde*

##### *a) Procura por atendimento de saúde*

Os dados relativos à procura por atendimento de saúde mostraram que os idosos, mais do que os adultos entre 40 e 59 anos, e as idosas, mais do que os idosos, demandaram atendimento. Entretanto, houve uma diferença importante entre essa demanda, quando analisadas as zonas urbana e rural. Talvez pela pouca disponibilidade e precariedade dos serviços de saúde nas regiões rurais, a demanda de atendimento nessa área foi menor. Outra explicação possível é a dada por Monteiro (1991), de que o nível socioeconômico influencia diretamente a atenção que o indivíduo dispensa à sua saúde. Tanto a percepção da doença como a taxa de utilização de serviços de saúde são maiores em populações mais instruídas e com maior nível de renda.

Os “problemas de pressão” foram aqueles que mais levaram os idosos a procurar atendimento, fato para 40% dos indivíduos que apresentaram o problema. Os “problemas respiratórios”, “nervosismo e depressão”, além da “falta de apetite” e “perda de sono”, também representaram importantes demandas de atendimento de saúde.

A modalidade de atendimento mais procurada pelos idosos foi a ambulatorial (57%), através de consulta a médico particular ou em ambulatório da rede pública - postos ou centros de saúde e postos de assistência médica (PAMs) do antigo INAMPS. Cerca de 20% dos idosos buscaram a farmácia para resolver seus problemas de saúde, sendo que os homens utilizaram mais este tipo de recurso do que as mulheres, exceto para a faixa etária de 80 anos ou mais.

A consulta a médicos particulares alcançou percentuais significativos: em torno de 28% para os idosos da zona urbana, e 18% na zona rural. Além disso, a farmácia foi o local mais procurado pelos idosos dessas regiões (exceto para a faixa etária dos 80 anos ou mais), o que deve estar correlacionado ao menor poder aquisitivo dessa população. Outro aspecto que merece destaque são os dados relativos à procura por outros tipos de atenção - categoria que incluía curandeiros, benzedeiras, centros religiosos e outros - que alcançaram percentuais de até 8,7% para os idosos residentes na zona rural.

##### *b) Internação hospitalar*

A proporção de idosos relatando internação no período de um ano variou de 10,3% (idosas de 60 a 69 anos) a 21,2% (idosas de 80 anos

ou mais). Considerando-se que o Brasil tem hoje cerca de treze milhões idosos e respeitando-se as taxas de internação encontradas para cada faixa etária, pode-se estimar que aproximadamente 1,9 milhão de internações no Brasil - atualmente - correspondem a pessoas com 60 anos ou mais. Este número equivale a cerca de 10% dos 19 milhões de internações esperados para o total da população brasileira - tomando-se como base de cálculo as taxas médias de internação hospitalar no Brasil, situadas em torno de 125 por 1.000 habitantes/ano<sup>4</sup>.

Os idosos da zona urbana tiveram um percentual de internação mais elevado que os da zona rural; contudo este dado não parece ser um indicador de melhor padrão de saúde. Antes, deve ter ocorrido devido a uma menor oferta de leitos hospitalares, sabidamente escassos nessas regiões. Dentre os idosos que se internaram, a maioria esteve internada uma única vez. Os homens idosos apresentaram uma média de internações maior que as mulheres. Dos idosos que se internaram, a maioria - cerca de 85% - recebeu alta nos dez primeiros dias. As idosas de 70 anos ou mais, comparativamente aos demais idosos, tiveram uma proporção maior de internações - entre 11 e 20 dias.

Os dados sobre utilização de serviços de saúde podem ser úteis para o dimensionamento de serviços de saúde. Entretanto, no Brasil, conforme assinalado por Médici (1992), dada a má qualidade e distribuição dos serviços públicos existentes, além do baixo nível socioeconômico da maioria da população, a procura espontânea por serviços de saúde não serve como parâmetro isolado para estimar a necessidade de serviços de saúde. Entretanto esses dados dão conta de informações básicas que podem colaborar para estabelecer o perfil de unidades assistenciais elementares, e mesmo projetar o número de leitos hospitalares necessários para atender à população idosa.

## 5. CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico identificado neste estudo reforça os achados de alta prevalência de morbidades crônico-degenerativas na população idosa, bem como sugere a associação de variáveis psicossociais com este perfil de morbidade. A este respeito, alguns fatores se destacaram: depressão e nervosismo, morar sozinho e renda per capita.

As características socioeconômicas (baixo nível de renda e de escolaridade, atividade remunerada em idades avançadas e a carência de

<sup>4</sup> As taxas de internação no Brasil nos anos de 85, 87 e 89 foram, respectivamente: 127, 125 e 131 por 1.000 habitantes (Buss, 1995 e IBGE, 1995).

saneamento básico) são fortes indicadores da precariedade das condições e da qualidade de vida para a grande maioria dos idosos no país, em especial na zona rural.

O padrão de utilização de serviços de saúde sugere que a maioria dos idosos não demanda substantivamente mais recursos que a população adulta entre 40 e 59 anos.

O baixo-peso, especialmente na zona rural, e a obesidade, na zona urbana, denunciam também as implicações das diferenças sociais nas condições de vida dos idosos brasileiros.

Essas diferenças remetem à necessidade de se estabelecer políticas diferenciadas de atuação, de acordo com as características sociais, culturais e regionais.

As conclusões deste trabalho evidenciam a malha de interações multidimensionais que condicionam a saúde do idoso. Refletem a complexidade do seu processo de adoecimento, realçando as inúmeras limitações do modelo biotecnista (que domina o cenário da medicina contemporânea) e a incompetência da atual estrutura dos serviços públicos de saúde para atender às demandas da terceira idade. Por conseguinte, reforçam a necessidade de aplicação de alguns princípios e critérios, baseados na integralidade da atenção médico-sanitária, que já vêm sendo incorporados a projetos inovadores no campo da saúde do idoso.

## 6. RECOMENDAÇÕES

- Revisão do modelo biotecnista da medicina e proposição de novos paradigmas centrados na integralidade da atenção.
- Incorporação de disciplinas correspondentes às ciências humanas e sociais, bem como de geriatria e gerontologia, à grade curricular do ensino médico.
- Aprofundamento do conhecimento sobre a interação saúde, condições e qualidade de vida.
- Avaliação científica dos modelos de atenção integral à saúde e outras práticas de medicina alternativa.
- Formulação de políticas e práticas de atenção sanitária, predominantemente extra-hospitalares, com ênfase na promoção, preservação e reabilitação da saúde do idoso.
- Incorporação de especialidades (por exemplo: fisioterapeutas, nutricionistas e oftalmologistas) na rede básica de saúde, visando a aumentar a resolutividade da atenção;

- Intensificação de pesquisas e estudos populacionais sobre a terceira idade no Brasil;
- Criação de protocolos de investigação de saúde adequados à realidade brasileira;
- Criação de ambientes adequados à recepção, acompanhamento e tratamento de idosos cujas condições de autonomia e independência estejam comprometidas.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, M. I. P. *Saúde e condições de vida do idoso no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M., LABRA, M. H. (Orgs) *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ FIOCRUZ, 1995.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores sociais: uma análise da década de 1980*. Rio de Janeiro: IBGE, 1995.
- \_\_\_\_\_. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores* 1995. Rio de Janeiro : IBGE, 1996.
- INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO. *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição*. Brasília: Secretaria de Projetos Especiais, 1990.
- KALACHE, A. Perspectives: what are the implications of population ageing in the foreseeable future, In: *FUTURE health of aging population*. Geneva: Unit of Monitoring Evaluation and Projection Methodology, OMS, 1993.
- KINSELLA, K. Aging in the Third World. In: *FUTURE health of aging population*. Geneva : Unit of Monitoring Evaluation and Projection Methodology, OMS, 1993.
- MALCOM, L. Does population ageing significantly increase health care costs? In: *FUTURE health of ageing population*. Geneva: Unit of Monitoring Evaluation and Projection Methodology, OMS, 1993.
- MÉDICI, A. C., CAMPOS, M. R. *Brasil: padrões de morbidade e utilização de serviços de saúde (uma análise da PNAD/1986)*. Rio de Janeiro : IBGE/ ENCE, 1992. (Série Relatórios Técnicos, 8).

MONTEIRO, M. F. G. *Morbidade referida e acesso a serviços de saúde: padrões e diferenciais*. Rio de Janeiro : IBGE, 1991. Mimeogr.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *The use of epidemiology in the study of the elderly*. Geneva : OMS, 1984. ( Technical Reports Series, 706).

\_\_\_\_\_. *La salud de las personas de edad*. Genebra: OMS, 1989. (Serie de Informes Técnicos, 779).

\_\_\_\_\_. *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*, 1995. (Publicación Científica, 546).

VERAS, R. P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

#### ABSTRACT

Thirteen million aged people live in Brazil, corresponding to 8.3% of its total population. Nevertheless, there is still little knowledge of the characteristics of this population and its health needs arising out of its epidemiological profile. This article presents an overview of the Brazilian aged, focusing on their life and health conditions, pointing out their living condition, income, work and education, data on body mass index, morbidity and utilization of health services.

**Key-words:** epidemiology of the aged, multidimensional evaluation, life conditions of the aged, health services for the aged.

## SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

Maria Inez Padula Anderson, Mônica de Assis, Liliane Carvalho Pacheco,  
Efigenia Aparecida da Silva, Isis Simões Menezes, Therezinha Duarte,  
Flávio Storino e Luciana Motta\*

### RESUMO

Este texto apresenta os primeiros resultados da pesquisa Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade, realizada com idosos que participam do Projeto de Promoção da Saúde<sup>1</sup>, desenvolvido pela equipe interdisciplinar do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI/UERJ.

O objetivo é apresentar um perfil de saúde desses idosos e as interfaces com o trabalho educativo a eles destinados. A partir desta primeira etapa, serão delineadas linhas de pesquisa setoriais e/ou interdisciplinares que aprofundem questões relevantes no campo da saúde e envelhecimento, ao mesmo tempo em que contribuam para o aprimoramento das ações educativas.

Palavras-chave: Epidemiologia do envelhecimento, avaliação multidimensional, condições de vida do idoso, serviços de saúde para idosos.

### 1. O PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional.

Baseada nessa premissa, a equipe do NAI vem desenvolvendo o Projeto de Promoção da Saúde, que nasceu do interesse em conhecer

\* Os autores pertencem à equipe multidisciplinar do Núcleo de Atenção ao Idoso, vinculado à UnATI-UERJ.

<sup>1</sup> O Projeto de Promoção da Saúde conta ainda com a participação do médico Antônio Carlos Bertholasci, além de residentes e estagiários de Serviço Social, Nutrição, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e Psicologia



melhor as inter-relações entre saúde, qualidade de vida e envelhecimento, assim como desenvolver ações especificamente voltadas à prevenção e promoção da saúde, como estratégia fundamental de ampliação do envelhecimento bem-sucedido.

O projeto constituiu-se de trabalho educativo com idosos, através dos grupos Encontros com a Saúde, e da pesquisa intitulada Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade.

Os grupos Encontros com a Saúde são espaços de informação e reflexão sobre aspectos relacionados à prevenção e promoção da saúde na terceira idade. A programação consiste de doze encontros, de periodicidade semanal e duração de duas horas, que abordam temas básicos, tais como aspectos sociais do envelhecimento, alimentação, atividade física, estresse, sexualidade, arte de envelhecer e patologias comuns, como hipertensão arterial, diabetes, alterações ósteo-articulares e depressão.

A pesquisa Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade é realizada através de questionário de avaliação multidimensional, aplicado individualmente aos participantes dos grupos Encontros com a Saúde. Este instrumento aborda aspectos relacionados com diversas temáticas incluídas na programação educativa dos grupos, objetivando uma visão ampla da pessoa e de seu meio. Na entrevista de coleta dos dados, os idosos são também submetidos a um exame físico sumário e orientados quanto à realização de exames laboratoriais.

Além da produção de conhecimento, a avaliação objetiva incrementar e retroalimentar as ações educativas voltadas à promoção da saúde. Inicialmente, ela permite identificar os idosos com maior risco de adoecimento e/ou agravamento das suas condições de saúde e orientá-los, individualmente, quanto às suas necessidades assistenciais. Por outro lado, através da produção e socialização periódica dos dados, é possível exemplificar e redirecionar os temas abordados, de modo a refletir sobre as questões mais relevantes da população envolvida.

O Projeto de Promoção da Saúde constituiu-se, tanto nas atividades educativas como de pesquisa, num espaço de exercício e construção da interdisciplinaridade, otimizado através da inserção de alunos da graduação e pós-graduação de diversas áreas profissionais (medicina, enfermagem, serviço social, nutrição, psicologia, fisioterapia e terapia ocupacional).

A realização deste projeto no ambulatório da UnATI torna-se oportuna por ser este um espaço eminentemente de promoção da saúde e produção de conhecimento.



## **2. AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL: ASPECTOS METODOLÓGICOS**

Para realizar a avaliação multidimensional, a equipe optou pela elaboração de um questionário, tendo como referência o BOAS (Brazilian Old Age Schedule), que por sua vez foi desenvolvido a partir de outros instrumentos e adaptado para a investigação da velhice no Brasil (Veras, 1994). No entanto, foi necessário adaptá-lo às delimitações da pesquisa, bem como incluir outros aspectos relevantes identificados na prática assistencial.

O questionário contém 94 perguntas e abrange os seguintes aspectos: perfil socioeconômico, alimentação, atividade física, sexualidade, avaliação das atividades de vida diária, morbidade referida, queda, tabagismo e etilismo, autopercepção do estado de saúde, satisfação em viver, uso de medicamentos, utilização de serviços de saúde e resultados dos exames.

Os dados estão sendo consolidados no programa estatístico informatizado - EPIINFO. A perspectiva é consolidar uma pesquisa de caráter permanente, que permita estudar a prevalência de fatores de risco ou de proteção relacionados com a qualidade de vida, adoecimento e manutenção da saúde do idoso e relativos às dimensões físicas, psicológicas e socioculturais.

A pesquisa permitirá também, a médio e longo prazos, realizar estudo longitudinal de população, de modo a verificar o comportamento dos fatores de risco enfocados e sua relação com diferentes desfechos como, por exemplo, a mortalidade.

## **3. RESULTADOS**

No período de março de 1996 a julho de 1997 foram entrevistados 93 idosos, sendo a maioria (89,2%) mulheres, de cor branca (75,3%), brasileiras (90,3%), naturais do Rio de Janeiro (59,1%). Cerca de 40% dos idosos são oriundos de outros estados, especialmente das regiões Nordeste e Sudeste.

A faixa etária predominante é a considerada idosos jovens - 60 a 69 anos (52,7%) - seguida de 70 a 79 anos (38,7%). Aproximadamente 9,0% dos entrevistados possuem 80 anos ou mais.

Alguns dos principais dados obtidos nesta primeira fase da pesquisa serão a seguir apresentados e comentados.

### 3.1 Aspectos sociais

#### a) Família

A grande maioria dos idosos entrevistados, cerca de 68%, não tem vínculo conjugal: são viúvos (41,9%), solteiros (14%), separados ou divorciados (11,8%). O percentual restante é de casados (41,9%). Nota-se que aqui foi considerado o estado civil, de fato, e não de direito, com vistas a contemplar a situação atual com mais adequação.

Em relação à estrutura familiar, observa-se que a maioria possui vínculos de primeiro grau: 82,8% dos idosos possuem filhos; 73,1% possuem netos ou bisnetos e 75,3% possuem irmãos vivos.

Questionados sobre o apoio do grupo familiar, 64,1% referem que são muito apoiados. Apesar desse expressivo percentual, chama a atenção o fato de que cerca de 10,9% referiram não ser em nada apoiados, enquanto 16,3% responderam que são pouco apoiados. Além disso, aproximadamente 8,7% não responderam a esta pergunta, percentual de não-resposta superior ao de outras questões, e possivelmente indicativo de relação insatisfatória de apoio familiar.

Quanto ao relacionamento familiar, 42% estavam muito satisfeitos, enquanto 14% classificaram sua relação com os seus familiares como sofrível ou ruim.

#### b) Habitação

Ter moradia própria constitui um dos aspectos centrais da condição de vida e bem-estar dos idosos. No grupo pesquisado, 62,4% dos idosos referiram ter moradia própria, enquanto 18,3% residem em imóveis alugados e 12,9% em casa de parentes.

Na análise do perfil dos alunos da UnATI (Peixoto, 1997), a predominância do imóvel próprio é ainda maior (79,2%), o que resulta, segundo a autora, de condições mais favoráveis de financiamento habitacional em épocas passadas.

O saneamento básico foi referido como disponível e adequado por todos os entrevistados, em sua maioria moradores de bairros próximos à Universidade e providos de infra-estrutura urbana básica.

A composição no domicílio mostra que 35,5% moram sozinhos, percentual acima da faixa entre 6 e 28%, estimada por Videla (1994) na

análise sobre as políticas de serviços para idosos na América Latina. Aproximadamente 24% moram apenas com o cônjuge, e o restante apresenta as mais diversas composições familiares no domicílio. Predominam núcleos pequenos, com quase 90% das moradias possuindo até quatro habitantes.

A relação entre morar só e sexo é apresentada na tabela I. Como se pode observar, a totalidade dos idosos que moram sozinhos é de mulheres. Esta predominância é apontada no estudo de Anderson (1997) sobre saúde e condições de vida do idoso no Brasil. Segundo dados de 1989, no grupo com 70 anos ou mais, há no país cerca de 15% de idosas morando sozinhas para cerca de 6% de homens em igual condição.

Tabela I – Mora só x Sexo

Sexo	Masc.	Fem.	Total
Mora só			
Não	10	50	60
Sim	0	33	33
Total	10	83	93

Morar sozinho não significa um problema em si, já que pode ser uma opção, além de uma condição somente possível, via de regra, com níveis financeiro e de saúde satisfatórios. Entretanto, é considerada uma situação de risco pela Organização Mundial da Saúde, tendo em vista a possibilidade de perda da autonomia e inadequado suporte familiar. O risco de solidão e sentimento de vulnerabilidade e falta de apoio podem portanto estar presentes, tornando necessário o aprofundamento específico desse aspecto do grupo estudado.

### *c) Escolaridade*

O nível educacional dos idosos, como afirma Anderson (1997), tem papel importante no planejamento de programas e ações de saúde, tanto no nível coletivo quanto no individual.

No grupo estudado, a escolaridade apresentou-se diversificada e mais alta que a média da população idosa. Apenas 2,2% dos idosos referi-

ram não ter instrução alguma, enquanto cerca de 23% chegaram a cursar o colegial (atual 2º grau) e 11% o curso superior. O nível predominante é o primário: 46,2% declararam ter cursado até a 4ª série do primário, dado ainda assim bem abaixo da média de 80% encontrada para o Brasil (Anderson, 1997).

A heterogeneidade educacional dos participantes do Projeto é um aspecto relevante a ser considerado na ação educativa, de modo a adequar linguagem e conteúdos ao perfil de cada grupo, tendo em vista alcançar o melhor nível possível de comunicação e de interação entre os participantes.

#### *d) Trabalho e recursos econômicos*

A inserção em atividade ocupacional remunerada, mesmo que por um período inferior ao tempo necessário à aposentadoria, foi uma experiência vivida por cerca de 84% dos idosos participantes do Projeto. Como mostra a tabela 2, predominou a atividade de costura, seguida das funções administrativas e ligadas ao comércio.

Quanto à idade em que começaram a trabalhar, verifica-se que 18,3% dos idosos iniciaram algum tipo de atividade laborativa antes dos 14 anos, em geral como ajudantes dos pais em funções ligadas ao trabalho por eles desempenhado.

A situação previdenciária mostra que 53 idosos (57%) conseguiram se aposentar. Este percentual, somado ao dos que recebem pensão, sobe para 81,7%. Aproximadamente 18% dos idosos não recebem benefício previdenciário, porém cerca de 40% referiram receber algum tipo de ajuda financeira regular, basicamente de familiares.

Aproximadamente 21,5% dos idosos ainda exercem atividade remunerada no momento, sobretudo no mercado informal. As atividades mais comuns são ligadas a tarefas domésticas, tais como: costurar, fazer trabalhos manuais, passar roupas, fazer doces ou salgados, entre outras.

A distribuição dos rendimentos mensais em salários mínimos, apresentada na tabela 3, mostra um padrão acima da média da população idosa. Somente cerca de 12% recebem até um salário mínimo, enquanto 31% referem renda acima de 5 salários mínimos.

Tabela 2 – Principais Profissões

Profissão	Nº	%
Costureira	22	28,21
Agente Administrativo	16	20,51
Comerciário	06	7,69
Professor	05	6,41
Empregada Doméstica	03	3,85
Serviços Gerais	03	3,85
Motorista e Cobrador	03	3,85
Bancário	02	2,56
Aux. Enfermagem	02	2,56
Farmacêutico	02	2,56
Operário de Indústria	02	2,56
Cabeleireiro e Manicure	02	2,56
Contador	02	2,56
Outros	08	10,26
Total	78	100

Tabela 3 – Total de Rendimentos

Rendimentos em Salário Mínimo	Nº	%
Nenhum	13	13,98
Até 1 S.M.	11	11,83
> 1 a 2 S.M.	12	12,90
> 2 a 3 S.M.	16	17,20
> 3 a 5 S.M.	12	12,91
> 5 S.M.	29	31,18
Total	93	100

Dado o baixo valor do salário mínimo no Brasil, os rendimentos, apesar de acima da média, são percebidos por cerca de 37% dos idosos como satisfazendo mal (19,4%) ou muito mal (17,2%) as suas necessidades. Igual percentual (36,6%) aponta um grau de satisfação razoável, situação definida como intermediária entre percepções positivas ou negativas. Aproximadamente 24% declaram que seus rendimentos satisfazem bem (18,3%) e muito bem (5,4%).

### *e) Atividades no tempo livre*

O aumento do tempo livre na terceira idade decorre, de modo geral, da desobrigação do trabalho e do cuidado com os filhos, atividades que tendem a se tornar significativamente menores nesta etapa da vida. Segundo Dumazedier (apud Ferrari, 1997):

*O lazer é o conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se, e entreter-se, ou ainda, para sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou livre capacidade criadora após se livrar ou desembaraçar das obrigações profissionais, familiares e sociais, reunindo as três funções do lazer: descanso; divertimento, recreação e entretenimento; desenvolvimento pessoal.*

Dentre as atividades realizadas no lar, as mais comuns foram assistir televisão (93,5%), ouvir rádio (78,5%), ler (67,7%) e costurar (53,8%). As atividades realizadas fora do lar mais freqüentes foram: sair para encontros sociais (74,2%), visitar parentes e/ou amigos (( 60%), ir à igreja (65,6%) e a passeios e excursões (39,8%).

A inserção em trabalho comunitário foi referida por 28% dos idosos e caracterizou-se majoritariamente por ações assistenciais ligadas a obras religiosas e/ou beneficentes. Apesar da grande maioria não ter esse tipo de atividade, um número expressivo de idosos (51,6%) responde afirmativamente quando questionado sobre o interesse em desenvolver trabalho comunitário, o que demonstra a necessidade de ampliar e diversificar espaços de atuação nesse campo<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Essa demanda vem sendo recentemente trabalhada pelo Serviço Social da UnATI através do desenvolvimento do Programa de Valorização do Conhecimento do Idoso, que visa à inserção de alunos da UnATI em trabalho voluntário na comunidade.

### 3.2 Aspectos nutricionais

Com relação aos resultados encontrados quanto à ingestão dos diversos grupos alimentares, não foi identificado nenhum dado significativo de ingestão deficiente, já que a grande maioria ingere alimentos de todos os grupos sete vezes por semana. Tal resultado se confirma com o baixo percentual encontrado de pessoas com baixo peso (IMC < 18,5 Kg/m<sup>2</sup>): apenas 1%, bem abaixo dos resultados encontrados na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), realizada em 1989 com a população brasileira, que foram 7,8% para homens e 8,4% para mulheres (Tavares, 1997).

Em contrapartida, foram encontrados percentuais elevados de sobrepeso I (49% com IMC entre 25-29,9 Kg/m<sup>2</sup>), e sobrepesos II e III (17% com IMC > 29,9 Kg/m<sup>2</sup>), o que aponta para alimentação com qualidade e variedade, porém não balanceada quantitativamente. Tais percentuais de sobrepeso apresentam uma diferença bem menor quando comparados aos que foram encontrados na PNSN: 24,7% e 32,0% com Grau I, e 5,7% e 18,1% com Graus II e III, para homens e mulheres, respectivamente. Índices elevados de sobrepeso podem estar intimamente relacionados com incapacidades em idosos, significando perda de autonomia, o que resultaria em piora da qualidade de vida. O enfrentamento dessas questões passa pela educação nutricional e pela prática de atividade física regular.

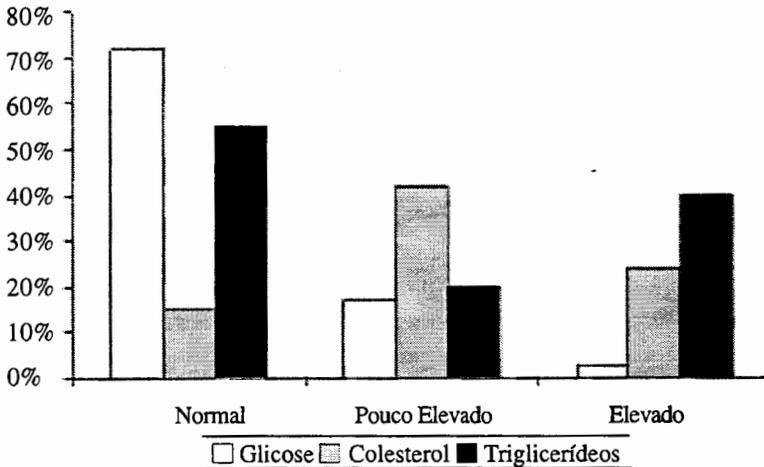
Tabela 4 – Classificação do Peso Corporal

Peso Corporal	Nº	%
Baixo Peso	01	1,1
Normal	30	32,3
Sobrepeso I	46	49,5
Sobrepeso II e III	16	17,1
Total	93	100

Em relação aos resultados encontrados nos exames de sangue, observa-se, no gráfico a seguir, que 41% das pessoas possuem colesterol sanguíneo entre 200 a 250 mg/dl, 40% encontram-se acima de 200 mg/dl e apenas 13% abaixo de 200 mg/dl. Os valores de triglicérides sanguíneos apresentaram índices de normalidade (<150 mg/dl) em 55% das pessoas;

em 20%, os valores encontrados estavam entre 150 a 200 mg/dl (pouco elevados), e em 25% os valores foram acima de 200 mg/dl, considerados elevados. A maioria (72%) apresentou valores normais para glicose sanguínea (<115 mg/dl), 18% entre 115 a 200 mg/dl e apenas 3% acima de 200 mg/dl.

Gráfico 1 – Valores do Colesterol, Triglicerídeos e Glicose Sanguíneos



Quanto ao HDL Colesterol, também conhecido como o “bom” colesterol, já que atua extraíndo o LDL Colesterol das paredes das artérias e o transporta para ser metabolizado no fígado, observou-se: níveis baixos (até 35 mg/dl) em apenas 7,5% dos idosos, o que é considerado um fator de risco tão grave quanto índices elevados de colesterol total; níveis normais (>35 a 65 mg/dl) em cerca de 69% dos idosos; e em 16%, níveis acima de 65 mg/dl, o que constitui excelente fator de proteção, sendo fundamental para este equilíbrio a dieta balanceada e a prática de atividade física regular.

Os altos índices encontrados de sobrepeso, além das dislipidemias, principalmente de colesterol, têm íntima relação com a faixa etária e com o sexo predominantes na população estudada: 53% encontram-se na faixa entre 60 e 69 anos, e 89% são do sexo feminino. Além disso, houve uma relação positiva entre sobrepesos II e III e hiperglicemia. Dentre os 26 idosos que foram classificados como tendo o peso normal, apenas três (11,5%) apresentavam hiperglicemia, ao passo que seis (37,5%), dos 16

classificados como tendo sobrepeso II e III, apresentavam glicemias acima de 115 mg/dl.

### 3.3 Atividade física

A atividade física regular traz benefícios diversos à saúde, tais como: aumento do tônus e trofismo musculares, ganho de massa óssea, diminuição dos níveis de pressão arterial, glicose e colesterol, normalização do peso corporal e diminuição do stress.

No grupo estudado, mais da metade dos idosos (56%) referiram realizar atividade física regular.

Quanto ao tipo de atividade, as mais comuns foram a caminhada (19,4%), a ginástica (14%) e a yoga (5,4%), e as demais dividiram-se entre pedalar, nadar, dançar e outras atividades.

Como mostra a tabela 5, cerca de 55% dos idosos que praticam atividade física o fazem duas ou menos vezes por semana, o que pode ser considerado aquém do desejado para o condicionamento físico dos mesmos. Os demais exercitam-se três ou mais vezes por semana, destacando-se aí cerca de 27% que referem boa frequência semanal, de 5 ou mais vezes.

Tabela 5 - Frequência da Atividade Física

Frequência Semanal	Nº	%
1	9	17,3
2	20	38,5
3	7	13,5
4	2	3,8
5 ou +	14	26,9
Total	52	100

Correlacionando-se os dados de quem pratica atividade física regular com a pergunta sobre satisfação em viver, encontra-se uma sugestiva associação. Como mostra a tabela 6, dos 52 idosos que realizam atividade física, 45 (86,5%) declararam ter boa satisfação em viver, percentual superior ao encontrado para os que não a realizam - 63,4% (26 em 41).

Tabela 6 – Atividade Física e Satisfação de Viver

Atividade Física Regular	Satisfação em Viver				Total
	Nenhuma	Pouca	Razoável	Boa	
Sim	1	0	6	45	52
Não	0	7	8	26	41
Total	1	7	14	71	93

Nos grupos Encontros com a Saúde, a atividade física é abordada como temática em dia específico e correlacionada a outros temas, como alimentação, estresse e prevenção e controle de diversas patologias. Além da importância da atividade física regular, procura-se abordar também as dificuldades para tal prática, na busca de reflexão sobre possíveis alternativas. Dentre as mais comuns encontram-se a falta de oportunidade, de companhia e de tempo, além da “preguiça”, como também referem, para a realização deste tipo de atividade.

### 3.4 Morbidade referida e fatores de risco

#### a) Problemas afetando a saúde

Em conformidade com os dados da literatura, a grande maioria dos idosos (90%) referiu ter problemas de saúde. Na tabela 7 observa-se que, em comparação ao número de problemas referidos no passado, houve um aumento importante do número de agravos à saúde.

Tabela 7 - Número de problemas afetando a saúde atualmente e no passado

Problemas de saúde relatados	Atualmente		No passado	
	Nº	%	Nº	%
Nenhum	7	7,5	14	15,0
Entre um e dois	44	47,3	54	58,1
Três ou mais	39	42	22	23,7
Ignorado	3	3,2	3	3,2
Total	93	100	93	100

Dentre as queixas atuais, destacam-se: hipertensão arterial (29%), artrose (25%), dificuldade visual (20,4%), dificuldade auditiva (10,8%) e diabetes (9,7%). Estes percentuais são menores do que os habitualmente observados nos ambulatórios geriátricos, possivelmente pelo fato de que nesses locais a população é mais adoecida, diferentemente dos idosos que freqüentam a UnATI. Entretanto, em relação à hipertensão arterial, e dificuldades visuais e auditivas, as prevalências observadas guardam relação com as referidas por idosos não-institucionalizados, que responderam ao inquérito domiciliar de abrangência nacional realizado em 1991 (Anderson, 1997).

Três dessas patologias mais comuns são temas abordados nos grupos Encontros com a Saúde. A informação cumpre, nesse caso, não só objetivo relativo à prevenção, como também contribui para o autoconhecimento dos idosos que já possuem o problema, capacitando-os para o autocuidado.

### *b) Níveis de Pressão Arterial*

A pressão arterial foi aferida três vezes para cada participante, duas na posição sentada e uma de pé. A tabela 8 apresenta a classificação da pressão arterial dos idosos, evidenciando que na posição de pé o número de idosos classificados como hipertensos sobe de 34 para 39.

Tabela 8 - Níveis Pressóricos verificados em três aferições

Posições	Normal	Pressão Arterial	Pressão Arterial	Pressão Arterial
		sistólica elevada	sistólica e diastólica elevadas	diastólica elevada
Sentada	66	19	8	-
Sentada	66	21	5	1
De pé	61	17	13	2

O cruzamento dos níveis pressóricos com os níveis sanguíneos de colesterol e triglicerídeos sugere uma associação positiva, de tal modo que 46% (12) dos idosos cuja pressão arterial estava elevada apresentavam colesterol acima de 250 mg/dl, contrastando com os 37,8% que apresentavam níveis pressóricos normais. Em relação à dosagem de triglicerídeos, valores acima de 250mg foram encontrados em 15,4% (26) dos idosos que apresentavam níveis pressóricos elevados, e em 9,8% (61) dos que apresentavam níveis tensionais normais. Cabe ressaltar entretanto que não é possível, através deste estudo, realizar o diagnóstico de hipertensão arterial, nem tampouco afastá-lo.

### c) Incontinência Urinária

A incontinência urinária é a perda involuntária de urina. Sendo queixa comum entre os idosos, pode, dependendo da dimensão, produzir, além de um problema higiênico, um sério problema social, podendo levar o seu portador ao isolamento ou até mesmo à institucionalização.

Os resultados obtidos neste estudo revelam que 37,6% dos idosos referiram já ter perdido urina involuntariamente, sendo 27% de forma eventual e 7,5% de forma freqüente. Estes dados coincidem com Robledo (1994) e Vasconcellos (1994), que referem, respectivamente, percentuais de 15 a 50% e 14 e 51% entre idosos da comunidade, sendo a prevalência maior entre as mulheres, numa proporção de 2:1 em relação aos homens.

### d) Insônia

Transtornos do sono ocorrem em 45% da população idosa (Ayala, 1994). Estes são definidos como a dificuldade para iniciar ou manter o

sono, ou a falta de um sono reparador. Entre os idosos entrevistados, 36,6% referiram insônia; dentre eles a média de horas dormidas em 24 horas era de cerca de 6,4, diferindo pouco da média dos que não referiram insônia, que foi de 7 horas.

Atualmente, considera-se que para o idoso saudável a duração do sono é similar à do adulto (Galindo, 1994). Os dados encontrados são concordantes, de tal modo que os que julgavam seu sono suficiente dormiam em média 7,6 horas, contrastando com as 6,6 horas dos que consideravam não dormir o necessário.

### *e) Quedas*

A maior consequência das quedas para o idoso é o risco de fraturas, que pode levar à imobilidade, com conseqüente perda da autonomia e independência.

A queda ocorre pela perda do equilíbrio postural, o qual está relacionado à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e ósteo-articulares envolvidos na manutenção da postura. É sempre resultante do somatório de fatores, tais como efeitos adversos de medicamentos, perigos ambientais e/ou modificações nos sistemas envolvidos com o equilíbrio, a postura e a marcha, ou seja, sistema muscular, ósseo, nervoso, labiríntico e outros (Umphed, 1994).

Estima-se que aproximadamente 30% de pessoas com idade acima de 65 anos caem pelo menos uma vez por ano. Esta porcentagem cresce para 40% nas pessoas com mais de 75 anos (Hera e Molino, 1994).

No grupo estudado, 35,5% referiram queda no último ano, enquanto 64,5% relataram não cair. Dos idosos que caíram, a maioria (29%) teve apenas uma queda; 4,3% duas quedas e 2,2% cinco quedas.

A prevenção de quedas é abordada no grupo Encontros com a Saúde, junto ao tema alterações ósteo-articulares e atividade física. Quando identificada a ocorrência de quedas entre os participantes do projeto, investiga-se a etiologia das mesmas e são tratadas as alterações.

### *f) Tabagismo e uso de bebida alcoólica*

Somente 4,3% (dois idosos e duas idosas) relataram hábito de fumar, contrastando com o uso de tabaco no passado (20,4%). Estes resultados são semelhantes aos encontrados entre os idosos atendidos no antigo ambulatório de idosos do Hospital Universitário Pedro Ernesto

(Anderson, 1996), sendo entretanto bastante inferiores aos da média observada entre os idosos brasileiros (Anderson, 1997), o que pode ser atribuído às diferenças socioculturais que reconhecidamente influenciam o hábito de fumar: quanto menor o poder aquisitivo e o nível cultural, maior a incidência e a prevalência de tabagismo.

Por outro lado, 27% dos idosos avaliados referiram fazer uso de bebida alcoólica em pequenas quantidades. Algumas idosas adquiriram este hábito mais recentemente, talvez pela liberação de costumes anteriormente proibitivos para as mulheres.

### *3.6 Atividade de vida diária*

O resultado da avaliação das atividades de vida diária (AVD) reflete a capacidade ou não para o autocuidado básico; ou seja, com base nesses dados, pode-se estabelecer o grau de autonomia e independência do idoso para a execução de atividades básicas, fundamentais no suprimento de suas necessidades.

Foram estabelecidos níveis de dificuldades enumerados de 1 a 5, em ordem crescente de complexidade nas atividades.

Os resultados obtidos no estudo revelam que a maioria dos idosos entrevistados - 71% (66) - alcançaram o nível 5, que representa independência total para execução das AVD; em seguida, 10,8% alcançaram o nível 4, dependência parcial para execução de atividades complexas, como cortar as unhas dos pés, sair para longas distâncias e tomar ônibus. Os níveis 3 e 2 contemplaram, ambos, 3,2%, perfazendo um total de 6,4% e representam dependência parcial para execução de atividades como subir escadas, sair para perto de casa, tomar remédios, usar o banheiro em tempo, caminhar em superfície plana e tomar banho. Finalmente, 5,4% limitaram-se ao nível 1, que representa dependência para execução de atividades simples, como vestir-se, deitar-se e levantar-se da cama e alimentar-se sozinho.

Apesar de a maioria ser independente para execução das AVD, chama a atenção o número dos que apresentam alguma dependência. Contudo, não se pode desprezar a relação existente entre incapacidade de execução e bem-estar. Menezes (1994) afirma que uma incapacidade funcional temporária ou permanente que interfere sobre a autonomia e independência merece condutas que revertam o processo para um estado de capacitação plena ou adaptada, usando todos os recursos disponíveis para propiciar bem-estar ao idoso, apesar de suas limitações.

### 3.7 - Atividade sexual

A sexualidade, como afirma Perez (1994), é um elemento presente e importante na boa qualidade de vida dos idosos e muitos estudos mostram que não há uma idade específica para que ela termine, em que pesem as alterações fisiológicas do envelhecimento e os aspectos psicossociais e culturais que influenciam em especial as mulheres idosas, na sua maioria religiosas e de educação rígida.

A prática de atividade sexual, neste estudo, foi referida por cerca de 25% dos entrevistados. A grande maioria - 75% dos idosos - respondeu que não possui vida sexual ativa, o que guarda correspondência com o estado civil, em que sobressai a ausência de vínculo conjugal. De fato, o grupo que respondeu afirmativamente a esta questão é constituído por uma maioria absoluta de pessoas casadas.

Contribui para a falta de parceiros entre as mulheres nessa faixa etária, além do excedente de população feminina, a tendência dos homens viúvos reconstituírem suas vidas com mulheres mais jovens.

Como mostra a tabela 9, em relação ao sexo o número de respostas afirmativas entre os homens - 70% - foi proporcionalmente bem superior ao das mulheres - 18%.

Tabela 9 – Atividade Sexual segundo o Sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atividade Sexual						
Sim	7	70	15	18	22	23,6
Não	3	30	68	82	71	76,4
Total	10	100	83	100	93	100

A abordagem deste tema no trabalho educativo visa a oferecer informações acerca das mudanças fisiológicas que alteram o comportamento sexual no processo de envelhecimento e, sobretudo, promover reflexão e debate sobre os tabus e expectativas que cercam a vivência da sexualidade nessa etapa da vida.

### *3.8 Utilização dos serviços de saúde*

#### *a) Consultas e internações*

Os resultados obtidos revelam que 89,2% dos idosos entrevistados não estiveram internados no ano anterior, enquanto 10,8% internaram-se pelo menos uma vez. Neste caso, o motivo predominante para internação foram os procedimentos cirúrgicos eletivos, excetuando-se um caso apenas, de depressão.

Ao serem indagados se tiveram consulta médica nos últimos seis meses, 85% responderam afirmativamente, enquanto que 15% afirmaram não ter tido consulta no período. Dos que se consultaram, a maioria (48,2%) utilizou a rede pública, enquanto 36,8% recorreram à rede privada.

Na análise dos resultados, observa-se que a população estudada, em sua grande maioria, possui algum vínculo assistencial, o que sugere cuidados preventivos e/ou de controle de agravos à saúde, retratado pelo reduzido número de internações.

A importância da prevenção de doenças na terceira idade constitui um dos principais objetivos nessa faixa etária, no sentido de se evitar o adoecimento, em sua forma múltipla e de longa duração, que irá requerer maiores recursos para tratamento. Portanto, a prevenção deve ser estimulada, objetivando melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, para que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas (Veras et al., 1995).

#### *b) Uso de medicamentos*

Cerca de 85% dos idosos referiram estar usando regularmente pelo menos um tipo de medicação, sendo que 36,6% usavam três ou mais medicações concomitantemente. Dentre as medicações mais utilizadas estavam as indicadas para patologias do sistema cardiovascular (38,7%), as vitaminas (24,7%), os "tranquilizantes" (16,1%) e os antiagregantes plaquetários (9,7%). Aproximadamente 30% faziam uso de medicação sem prescrição médica.

### *3.9 Autopercepção do estado de saúde*

A percepção do estado de saúde pelo próprio idoso tem sido considerada um bom marcador de risco de mortalidade, independentemente

da carga objetiva de morbidade. Os idosos entrevistados avaliaram seu estado de saúde como bom (49,5%) ou razoável (39,8%). Os demais (11%), entretanto, classificaram o seu estado de saúde como ruim.

Comparativamente ao estado de saúde de outras pessoas da mesma idade, 73% julgaram estar em melhores condições, o que é esperado, dado o perfil dos idosos que freqüentam a UnATI. Ainda assim, 7,5% consideravam seu estado de saúde pior que o de outros da mesma idade.

### *3.10 Satisfação em viver e projetos de vida*

A maioria dos idosos (76%) informou ter boa satisfação em viver e 66% disseram ter pelo menos um projeto para sua vida futura. Deve-se ressaltar que os idosos entrevistados, por freqüentarem uma universidade aberta, devem ser mais saudáveis e motivados do que os que não freqüentam esse tipo de instituição, além de terem melhores condições econômicas do que a média da população.

Ainda assim, um percentual expressivo - 33% - revelou não ter nenhum projeto para o futuro, o que talvez reflita a visão habitual do envelhecimento como uma fase da vida em que não há grandes expectativas.

## **4. COMENTÁRIOS FINAIS**

O perfil dos idosos participantes do Projeto de Promoção da Saúde, aqui apresentado, mostra uma heterogeneidade quanto ao nível de saúde e qualidade de vida, prevalecendo um padrão positivo, se comparado à população idosa de modo geral.

Contribuem para este perfil o fato de grande parte já ser de alunos da UnATI - clientela constituída predominantemente de idosos independentes e de razoável nível sociocultural - e a própria característica dos encaminhamentos para o Projeto, em grande parte feitos a partir de reorientação da demanda de prevenção trazida por idosos saudáveis que procuravam atendimento no Hospital Universitário Pedro Ernesto.

A partir dessa avaliação exploratória dos dados, são esboçadas algumas linhas de pesquisa a serem desenvolvidas no contexto panorâmico oferecido pela avaliação multidimensional. São elas: perfil de idosos que moram sós; trabalho e vivência da aposentadoria; alterações posturais e inatividade; perfil dos idosos com risco de quedas; índice de massa corporal e dislipidemias; fatores psicossociais e morbidade.

A pesquisa sobre a saúde e qualidade de vida dos idosos, associada ao trabalho educativo de promoção da saúde, tem significado para a equipe uma experiência fértil em diversos sentidos. O primeiro é o espaço propício à construção da interdisciplinaridade, através do intercâmbio de conhecimento das diferentes áreas, favorecendo a constituição de um núcleo comum. Além disso, tem permitido reorientar e retroalimentar as ações de saúde, tendo por base o conhecimento adquirido no próprio desenrolar do projeto.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, M. I. P. *Saúde e Condições de Vida do Idoso no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.
- AYALA, M. I. S. Depresión, Ansiedad e Insomnio. In: LLERA, F. G., MARTÍN, J. P. M. *Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico*. Barcelona: Masson, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. *Condições nutricionais da população brasileira: Adultos e Idosos*. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. Brasília: INAN, 1991.
- FERRARI, M. A. C. Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade In: NETO, M. P. (Org.) *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1997.
- GALINDO, G. E. Transtornos del sueño. In: Pérez E. A et al (Org) *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: OPS, 1994.
- HERA, F. G., MOLINO, J. P. Síndromes y Cuidados En El Paciente Geriátrico. Nason, 1994.
- KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. *Jama*, v. 185, n. 12, Sept. 1963.
- MENEZES, A. K. Avaliação funcional do idoso versus avaliação clínica tradicional. In: *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- NAJAS, M. S., SACHS, A. avaliação nutricional do idoso. In: NETO, M. P. (Org.) *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1997.
- PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, R. P. (Org.) *Terceira Idade: desafios para o próximo milênio*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1997.
- PEREZ, E. A - Sexualidad en los ancianos. In: Pérez, E. A et al (Org) *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: OPS, 1994.

- UMPHRED, D. A. *Fisioterapia neurológica*. São Paulo: E. Manole, 1994.
- ROBLEDO, L. M. G. - Incontinencia urinaria y fecal. In: Pérez E. A et al (Org) *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: OPS, 1994.
- TAVARES, E. L. *Antropometria nutricional em idosos: considerações metodológicas e situação da população brasileira em 1989*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- VASCONCELLOS, D. C. de. Incontinências: um problema para o paciente, o cuidador e o médico. In: *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.
- VERAS, R. P. et al. Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. Cap. 1: *Idoso e universidade: parceria para a qualidade de vida*, p.11-27.
- \_\_\_\_\_ Diseño de Investigaciones Epidemiológicas. In: Pérez E. A et al (Org) *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: OPS, 1994.
- VIDELA, J. T. Los ancianos y las políticas de servicios en América Latina y el Caribe. In: Pérez E. A. et al (Org) *La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Washington: OPS, 1994.

#### ABSTRACT

This work presents the first results of the research entitled Health and Life Quality in the Third Age, on the aged who took part in the Health Promotion Project, carried out by the multidisciplinary staff of the Nucleus of Attention to the Elderly - NAI, within UnATI-UERJ.

It aims at offering a general view of the health conditions of the aged ones and the links with their education process. Then it will delineate sectorial and/or interdisciplinary research lines which analyse questions on health and ageing, and also contribute for the betterment of educational actions.

**Key-words:** epidemiology of the aged, multidimensional evaluation, life conditions of the aged, health services for the aged



*UnATI*  
UERJ

