

## NÍVEL DE INSTRUÇÃO, STATUS SOCIOECONÔMICO E AVALIAÇÃO DE ALGUMAS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA DE OCTOGENÁRIOS<sup>1</sup>

Keika Inouye<sup>2</sup>

Elisete Silva Pedrazzani<sup>3</sup>

*Os objetivos deste trabalho foram: descrever o perfil de uma amostra de octogenários (n=80), atendidos na rede municipal de saúde de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, Brasil; avaliar a percepção desses acerca das dimensões da qualidade de vida (QV) e identificar correlações entre o status socioeconômico, nível de instrução e QV. Trata-se de estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa dos dados. Os resultados revelaram que essa população é predominantemente feminina, viúva, analfabeta, sedentária e pobre que carece de serviços de saúde e oportunidades de lazer, admitindo a religião como o maior apoio. O status socioeconômico não interferiu na percepção da QV, contudo, observa-se que há tendência de que maiores níveis de instrução e participação em atividades físicas resultem em maior satisfação.*

*DESCRITORES: idoso; envelhecimento; saúde do idoso; qualidade de vida; pobreza*

## INSTRUCTION, SOCIAL ECONOMIC STATUS AND EVALUATION OF SOME DIMENSIONS OF OCTOGENARIANS' QUALITY OF LIFE

*Objectives: To describe the profile of a sample of octogenarians (n=80) attended at the municipal health network of a city in the interior of São Paulo, Brazil; evaluate their perception regarding quality of life dimensions (QoL); identify correlations between socio economic status, education level and QoL. It is an exploratory descriptive study with a quantitative analysis of data. The results revealed that this population is predominantly female, widowed, illiterate, sedentary and poor, who need health services and leisure opportunities, and whose main support is religion. The socio economic status did not interfere in the QoL perception, though, higher education and participation in physical activities result in higher satisfaction.*

*DESCRIPTORS: aged; aging; health of the elderly; quality of life; poverty*

## NÍVEL DE INSTRUCCIÓN, SOCIOECONÓMICO Y EVALUACIÓN DE ALGUNAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA DE OCTOGENARIOS

*Objetivos: describir el perfil de una muestra de octogenarios (n=80) atendidos en la red municipal de salud de una ciudad del interior del Estado de São Paulo, Brasil; evaluar su percepción sobre las dimensiones de la calidad de vida (CV); e identificar correlaciones entre el status socioeconómico, nivel de instrucción y CV. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo de aproximación cualitativa de los datos. Los resultados revelaron que esta población es predominantemente femenina, viuda, analfabeta, sedentaria y pobre, que le faltan servicios de salud y oportunidades de ocio, admitiendo la religión como el mayor apoyo. El status socioeconómico no interfirió en la percepción de la CV. Sin embargo, observamos tendencia de que mayores niveles de instrucción y participación en actividades físicas resultan en mayor satisfacción.*

*DESCRIPTORES: anciano; envejecimiento; salud del anciano; calidad de vida; pobreza*

<sup>1</sup> Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado; <sup>2</sup> Mestranda, bolsista CNPq-Brasil; <sup>3</sup> Doutor em Saúde Pública, Docente. Universidade Federal de São Carlos, Brasil

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde prevê crescimento de 223% no número de pessoas com sessenta anos, ou mais, no período compreendido entre 1970 e 2025<sup>(1)</sup>. Reconhecendo que os mais velhos não constituem grupo homogêneo, a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar. Sob essa perspectiva, há preocupação com o desenvolvimento de práticas de ação, que partilhem dos mesmos valores frente às diferenças, reunindo-se em torno de significação inclusiva, flexível e dinâmica que leve em conta as pessoas como valor<sup>(2)</sup>. Esse processo deve apoiar a otimização de conhecimentos e aptidões que proporcionem encorajamento dos menos habilitados, satisfazendo suas necessidades individuais, para que todos se sintam aceitos, compreendidos e respeitados em seus diferentes estilos de ser, aprender e conviver<sup>(3-4)</sup>.

Passa-se, no momento, por uma revolução demográfica, na qual os adultos, com mais de oitenta anos formam o grupo que mais cresce percentualmente em todo o mundo. Atualmente, o número total de octogenários é de aproximadamente sessenta e nove milhões, representando um por cento de toda a população do planeta e três por cento da população de países desenvolvidos<sup>(1)</sup>. Nesse contexto, os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil encontram-se intimadas a promover a saúde nessa perspectiva mais ampla, ultrapassando a visão simplista e remediadora de assegurar o acesso a consultas médicas, internações e medicamentos<sup>(5)</sup>. O envelhecimento saudável deve ter caráter mais abrangente, reconhecendo que os cuidados com a saúde e a integridade física são tão importantes quanto a participação ativa em relações sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis tanto como meta que os idosos tenham autonomia e independência por meio de um processo contínuo de educação, crescimento, atualização e realização pessoal que os incluam como membros ativos e construtores da sociedade.

O conhecimento amplo e bem fundamentado sobre o envelhecimento necessita ser incorporado aos currículos e aos programas de treinamento para que estudantes e trabalhadores da área social, da saúde, da recreação, do planejamento urbano e da arquitetura trabalhem em conjunto e tenham condições de desempenhar funções que correspondam às novas demandas demográficas<sup>(1)</sup>.

Nesse panorama, as políticas públicas estão desafiadas a abrir novos horizontes para a faixa etária idosa que, em 2025, alcançará a marca de 1,2 bilhões de pessoas<sup>(1)</sup>. Permitir circunstâncias favoráveis que ampliem situações de partilha, convivência e possibilidades de escolha, bem como as indispensáveis adequações de acessibilidade, são urgentes. Integrar preservação e melhoria da sensação de bem-estar de todos os coletivos deve ser alvo de reflexão, questionamentos, discussões e planos de ação em todas as esferas para que o envelhecimento seja experiência positiva, acompanhada de infinitas possibilidades, recursos e oportunidades. Caso contrário, atingir-se-á uma vantagem meramente quantitativa, na qual se acrescenta anos à vida, sem a preocupação qualitativa de também acrescentar "vida" aos anos<sup>(6)</sup>.

A qualidade de vida depende de diversidade de fatores determinantes que derivam de uma história de interações interpessoais e ambientais em um interjogo contínuo de influências internas e externas, passadas e presentes<sup>(7)</sup>. A *abordagem bioecológica* de Bronfenbrenner aponta que as características da pessoa em desenvolvimento estão entrelaçadas no tecido social de forma indestrinçável. De acordo com essa concepção sistêmica, as propostas só terão sentido se levarem em consideração os processos de troca que ocorrem tanto dentro quanto entre os sistemas constituídos pelos indivíduos, seus provedores de cuidados, a família e outros contextos<sup>(8)</sup>.

Diferentemente do que ocorre na literatura internacional, em nosso meio ainda há poucos trabalhos que tratem especificamente da qualidade de vida dos idosos. A desinformação acerca de suas percepções, objetivos, expectativas, preocupações e principais dificuldades carecem de investigações para melhor entendimento dos caminhos que se precisa tomar em termos de políticas públicas e implantação de serviços que atendam as reais necessidades e expectativas da velhice<sup>(9)</sup>.

Diante disso, elegeu-se, aqui, as pessoas com oitenta anos ou mais como população-alvo deste estudo, que teve como objetivos: (a) descrever seu perfil socioeconômico; (b) avaliar como é a percepção destes acerca das dimensões da qualidade de vida e (c) identificar correlações entre o *status* socioeconômico, grau de escolaridade e o escore total obtido na escala de qualidade de vida na doença de Alzheimer (QdV-DA)<sup>(10)</sup>. Cabe, neste momento,

esclarecer que adotou-se como dimensões da qualidade de vida a serem investigadas as seguintes grandezas: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral\*.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada de agosto de 2006 a março de 2007, em um município de porte médio, situado na região central do Estado de São Paulo, Brasil, com população em torno de 210 mil habitantes, 12% dos quais apresentam 60 anos ou mais<sup>(11)</sup>.

Os sujeitos de pesquisa foram 80 idosos atendidos na rede municipal de saúde no ano de 2006 que atendiam o critério de inclusão: ter oitenta anos ou mais. Por meio de sorteio, selecionou-se os possíveis participantes. Os oitenta primeiros concordantes compuseram a amostra.

Os instrumentos de coleta foram:

(a) ficha de caracterização e roteiro de entrevista semi-estruturada: elaborados pela pesquisadora para coleta de dados pessoais e informações sobre o convívio social, os eventos recentes na vida pessoal, composição familiar, *hobbies* e atividades físicas;

(b) Questionário Critério Brasil<sup>(12)</sup>: escala que divide a população em sete classes sociais (A1, A2, B1, B2, C, D e E), por meio da avaliação do poder aquisitivo familiar, baseando-se na quantidade de posse de bens de consumo duráveis, grau de instrução do chefe da família e em alguns outros fatores como a presença de empregada doméstica. Atribui-se classificação "A1" para pessoas com maior poder aquisitivo e pontuação "E" para pessoas com menor poder aquisitivo.

(c) Escala de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QdV-DA)<sup>(10)</sup>: instrumento traduzido, adaptado transculturalmente e validado para o Brasil para avaliação da qualidade de vida de cuidadores e idosos com DA. Os treze aspectos da escala, avaliados pelo participante, são: saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral. Atribui-se pontuação 1 para "ruim", 2 para "regular", 3

para "bom" e 4 para "excelente", sendo a pontuação geral mínima de 13 e a máxima de 52. A escolha do instrumento foi justificada por este ter sido elaborado tanto para idosos com alterações cognitivas e provável doença de Alzheimer, como, também, para seus cuidadores que não necessariamente apresentam problemas de saúde ou idade superior a 60 anos, sendo assim, é adequado para qualquer pessoa. Também, visto que, na população mundial, a prevalência média da doença de Alzheimer em pessoas com idade entre 80 e 84 anos é de 16,22%, chegando a 54,83% para os indivíduos com mais de 95 anos<sup>(13)</sup>, buscou-se, aqui, um instrumento que não excluísse nenhuma pessoa que atendesse o critério de inclusão como sujeito de pesquisa para que os resultados apontassem um perfil geral dos octogenários.

Após aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, os idosos que preencheram o critério de inclusão foram, juntamente com seus responsáveis legais, informados sobre a pesquisa e seus objetivos. Todos, que concordaram em participar, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e responderam aos instrumentos citados no parágrafo anterior. Um único encontro para cada indivíduo foi suficiente para coleta e registro dos dados.

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados no programa *Statistical Program for Social Sciences (SPSS-PC) for Windows*, versão 10.0, para realização de cálculos e análises estatísticas.

## RESULTADOS

Dos oitenta participantes (n=80), 58 eram do sexo feminino (72,5%) e 22 eram do sexo masculino (27,5%). A média das idades da amostra foi 83,56 anos ( $\pm 3,47$ ,  $x_{min}=80$ ,  $x_{max}=95$ ), das mulheres e dos homens, 83,78 anos ( $\pm 3,66$ ,  $x_{min}=80$ ,  $x_{max}=95$ ) e 83 anos ( $\pm 2,91$ ,  $x_{min}=80$ ,  $x_{max}=90$ ), respectivamente.

No que se refere à escolaridade, 60 (75%) eram analfabetos ou não haviam concluído o primário; 10 (12,5%) tinham primário completo, ou ginásio incompleto; 2 (2,5%) ginásio completo, ou colegial incompleto; 5 (6,3%) colegial completo, ou curso superior incompleto, e 3 (3,8%) tinham curso superior completo.

\* Essas treze grandezas são componentes da Escala de Qualidade de Vida (QdV-DA).

Os dados referentes à renda familiar média em reais, obtida pelo questionário socioeconômico Critério Brasil<sup>(12)</sup>, revelaram que 8 (10%) participantes dispunham de R\$ 2.804; 10 (12,5%) de R\$ 1.669; 24 (23%) de R\$ 927; 37 (46,25%) de R\$ 424 e 1 (1,25%) de R\$ 207.

No que se refere à composição familiar, verificou-se que 7 (8,8%) eram solteiros(as) sem filhos, 33 (41,3%) eram casados(as) com filhos e a maioria (40 - 50%) era composta por viúvos(as). Não se encontrou nenhum sujeito separado ou divorciado. Quanto à relação entre as variáveis sexo e situação conjugal, 15 homens e 18 mulheres possuíam um companheiro, as viúvas eram a maioria, na proporção de 33:7, e só se encontrou, aqui, mulheres solteiras.

Em relação à participação em atividades que consideravam otimizadoras da qualidade de vida, ou para sua saúde, 41 octogenários (48,8%) afirmaram não ter nenhum acesso; 29 (36,6%) afirmaram ter a religião como fonte de alegria, prazer ou conforto; 3 (3,8%) faziam fisioterapia; 2 (2,5%) dispunham de tratamento psicológico; 2 (2,5%) faziam trabalhos artesanais; 1 (1,25%) freqüentava clube para a terceira idade e outro (1,25%), um programa voltado para idosos de uma universidade e 1 (1,25%) dispunha de tratamento com terapeuta ocupacional.

Quanto às atividades esportivas, apenas uma mulher (1,3%) afirmou freqüentar academia, 21 (26,3%) caminhavam pelo menos uma vez por semana e a maioria (n=58, 72,5%) não faziam nenhum tipo de atividade física.

No que se refere às pontuações totais obtidas na QdV-DA<sup>(10)</sup>, numa escala de 13 a 52 pontos possíveis, a menor pontuação observada foi de 19 e a maior de 48 (Figura 1).

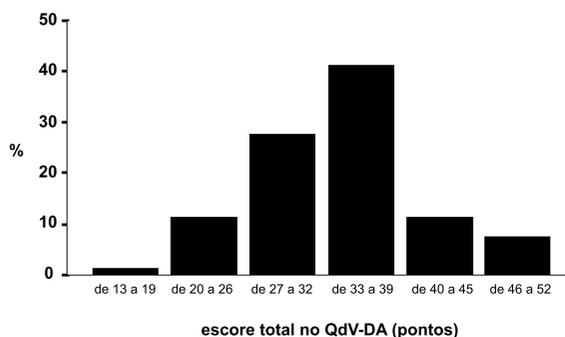


Figura 1 - Distribuição dos escores obtidos pela QdV-DA

As freqüências da avaliação que cada participante emitiu sobre as dimensões de sua qualidade de vida estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 1 - Autopercepção dos octogenários sobre as dimensões da qualidade de vida

Dimensões	Autopercepção								Total	
	Ruim		Regular		Bom		Excelente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Saúde Física	11	13,8	34	42,5	30	37,5	5	6,3	80	100
Disposição	17	21,3	22	27,5	30	37,5	11	13,8	80	100
Humor	7	8,8	15	18,8	45	56,3	13	16,3	80	100
Moradia	-	-	7	8,8	68	85	5	6,3	80	100
Memória	16	20	16	20	28	35	20	25	80	100
Família	-	-	1	1,3	64	80	15	18,8	80	100
Casamento (relacionamento)	-	-	3	3,8	52	65	25	31,3	80	100
Amigos	5	6,3	7	8,8	47	58,8	21	26,3	80	100
Você em geral	2	2,5	24	30	43	53,8	11	13,8	80	100
Capacidade para fazer tarefas	24	30	13	16,3	30	37,5	13	16,3	80	100
Capacidade para fazer atividades de lazer	23	28,8	20	25	27	33,8	10	12,5	80	100
Dinheiro	22	27,5	50	62,5	8	10	-	-	80	100
A vida em geral	8	10	40	50	29	36,3	3	3,8	80	100
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>12,97</b>	<b>252</b>	<b>24,22</b>	<b>501</b>	<b>48,19</b>	<b>152</b>	<b>14,62</b>	<b>1040</b>	

Ao se cruzar as informações relativas ao *status* socioeconômico, grau de escolaridade e o escore total, obtido na QdV-DA<sup>(10)</sup> dos octogenários, não foi possível encontrar correlação estatisticamente significativa quanto ao nível de instrução e à qualidade de vida, entretanto, pode-se afirmar que existe tendência de escores mais altos para as pessoas mais instruídas (Figura 2). Os participantes que tinham o hábito de fazer caminhadas encontraram-se mais satisfeitos (m=38,2381, dp=5,27) quando comparados com os sedentários (m=32,9138, dp=6,2836),  $t(77)=3,463$ ,  $p<0,001$  (Figura 3). A renda média mensal parece não ter influência na qualidade de vida dos pesquisados (Figura 4).

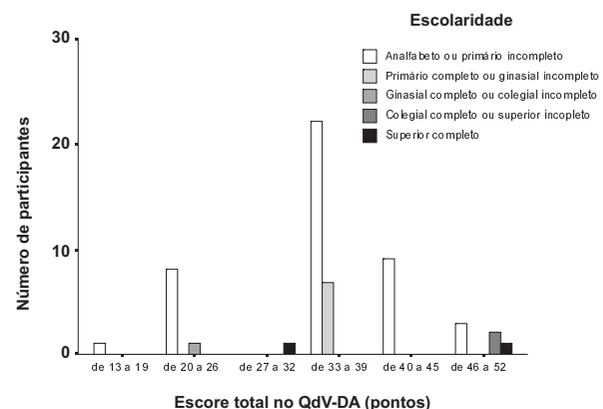


Figura 2 - Distribuição dos octogenários, segundo o nível de instrução e o escore total da qualidade de vida obtida pela QdV-DA

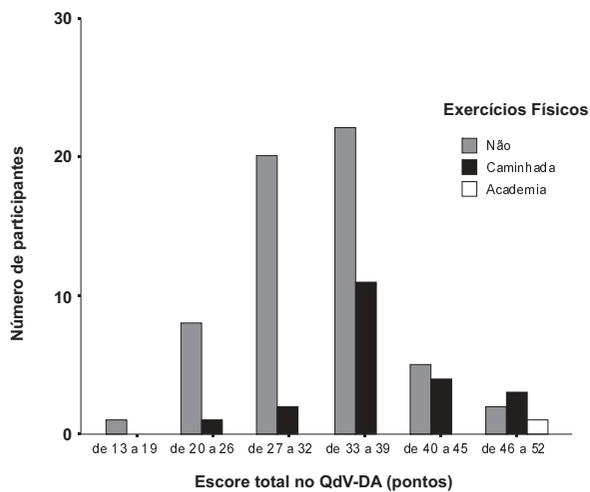


Figura 3 - Distribuição dos octogenários, segundo a prática de exercícios físicos e o escore total da qualidade de vida obtida pelo QdV-DA

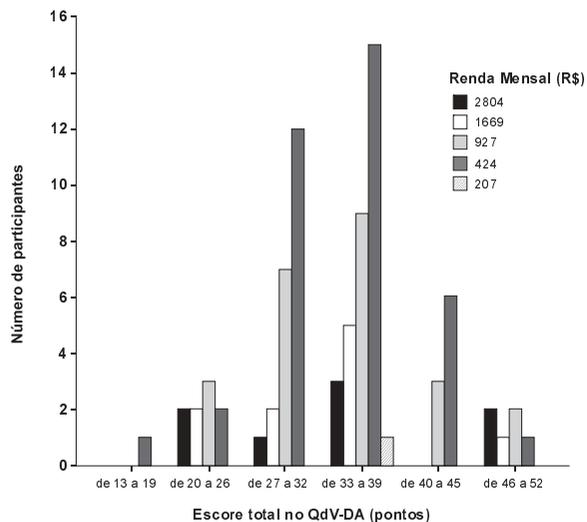


Figura 4 - Distribuição dos octogenários, segundo a renda média mensal e o escore total da qualidade de vida obtida pela QdV-DA

## DISCUSSÃO

Este estudo corroborou as inúmeras pesquisas que apontam para a predominância do sexo feminino na população idosa. Tal dado é importante para o planejamento e implementação de programas de intervenção e ações preventivas na área da saúde.

No que se refere à escolaridade, vale observar que os altos índices de analfabetismo se devem à dificuldade de acesso à escola. Os homens tinham maior nível de instrução quando comparados com as mulheres e, ainda, todos os que tinham curso

superior completo eram do sexo masculino. Isso era esperado, visto que no passado, a cultura não valorizava a educação escolar para as mulheres que, muitas vezes, eram criadas para serem boas esposas, mães e donas-de-casa. Neste momento, compreende-se melhor o porquê de muitas iniciativas públicas e ações não-governamentais se voltarem à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos.

Quanto ao *status* socioeconômico, segundo dados pré-existent da população de São Paulo<sup>(12)</sup>, esperva-se maior concentração de indivíduos com renda familiar média de R\$ 927,00; no entanto, a maior parte desta amostra (n=37, 46,25%) dispunha de renda inferior de aproximadamente, R\$ 424,00. Isso é um dado importante, uma vez que rendas inferiores podem limitar o acesso das pessoas aos cuidados alimentares e sociais, com destaque para a educação e saúde, comprometendo de forma significativa a qualidade de vida das pessoas.

A subjetividade do constructo qualidade de vida se confirmou neste estudo, evidenciando que o bem-estar é influenciado por múltiplos fatores que não se limitam pelo tempo, condição sócio-econômica, cultural e de saúde.

## CONCLUSÕES

O perfil da população observada neste estudo é predominantemente feminina, viúva, analfabeta ou com primeiro grau incompleto, proveniente das classes "C" ou "D". Também, não faz nenhum tipo de atividade física, queixa-se da falta de oportunidades de lazer voltada para a faixa etária, encontra o maior estímulo otimizador para a qualidade de vida na religião e carece de acesso aos serviços de saúde como terapia ocupacional, fisioterapia e tratamentos psicológicos.

A velhice é um momento do ciclo vital no qual são muito estreitas as interações biopsicossociais<sup>(14-15)</sup> e os sujeitos deste estudo encontravam-se, em sua maioria, satisfeitos com a família, o casamento, os relacionamentos próximos e seu local de moradia. Entretanto, é importante frisar que nenhum desses estava internado em abrigo, asilo, hospital ou instituição. Isso pode ter causado um desvio positivo na avaliação dessas variáveis.

A renda média mensal foi o maior ponto de insatisfação dos octogenários, entretanto, não se

encontrou relação entre a autopercepção dos indivíduos e seu nível socioeconômico real, ou seja, muitos dos que tinham rendas maiores revelaram-se tão insatisfeitos quanto aqueles que tinham rendas inferiores. As queixas mais freqüentes relacionaram-se à saúde, à disposição e à falta de opções de lazer votados para os idosos.

O nível socioeconômico dos pesquisados parece não ter interferido positivamente na percepção de qualidade de vida geral, contudo, os dados obtidos sugerem a tendência de que níveis de instrução mais elevados e participação em atividades físicas resultem em maiores pontuações no QdV-DA. Isso remete à preocupação para necessidades de as políticas públicas estimularem a organização de áreas fisicamente apropriadas e seguras para caminhadas ou exercícios adaptados, bem como a promoção de recursos de educação e aprendizagem permanente, com o objetivo de minimizar a distância cultural entre as gerações, que podem ocasionar solidão e isolamento social. Além disso, tão importante quanto a disponibilidade é a divulgação desses na comunidade para que as pessoas tenham o direito de optar entre participar ou não daquilo que sua localidade oferece em termos de recursos e atividades.

Reconhec-se que este trabalho não permitiu fazer generalizações devido a algumas limitações metodológicas como, por exemplo, tratar-se de experiência pontual, em uma única cidade, com número relativamente pequeno de participantes (n=80). Também, seria interessante a comparação com um grupo de idosos com menos de oitenta anos, pois permitiria avaliar melhor o impacto da idade sobre a qualidade de vida das pessoas. Todavia, é possível argumentar a importância de investigações acerca da população com mais de oitenta anos, visto a escassez de trabalhos que os especifiquem como sujeitos e o aumento demográfico acelerado da proporção desses em todo o mundo.

Apesar das limitações apontadas, com base nos resultados obtidos, é possível afirmar que as pessoas com idade avançada têm vivido em condições adversas, no que se refere ao acesso a oportunidades e recursos de empoderamento. Torna-se necessário enfatizar que as questões relacionadas ao envelhecimento devem ponderar toda a

diversidade que o universo de pessoas com mais de sessenta anos representa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os avanços na área da saúde, a tendência de que as pessoas possam viver cada vez mais é incontestável. Sendo assim, é preciso cuidar para que esse período da vida seja percorrido da maneira mais satisfatória possível, por meio do planejamento de processos que otimizem o acesso a recursos e oportunidades de manutenção e melhoria da participação social, sensação de bem-estar, independência e dignidade.

A coleta de informações junto à população idosa, investigando os aspectos econômicos, culturais e emocionais são indispensáveis para que as estratégias governamentais favoreçam a implementação de programas que viabilizem a melhora da qualidade de vida do idoso, baseados não somente em seus direitos constitucionais, mas em suas reais necessidades. Identificar o perfil da população alvo, bem como suas especificidades, possibilita intervenções personalizadas que contribuem para a obtenção de melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e redução de gastos públicos com cuidados.

Os profissionais, principalmente aqueles que atuam na área da saúde e serviço social, necessitam de treinamento e capacitação continuados para que possam oferecer serviços compatíveis com as novas demandas demográficas. Incorporar módulos sobre o envelhecimento saudável, orientações relativas ao autocuidado, manutenção e melhoria da saúde devem ser implementados nos cursos de formação, sendo a base para a construção consensual de novas abordagens que respeitem as diferenças entre as gerações sem discriminação.

Uma vez que o ambiente familiar pode conformar fonte de apoio para o enfrentamento das adversidades, o estímulo e fortalecimento de parcerias entre cuidadores familiares e profissionais pode minimizar as dificuldades vivenciadas por ambos. Por meio de esforços conjuntos, pode-se pensar em medidas preventivas e intervenções que garantam que o envelhecimento seja visto como uma conquista por meio da resignificação dos valores negativos e estereótipos associados à velhice.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Rodrigues D. Dez idéias (mal) feitas sobre educação inclusiva. In: Rodrigues D, organizador. Inclusão e educação: doze olhares sobre a educação inclusiva. São Paulo (SP): Summus; 2006. p. 299-318.
3. Jannuzzi GM. A Educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI. São Paulo (SP): Autores Associados; 2004.
4. Pires J. A questão ética frente às diferenças: uma perspectiva da pessoa como valor. In: Martins LAR, organizador. Inclusão: compartilhando saberes. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005. p. 78-94.
5. Almeida N Filho. The concept of health: blind-spot for epidemiology. Rev Bras Epidemiol 2000 dezembro; 3(1-3):4-20.
6. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003 junho; 19(3): 793-7.
7. Marturano EM. Fatores de risco e proteção no desenvolvimento sócio emocional de crianças com dificuldades de aprendizagem. In: Mendes EG, Almeida MA, Willians LCA, organizadoras. Temas em Educação Especial: avanços recentes. São Carlos (SP): EDUFSCar; 2004. p. 159-65.
8. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.
9. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2004.
10. Novelli MMPC. Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores familiares. [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2006.
11. IBGE (BR). Estatísticas da Saúde: Assistência Médica Sanitária. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 1999.
12. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [homepage na internet]. Belo Horizonte: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; [Acesso em 2005 dezembro 13]. Critério de Classificação Econômica Brasil; [3 telas]. Disponível em: <http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf>
13. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. Arq Neuro-Psiquiatr 2002 março; 60(1):61-9.
14. Dessen MA, Silva NLP. A família e os programas de intervenção: tendências atuais. In: Mendes EG, Almeida MA, Willians LCA, organizadoras. Temas em Educação Especial: avanços recentes. São Carlos (SP): EDUFSCar; 2004. p. 179-87.
15. Maia LC, Durante AMG, Ramos LR. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais. Rev Saúde Pública 2004 outubro; 38(5):650-6.