

NÍVEL DE INSTRUCCIÓN, SOCIOECONÓMICO Y EVALUACIÓN DE ALGUNAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA DE OCTOGENARIOS¹

Keika Inouye²

Elisete Silva Pedrazzani³

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

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 INSTRUÇÃO, STATUS SOCIOECONÔMICO E AVALIAÇÃO DE ALGUMAS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA DE OCTOGENÁRIOS

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 descriptivo, 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

¹ Trabajo extraído de la Disertación de Maestría; ² Alumna de Maestría, becario CNPq-Brasil; ³ Doctor en Salud Pública, Docente. Universidad Federal de São Carlos, Brasil

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud predice un crecimiento de 223% en el número de personas con sesenta años a más durante el periodo comprendido entre 1970 a 2025⁽¹⁾. Reconociendo que los más viejos no constituyen un grupo homogéneo y que la diversidad entre los individuos tiende a aumentar. Dentro de esta perspectiva, la preocupación con el desarrollo de prácticas de acción que comparten los mismos factores frente a las diferencias, se reúnen en base a un significado inclusivo, flexible y dinámico que toma en consideración a las personas como valor⁽²⁾. Este proceso debe apoyar la optimización de conocimientos y aptitudes que proporcionen motivación de los menos capacitados, satisfaciendo sus necesidades individuales, para que todos se sientan aceptados, comprendidos y respetados en sus diferentes estilos de ser, aprender y convivir^(3,4).

Estamos pasando por una revolución demográfica, en la cual los adultos con más de ochenta años forman el grupo que crece gradualmente en porcentaje a nivel mundial. Actualmente, el número total de pacientes con la edad de ochenta años a más, es de aproximadamente sesenta y nueve millones, representado uno por ciento de toda la población del planeta y tres por ciento de la población de países desarrollados⁽¹⁾. En este contexto, los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil se encuentran promoviendo la salud en su perspectiva más amplia, sobrepasando la visión simplificada e intentando asegurar el acceso a consultas médicas, hospitalizaciones y medicamentos⁽⁵⁾. El envejecimiento saludable debe tener un carácter más amplio, reconociendo que los cuidados con la salud y la integridad física son tan importantes como la participación activa dentro de las relaciones sociales, económicas, culturales, espirituales y civiles que tengan por objetivo que los ancianos asuman autonomía e independencia por medio de un proceso continuo de educación, crecimiento, actualización y realización personal, que los incluya como miembros activos y constructores de la sociedad.

El conocimiento amplio y fundamentado sobre el envejecimiento requiere ser incorporado a los programas curriculares y a los programas de entrenamiento para que los estudiantes y trabajadores del área social, de la salud, de recreación, de planificación urbana y de arquitectura, trabajen en conjunto y tengan condiciones de desempeñar

funciones que correspondan las nuevas demandas demográficas⁽¹⁾.

En este panorama, las políticas públicas son un desafío para abrir nuevos horizontes para el grupo etéreo de ancianos que en 2005 alcanzaron 1,2 billones de personas⁽¹⁾. Permitir circunstancias favorables que amplíen el poder compartir, convivir y posibilitar la elección, siendo que estas modificaciones urgentes son indispensables para la accesibilidad. Integrar la preservación y mejorar la sensación de bienestar para todos los colectivos, debe ser objetivo de reflexión, preguntas, discusiones y planes de acción en todas las esferas para que el envejecimiento sea una experiencia positiva acompañada de infinitas posibilidades, recursos y oportunidades. Caso contrario, alcanzamos una ventaja meramente cuantitativa en la cual incrementamos años de vida sin la preocupación cualitativa de incrementar también "vida" a los años⁽⁶⁾.

La calidad de vida depende de una diversidad de factores determinantes que derivan de una historia de interacciones interpersonales y ambientales en un juego interno continuo de influencias internas y externas, pasadas y presentes⁽⁷⁾. El *enfoque bio-ecológico* de Bronfenbrenner indica que las características de las personas en desarrollo, están vinculadas a la tela social de forma entrelazada. De acuerdo con esta concepción sistémica, las propuestas solo tienen sentido si tienen en consideración los procesos de cambio que se dan, tanto dentro, como entre los sistemas constituidos por los individuos, sus proveedores de cuidados, la familia y otros contextos⁽⁸⁾.

Diferente a lo que ocurre en la bibliografía internacional, en nuestro medio aún existen pocos trabajos que tratan específicamente de la calidad de vida de los ancianos. La desinformación sobre sus percepciones, objetivos, expectativas, preocupaciones y principales dificultades carecen de investigaciones que ayuden a la comprensión de los caminos que necesitamos seguir en términos de políticas públicas e implantación de servicios que atiendan a las reales necesidades y expectativas de los ancianos⁽⁹⁾.

Frente a esta situación, las personas con ochenta años a más como población objetivo de nuestro estudio tuvo como objetivo: a) describir su perfil socio-económico; b) evaluar como es la percepción de estos sobre las dimensiones de calidad de vida; c) e identificar correlaciones entre el *status* socioeconómico, grado de escolaridad y

el puntaje total obtenido en la escala de calidad de vida para la Enfermedad de Alzheimer (QdV-EA)⁽¹⁰⁾. En este momento es necesario aclarar que se adoptó como dimensiones de calidad de vida a ser investigadas las siguientes cualidades: salud física, disposición, humor, vivienda, memoria, familia, matrimonio, amigos, estado de salud en general, capacidad de realizar actividades, capacidad de realizar actividades de distracción, dinero y vida en general*.

MÉTODOS

Realizamos un estudio de tipo exploratorio y descriptivo, con enfoque cuantitativo. La recolección de datos fue realizada de agosto de 2006 a marzo de 2007, en un municipio de mediana complejidad, situado en la región central del Estado de São Paulo, Brasil, con una población aproximada de 210 mil habitantes, 12% de los cuales tenían 60 años a más⁽¹¹⁾.

Los sujetos de la investigación fueron 80 ancianos atendidos en la red municipal de salud para el año 2006, los cuales atendían al criterio de inclusión: tener ochenta años a más. Por medio del sorteo seleccionamos los posibles participantes. Los ochenta primeros ancianos que estuvieron de acuerdo en participar fueron quienes compusieron la muestra.

Los instrumentos de recolección fueron:

(a) Ficha de características y guía de entrevista semi-estructurada: elaborada por la investigadora para recolectar datos personales e informaciones sobre la convivencia social, los eventos recientes en la vida personal, composición familiar, *hobbies* y actividades físicas;

(b) Cuestionario Criterio Brasil⁽¹²⁾: escala que divide a la población en siete clases sociales (A1, A2, B1, B2, C, D y E) a través de la evaluación del poder adquisitivo familiar, la cual se basó en la cantidad de bienes de consumo durables, grado de instrucción del jefe de familia, así como algunos otros factores como la presencia de empleada doméstica. Se atribuyó la clasificación "A1" para personas con mayor poder adquisitivo y la puntuación "E" para personas con menor poder adquisitivo.

(c) Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer (QdV-EA)⁽¹⁰⁾: instrumento

traducido, adaptado culturalmente y validado para el Brasil para evaluar la calidad de vida de los cuidadores y ancianos con EA. Los trece aspectos de la escala evaluados por el participante son: salud física, disposición, humor, vivienda, memoria, familia, matrimonio y amigos, estado de salud en general, capacidad de realizar actividades, capacidad de tener actividades de distracción, dinero y la vida en general. Se atribuye una puntuación 1 para "malo", 2 para "regular", 3 para "bueno" y 4 para "excelente", siendo la puntuación mínima general de 13 y máxima de 52. La elección del instrumento fue justificada por haber sido elaborado tanto para ancianos con alteraciones cognitivas y probable Enfermedad de Alzheimer, así como para sus cuidadores, quienes no necesariamente presentan problemas de salud o edad superior a 60 años, siendo así, es adecuado para cualquier persona. Fue observado, que en la población mundial, la prevalencia promedio para la Enfermedad de Alzheimer en personas con edad entre 80 a 84 años fue de 16,22% llegando a 54,83% para los individuos con mas de 95 años⁽¹³⁾, buscamos un instrumento que no excluyese ninguna persona que atendiese al criterio de inclusión para ser parte de la investigación y para que los resultados indicasen un perfil general de los ancianos con ochenta años a mas.

Posterior a la aprobación del trabajo por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de São Carlos, los ancianos que cumplieron el criterio de inclusión fueron con sus responsables legales informados sobre la investigación y sus objetivos. Todos los que estuvieron de acuerdo en participar, firmaron el término de consentimiento libre y aclarado, respondieron los instrumentos citados en el párrafo anterior. Una única entrevista con cada individuo fue suficiente para recolectar y registrar los datos.

Los datos recolectados fueron digitados en un banco de datos en el programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS-PC) *for Windows*, versión 10.0, para realizar los cálculos y análisis estadísticos.

RESULTADOS

De los ochenta participantes (n=80), 58 eran del sexo femenino (72,5%) y 22 eran del sexo masculino

* Estas trece cualidades son componentes de la Escala de Calidad de Vida (QdV-DA)

(27,5%). El promedio de las edades de la muestra fue de 83,56 años ($\pm 3,47$, $x_{\min}=80$, $x_{\max}=95$) de las mujeres y de los hombres 83,78 ($\pm 3,66$, $x_{\min}=80$, $x_{\max}=95$) y 83,00 años ($\pm 2,91$, $x_{\min}=80$, $x_{\max}=90$), respectivamente.

Con respecto a la escolaridad, 60 (75%) eran analfabetos o no habían concluido la primaria; 10 (12,5%) tenían primaria completa o enseñanza incompleta; 2 (2,5%) enseñanza completa o incompleta, 5(6,3%) enseñanza completa o superior incompleta y 3 (3,8%) con enseñanza completa.

Los datos referentes al salario familiar promedio en reales, obtenido por el cuestionario socioeconómico Criterio Brasil⁽¹²⁾, mostró que 8 (10%) participantes disponían de R\$ 2804; 10 (12,5%) de R\$ 1669; 24 (23%) de R\$ 927; 37 (46,25%) de R\$ 424; y 1 (1,25%) de R\$ 207.

Con respecto a la composición familiar, verificamos que 7 (8,8%) eran solteros (as) sin hijos, 33 (41,3%) eran casados (as) con hijos, los cuales eran la gran mayoría y 40 (50%) viudos (as). No encontramos ningún sujeto separado o divorciado. En cuanto a la relación entre las variables sexo y situación conyugal, 15 hombres y 18 mujeres tenían un compañero, la gran mayoría eran viudas en una proporción de 33:7, y fueron encontradas solo mujeres solteras.

Con respecto a la participación en actividades que eran consideradas como optimas para la calidad de vida o para su salud, 41 ancianos (48,8%) afirmaron no tener ninguna forma de accesibilidad; 29 (36,6%) mencionaron tener a la religión como una fuente de alegría, placer o confort; 3 (3,8%) realizaban fisioterapia, 2 (2,5%) disponían de tratamiento psicológico, 2 (2,5%) realizaban trabajos artesanales, 1 (1,25%) frecuentaban el club de la tercera edad, otro (1,25%) un programa para ancianos dirigido por la universidad y 1 (1,25%) tenían tratamiento con terapia ocupacional.

En cuanto a las actividades deportivas, apenas una mujer (1,3%) afirmó frecuentar gimnasios, 21 (26,3%) caminaban por lo menos una vez por semana y la gran mayoría (n=58, 72,5%) no realizaban ningún tipo de actividad física.

Con respecto a las puntuaciones totales obtenidas en la QdV-EA⁽¹⁰⁾, en una escala de 13 a 52 puntos posibles, la menor puntuación observada fue de 19 y la mayor fue de 48 (Figura 1).

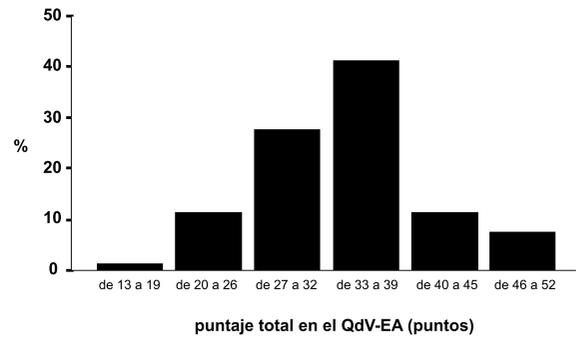


Figura 1 – Distribución de las puntuaciones obtenidas por la QdV-EA

Las frecuencias de la evaluación que cada participante mencionó con respecto a las dimensiones de su calidad de vida, son presentadas en la Tabla 3.

Tabla 1 – Auto-percepción de los ancianos con edades mayores de ochenta años con relación a las dimensiones calidad de vida

Dimensiones	Autopercepción								Total	
	Malo		Regular		Bueno		Excelente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Salud Física	11	13,8	34	42,5	30	37,5	5	6,3	80	100
Disposición	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
Vivienda	-	-	7	8,8	68	85	5	6,3	80	100
Memoria	16	20	16	20	28	35	20	25	80	100
Familia	-	-	1	1,3	64	80	15	18,8	80	100
Matrimonio (relación)	-	-	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
Usted en general	2	2,5	24	30	43	53,8	11	13,8	80	100
Capacidad para realizar actividades	24	30	13	16,3	30	37,5	13	16,3	80	100
Capacidad para las actividades de distracción	23	28,8	20	25	27	33,8	10	12,5	80	100
Dinero	22	27,5	50	62,5	8	10	-	-	80	100
La vida en general	8	10	40	50	29	36,3	3	3,8	80	100
Total	135	12,97	252	24,22	501	48,19	152	14,62	1040	

Al cruzar las informaciones relacionadas al *status* socioeconómico, grado de escolaridad y puntaje total obtenido en la QdV-EA⁽¹⁰⁾ de los ancianos mayores de ochenta años, no fue posible encontrar correlación estadísticamente significativa con relación al nivel de instrucción y calidad de vida, mientras tanto podemos afirmar que existe una tendencia a los puntajes mas altos para las personas con mayor nivel de instrucción (Figura 2). Los participantes que tenía el hábito de realizar caminatas se encontraron mas satisfechos (m=38,2381, dp=5,27) al ser comparados con los sedentarios (m=32,9138, dp=6,2836), $t(77)=3,463$, $p<0,001$ (Figura 3). El salario promedio mensual parece no tener influencia en la calidad de vida de los investigados (Figura 4).

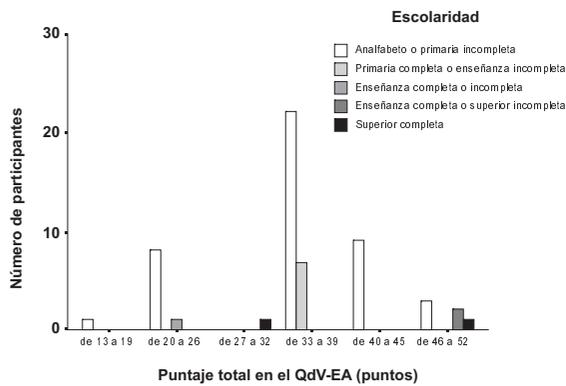


Figura 2 – Distribución de los ancianos mayores de ochenta años según nivel de instrucción y el puntaje total en la calidad de vida obtenida por el QdV-EA

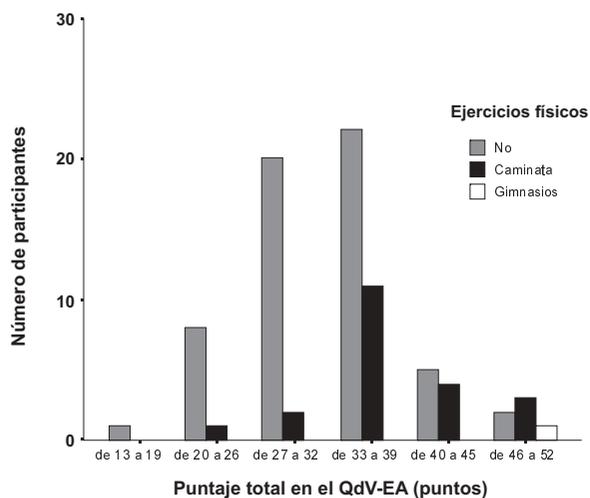


Figura 3 – Distribución de los ancianos mayores de ochenta años según la práctica de ejercicios físicos y el puntaje total en la calidad de vida obtenida por el QdV-EA

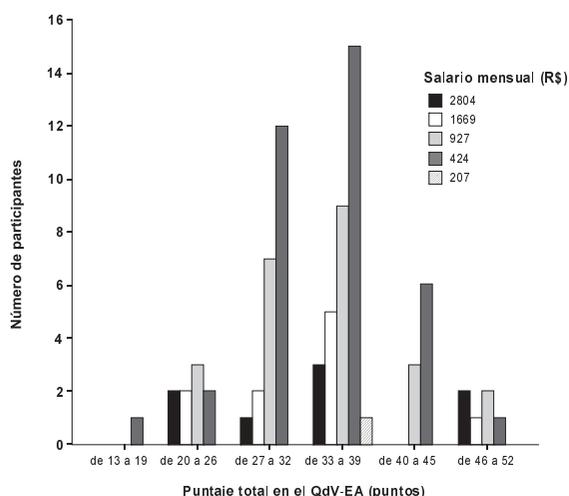


Figura 4 – Distribución de los ancianos mayores de ochenta años según el salario promedio mensual y el puntaje total de calidad de vida obtenida por la QdV-EA

DISCUSIONES

Nuestro estudio se apoyó con varias investigaciones que indican predominio del sexo femenino en la población anciana. Tal dato es importante para la planificación e implementación de programas de intervención y acciones preventivas en el área de la salud.

Con respecto a la escolaridad, es necesario observar que los altos índices de analfabetismo se deben a la dificultad en la accesibilidad para la escuela. Los hombres tenían mayor nivel de instrucción al ser comparados con las mujeres, considerando que en el pasado, la cultura no valorizaba la educación escolar para las mujeres, las cuales muchas veces eran criadas para ser buenas esposas, madres y amas-de-casa. En este momento, comprendemos mejor, el por qué muchas iniciativas públicas y acciones no gubernamentales están dirigidas para la alfabetización y educación continuada de adultos y ancianos.

Con respecto al *status* socioeconómico, según los datos pre-existentes de la población de São Paulo⁽¹²⁾, esperábamos una mayor concentración de individuos con salario promedio familiar de R\$ 927,00; sin embargo la mayor parte de la muestra (n=37, 46,25%) tenía un salario inferior de aproximadamente R\$ 424,00. Este es un dato importante, considerando que salarios inferiores pueden limitar la accesibilidad de las personas a los cuidados alimentarios y sociales, destacando la educación para la salud, comprometiendo de forma significativa la calidad de vida de las personas.

La subjetividad del concepto calidad de vida se confirmó en nuestro estudio, evidenciando que el bienestar es influenciado por múltiples factores que no se limitan en tiempo, condición socioeconómica, cultural y salud.

CONCLUSIONES

El perfil de la población observada es predominantemente femenina, viuda, analfabeta o con primer grado incompleto, provenientes de las clases "C" o "D". Así mismo no realizan ningún tipo de actividad física, se queja de la falta de oportunidades de distracción dirigidas para este grupo etéreo, encontrando mayor estímulo para optimizar la calidad de vida en la religión, careciendo de

accesibilidad a los servicios de salud como son terapia ocupacional, fisioterapia y tratamiento psicológicos.

La vejez es una etapa del ciclo vital en la cual son muy estrechas las interacciones bio-psico-sociales^(14,15) y los sujetos de este estudio se encontraban en su mayoría, satisfechos con la familia, el matrimonio, las relaciones próximas y el lugar en que viven. Mientras tanto, es importante referir que ninguno de estos individuos se encontraban internados en casas abrigos, asilos, hospitales o instituciones. Lo cual puede haber causado un desvío positivo para la evaluación de estas variables.

El salario promedio mensual fue el mayor punto de insatisfacción de los ancianos, mientras tanto no encontramos una relación entre la auto-percepción de los individuos y su nivel socioeconómico real, es decir, muchos de los que tenían salarios mayores mencionaron estar insatisfechos al ser comparados con los que tenían salarios inferiores. Las quejas más frecuentes se relacionaron a la salud, a la disposición y a la falta de opciones de distracción dirigidos para ancianos.

El nivel socioeconómico de los individuos investigados parece no haber interferido positivamente en la percepción de la calidad de vida en general, los datos obtenidos sugieren una tendencia para niveles de instrucción más elevados y participación en actividades físicas que resultan en mayores puntuaciones en el QdV-EA. Siendo una de nuestras preocupaciones, las políticas públicas para estimular la organización de áreas físicamente apropiadas y seguras para realizar caminatas o ejercicios adaptados, así como la promoción de recursos educativos y de aprendizaje permanente con el objetivo de minimizar la distancia cultural entre las generaciones, lo cual pueden ocasionar soledad y aislamiento social. Así mismo, la disponibilidad es tan importante como la divulgación de estas informaciones en la comunidad para que las personas tengan el derecho de optar entre participar o no de aquello que su localidad ofrece en términos de recursos y actividades.

Reconocemos que este trabajo no nos permite realizar generalizaciones debido a algunas limitaciones metodológicas como por ejemplo, tratarse de una experiencia puntual, en una única ciudad, con un número relativamente pequeño de participantes (n=80). Es también interesante una comparación con un grupo de ancianos con menos de ochenta años, pues permitirá una mejor evaluación

e impacto de la edad sobre la calidad de vida de las personas. Es posible argumentar sobre la importancia de investigaciones en poblaciones con más de ochenta años, considerando la escasez de trabajos que los consideran como sujetos, así como el aumento demográfico acelerado en proporción a nivel mundial.

A pesar de las limitaciones mencionadas, con base en los resultados obtenidos, es posible afirmar que las personas con edad avanzada han vivido en condiciones adversas, en especial en lo que se refiere a la accesibilidad de oportunidades y recursos de *empowerment*. Es necesario enfatizar que las consideraciones relacionadas al envejecimiento deben examinar con atención toda la diversidad que el universo de personas con más de sesenta años representa.

CONSIDERACIONES FINALES

Con los avances en el área de la salud, el que las personas puedan vivir cada vez más es una tendencia sin respuesta. Siendo por tanto necesario cuidar para que este camino sea recorrido de la forma más satisfactoria posible, a través de la planificación de procesos de optimicen el acceso a recursos y oportunidades para mantener y mejorar la participación social, la sensación de bienestar, la independencia y la dignidad.

La recolección de informaciones con la población anciana, investigando aspectos económicos, culturales y emocionales son indispensables para que estas estrategias gubernamentales favorezcan la implementación de programas que viabilicen la mejoría en la calidad de vida del anciano, basado no solo en sus derechos constitucionales sino también en sus necesidades reales. Identificar el perfil de la población objetivo, así como sus especificidades, permite intervenciones personalizadas que contribuyan para la obtención de una mejor calidad de vida en los individuos y la reducción del gasto público en el cuidado.

Los profesionales, en especial aquellos que trabajan en el área de la salud y servicio social, requieren de entrenamiento y capacitación continua para que puedan brindar servicios compatibles con las nuevas demandas demográficas. Incorporar módulos sobre la vejez saludable, orientaciones relacionadas al autocuidado, mantenimiento y mejora de la salud, deben ser implementados en los cursos

de formação, sendo a base para a construção consensual de novos enfoques que respeitem as diferenças entre as gerações sem discriminação.

Uma vez que o ambiente familiar pode compor uma fonte de apoio para enfrentar as adversidades. O estímulo e o fortalecimento de los grupos, seja entre cuidadores familiares y

profissionais puede minimizar las dificultades vividas por ambos. Por medio de esfuerzos conjuntos, podemos pensar en brindar medidas preventivas e intervenciones que garantan que el envejecimiento sea visto como una conquista, dando un nuevo significado a los valores negativos y estereotipos asociados con la vejez.

REFERENCIAS 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.