

A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, RS

The use of key informants from within the community for identifying people with functional kinetic alterations in Caxias do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil

Alexandra Renosto ¹

Jorge Luiz de Andrade Trindade ²

Abstract Purpose: *Remaining functionally active within a specific social context seems to be one of the hardest challenges faced by our society. The purpose of this paper is to study the epidemiological profiles of people with functional kinetic alterations as noted by key informants living in Caxias do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil, considering social, economic and cultural characteristics, as well as family/individual profiles and healthcare aspects, linked to functional capacities. Methodology: This research project included an observational descriptive study. The population studied consisted of people suffering from functional kinetic alterations noted by from key informants, known as chapel-keepers. The tools used were: questionnaires addressed to the chapel-keepers, structured interviews and a Barthel Index rating for the functionally challenged. Findings: Only 21.9% of the population under study is being treated through physiotherapy. The use of key informants is a feasible alternative for helping the functional diagnosis of this population group. The characteristics of the population under study indicate the absence of physiotherapy and the need for effective programs addressing this problem.*

Key words *Key informants, Functional capacity, Epidemiological profile*

Resumo Objetivo: *Manter-se funcionalmente ativo em um determinado contexto social, parece ser um dos grandes desafios para a sociedade da atualidade. O objetivo deste trabalho foi estudar o perfil epidemiológico de portadores de alterações cinético-funcionais, a partir de informantes-chave da comunidade de Caxias do Sul (RS), considerando características socioeconômicas, socioculturais, familiares/ individuais e cuidados com a saúde, vinculando-as com a capacidade funcional. Material e métodos: Esta pesquisa compreendeu um estudo observacional descritivo. A população em estudo foi constituída pelos portadores de alterações cinético-funcionais provenientes de indicações de informantes-chave da comunidade, conhecidos como zeladoras de capelinha. Os instrumentos aplicados foram: questionário às zeladoras de capelinha, entrevista estruturada e Índice de Barthel aos incapacitados funcionais. Resultados: Apenas 21,9% da população estudada que possui dependência funcional realiza tratamento fisioterapêutico. O uso de informantes-chave é uma alternativa viável no auxílio do diagnóstico funcional deste grupo populacional. As características da população em estudo supõem exclusão de atendimento fisioterapêutico e a necessidade de programas efetivos na abordagem do problema.*

Palavras-chave *Informantes-chave, Capacidade funcional, Perfil epidemiológico*

¹ Faculdade da Serra Gaúcha.
Rua Os Dezoito do Forte
2366. 95020-472 Caxias do
Sul RS.

alexandra.renosto@fsg.br

² Centro Universitário

Feevale – PUCRS

Introdução

A capacidade funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade, uma vez perdida pelo indivíduo. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas¹.

Para uma efetiva mudança na abordagem da assistência à saúde, priorizando os aspectos de promoção, prevenção e reabilitação, provém a participação comunitária na detecção de suas necessidades. Visando a identificação dos portadores de alterações cinético-funcionais em um grande espaço populacional, apresenta-se como auxílio na pesquisa o informante da comunidade. Pessoas conhecedoras da história, de seus processos sociais e capazes de identificar os moradores de sua região. Pessoas que pelo tempo de residência em uma determinada área, pela posição e pelas relações sociais que têm dentro da comunidade, possuem conhecimento detalhado de características relevantes da mesma².

Como informante para a pesquisa, escolheu-se uma personagem que preenche os requisitos propostos acima e que até hoje mantém viva a tradição católica de realizar a peregrinação da Imagem de Nossa Senhora às famílias. Ela é denominada popularmente de zeladora de capelinha. Possui total domínio na região a que pertence, devido à predominância da religião católica, proporcionando informações de populações definidas, tendo como características a simplicidade, a rapidez e o voluntariado. As informantes são fontes não onerosas à pesquisa, sendo o alívio para o deslindar do trabalho.

Baseando-se nessa ótica, foi realizado um estudo observacional descritivo, de paradigma quantitativo, com os portadores de alterações cinético-funcionais do município de Caxias do Sul, RS. O território envolvido na investigação limitou-se à zona urbana do município. O trabalho teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais, a partir de informantes-chave da comunidade, considerando características socioeconômicas, socioculturais, cuidados com

a saúde e familiares/individuais, vinculando-as à capacidade funcional.

Material e métodos

O território envolvido na investigação limitou-se à zona urbana do município de Caxias do Sul, localizado na extremidade leste da encosta superior do nordeste do Estado do Rio Grande do Sul. A zona urbana do município é composta por quarenta bairros regularizados, totalizando uma população de 333.391 habitantes.³ Os instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa compreenderam um questionário, uma entrevista estruturada e o Índice de Barthel.

População em estudo

As zeladoras de capelinha totalizaram uma população de 2.235 pessoas, independente da idade, sexo, cor ou raça, sendo considerado como perda de parte da amostra a omissão do preenchimento e a não entrega do questionário na data predefinida. A população selecionada caracterizou-se por 1.455 zeladoras, sendo todas do sexo feminino e com idades variando entre 40 e 70 anos.

Procedimentos

Os procedimentos do estudo foram divididos em seis fases, as quais são apresentadas a seguir:

Primeira fase: após a constatação da eficácia do instrumento, através da realização do projeto piloto, iniciou-se os encontros para aplicação do questionário às zeladoras de capelinha. Em seguida, procedeu-se o manejo das informações coletadas pelas senhoras leigas. Os dados foram transportados para uma tabela que continha as informações para a detecção dos portadores de alteração funcional.

Segunda fase: compreendeu a divisão da área de estudo epidemiológico a partir de mapa do município e a aprovação dos instrumentos de coleta de dados aos portadores de alterações cinético-funcionais. Esse instrumento baseou-se na utilização de variáveis independentes divididas em quatro blocos: socioeconômico, sociocultural, familiar/individual e saúde, conforme apresentado no Quadro I.

Quadro 1. Variáveis independentes utilizadas na pesquisa com portadores de alterações cinético-funcionais do município de Caxias do Sul, RS, 2003.

Bloco socioeconômico:	Renda familiar, escolaridade, tipo de moradia.
Bloco sociocultural:	Lazer, participação na comunidade, religião.
Bloco familiar e individual:	Número de pessoas na família, cuidador, estado civil, idade, sexo.
Bloco saúde:	Tipo de assistência à saúde, atendimento fisioterapêutico, tipo de assistência fisioterapêutica e morbidade referida.

Para a devida avaliação do nível de incapacidade do portador de alteração cinético-funcional, foi aplicado o Índice de Barthel, que mede o grau de assistência exigido por um indivíduo em dez itens de AVDs, envolvendo mobilidade e cuidados pessoais. Os níveis de mensuração estão limitados à independência completa ou à necessidade de assistência. Cada item do desempenho é avaliado em uma escala ordinal, com um número específico de pontos assinalados para cada nível ou classificação. Pesos variáveis foram estabelecidos para cada item, baseado no julgamento clínico e em outros critérios implícitos. Os escores atribuídos variam entre 0 (dependente), 5 (necessidade de ajuda ou supervisão), 10 (parcialmente dependente) e 15 (independente), este último considerado somente na transferência cadeira/cama e deambulação. Ao todo, somam-se 100 pontos, traduzindo o nível de dependência da pessoa (0-15 = dependência total; 20-35 = dependência grave; 40-55 = dependência moderada; 60-95 = dependência leve; 100 = independente). Esta escala, desenvolvida para avaliação do nível de dependência, principalmente para pacientes idosos ou portadores de seqüelas de doenças crônicas, vem sendo utilizada desde 1965 e é recomendada pela OPS/OMS, tendo em vista a facilidade de aplicação e adaptação a diferentes culturas. No Brasil, em pesquisa bibliográfica realizada, observa-se sua utilização com a mesma finalidade e versão traduzida^{4,5}.

Terceira fase: realizou-se a pesquisa de campo com os portadores de alterações cinético-funcionais. Ao final, foi realizada a entrada de dados no Programa Epi Info versão 6.0, com dupla entrada e posterior comparação para avaliar a con-

sistência da digitação. A análise foi realizada através do Programa SPSS versão 11.0. Para associação das variáveis ao estudo, foi aplicado o Teste Qui-quadrado, considerando-se como valor estatisticamente significativo $p < 0,05$.

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Feevale, RS. Na coleta de dados, os aspectos éticos foram preservados através do Termo de Consentimento Informado.

Análise e discussão dos resultados

Foram identificadas pelas zeladoras de capelinha 480 pessoas com provável incapacidade funcional. Dessas, 142 pessoas foram consideradas como perdas, dentre elas, 65 não foram localizadas, 22 recusaram-se a participar do estudo e 55 pessoas haviam falecido, restando 338 pessoas.

Entre as perdas, as recusas e os não encontrados mostraram-se insignificantes, tendo em vista a dimensão do território a ser investigado. Entretanto, o número de 55 óbitos, sendo estes pessoas com idade predominante acima dos 60 anos, foi significativamente alto, considerando o curto período de apenas três meses despendido entre a coleta de informações com as zeladoras de capelinha e a investigação domiciliar.

Capacidade funcional

O total de pessoas não institucionalizadas que apresentaram alguma incapacidade para o desempenho de suas atividades de vida diária representou cerca de 89,3% da população estuda-

da, sendo agrupada em dependentes leves e moderados (56,2%) e dependentes graves e totais (33,1%). A frequência do problema na região urbana de Caxias do Sul segundo a metodologia adotada foi de 0,1% da população total (N=333.391).

O baixo índice (10,7%) de entrevistados que obtiveram independência demonstrou que os informantes utilizados na identificação da amostra em estudo foram eficazes nas informações fornecidas à pesquisadora, tendo uma margem de erro relativamente baixa. Todavia, essas pessoas apresentam alguma doença ou alteração em sua saúde, com chances de progredir para uma dependência funcional. Apesar do número significativo de perdas das participantes, pode-se comprovar a dinâmica e a importância dessas senhoras na comunidade, no auxílio em estudos epidemiológicos.

Características familiares/individuais e socioeconômicas

Na Tabela 1 são apresentados os dados referentes às características socioeconômicas e familiares/individuais. Os dependentes funcionais representam 46,5% da população total encontram-se na faixa etária acima dos 60 anos, refletindo o aumento da longevidade e a maior susceptibilidade aos agravos da saúde, comprometimento da funcionalidade e independência.

Estudos anteriores observam a predominância do sexo feminino na dependência funcional, o que foi confirmado no presente estudo. Enquanto as mulheres possuem a vantagem da longevidade, elas são vítimas mais frequentes da violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, cuidados da saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político. Essas desvantagens cumulativas significam que as mulheres, mais que os homens, têm maior inclinação para a pobreza e o sofrimento de deficiências^{6,7,1}.

Quanto à condição de estado civil, as variáveis estudadas mostram-se dispersas, não demonstrando significância estatística. Entretanto, pode-se evidenciar que o estado civil solteiro, viúvo e desquitado repercute de forma negativa na capacidade funcional, em comparação com o estado casado ou com companheiro. Além disso, pode-se notar que as pessoas dependentes funcionais não moram só e os que permanecem neste estado possuem uma condição melhor de autonomia em relação aos demais. Pessoas com incapacidade funcional apresentam maior vulnera-

bilidade à solidão e isolamento social, sendo um fator negativo no processo de desenvolvimento da capacidade funcional⁶.

O cuidador é aquele que possui a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao doente crônico em seu domicílio. Nesse estudo, destaca-se como cuidador o representante familiar, que exerce a atividade basicamente no espaço doméstico, facilitando a assistência necessária. Devido ao alto custo que os cuidados com uma pessoa incapacitada demanda, supõe-se que ocorra uma reorganização dos papéis familiares. O papel do cuidador, então, é desempenhado por um familiar, por tais motivos. No Brasil, os cuidadores são, em geral, familiares, sendo definidos como cuidadores informais^{8,9}.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, pode-se verificar que a maioria dos estudados possui um alto índice de baixa escolaridade e analfabetismo. Os baixos níveis de educação e analfabetismo estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo desenvolvimento da vida¹⁰.

O tipo de moradia demonstrou relevância estatística. A moradia segura e apropriada é essencial para o bem-estar do jovem e do idoso. Para esses, a localização, incluindo a proximidade de membros da família e serviços de transporte, pode significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento⁶.

É notável o baixo índice de renda familiar acima de 5 salários mínimos, demonstrando que esta variável está intimamente relacionada à saúde. As pessoas que possuem melhores condições financeiras possuem menor chance de apresentarem níveis de dependência funcional, por terem melhores condições de tratamento e reabilitação¹¹.

Características socioculturais

Na condição sociocultural, o grupo pesquisado com dependência funcional referiu alguma forma de ocupação do tempo livre. Porém restrito ao ambiente doméstico, como assistir televisão e ouvir rádio. Já na participação comunitária, o número de participantes é baixo e direcionado às pessoas com dependência leve ou moderada. Atribui-se o fato dos participantes não atuarem em atividades na comunidade provavelmente à dificuldade de deslocamento.

Entretanto, atividades aparentemente corriqueiras, como frequentar a igreja e participar de atividades religiosas como identificados na presente pesquisa, tornam-se muito importantes e parecem traduzir a idéia de vida ativa⁶.

Tabela 1. Distribuição da população estudada segundo as características familiares/individuais e socioeconômicas. Caxias do Sul, 2003.

Variáveis	Categorias	Independente		Dependência leve ou moderada		Dependência grave ou total		População em estudo		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado civil	Solteiro	15	4,4	64	18,9	54	16,0	133	39,3	0,085
	Viúvo	9	2,7	56	16,6	30	8,9	95	28,1	
	Casado/companheiro	12	3,6	62	18,3	25	7,4	99	29,3	
	Desquitado/divorciado	0	0,0	8	2,4	3	0,9	11	3,3	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	
Número de pessoas que moram na residência	Uma	5	1,5	12	3,6	1	0,3	18	5,3	< 0,001
	Duas	8	2,4	48	14,2	18	5,3	74	21,9	
	Três	13	3,8	64	18,9	25	7,4	102	30,2	
	Quatro	3	0,9	37	10,9	32	9,5	72	21,3	
	Cinco ou mais	7	2,1	29	8,6	36	10,7	72	21,3	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	
Cuidador	Familiar	19	5,6	151	44,7	96	28,4	266	78,7	< 0,001
	Pessoa contratada	2	0,6	26	7,7	13	3,8	41	12,1	
	Ninguém	13	3,8	12	3,6	2	0,6	27	8,0	
	Outro	2	0,6	1	0,3	1	0,3	4	1,2	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	
Escolaridade	Analfabeto	6	1,8	50	14,8	53	15,7	109	32,2	0,001
	Aprendeu fora da escola	1	0,3	12	3,6	3	0,9	16	4,7	
	1º grau incompleto	22	6,5	102	30,2	45	13,3	169	50,0	
	1º grau completo	3	0,9	10	3,0	3	0,9	16	4,7	
	2º grau incompleto	2	0,6	2	0,6	1	0,3	5	1,5	
	2º grau completo	2	0,6	9	2,7	5	1,5	16	4,7	
	Superior incompleto	0	0,0	2	0,6	1	0,3	3	0,9	
	Superior completo	0	0,0	3	0,9	1	0,3	4	1,2	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	
Tipo de moradia	Própria	28	8,3	150	44,4	77	22,8	255	75,4	0,020
	Alugada	1	0,3	11	3,3	11	3,3	23	6,8	
	Cedida	2	0,6	8	2,4	7	2,1	17	5,0	
	Familiar	5	1,5	15	4,4	7	2,1	27	8,0	
	Invadida	0	0,0	6	1,8	10	3,0	16	4,7	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	
Renda familiar	1 SM	9	2,7	38	11,2	17	5,0	64	18,9	> 0,100
	Maior que 1 SM até 2 SM	8	2,4	48	14,2	28	8,3	84	24,9	
	Maior que 2 SM até 3 SM	9	2,7	45	13,3	30	8,9	84	24,9	
	Maior que 3 SM até 5 SM	7	2,1	35	10,4	24	7,1	66	19,5	
	Acima de 5 SM	3	0,9	24	7,1	13	3,8	40	11,8	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	

Fonte: Pesquisa de campo (2003).

A religião católica foi predominante, confirmando a atuação e distribuição das zeladoras de capelinha no município. Observou-se outras

crenças relacionadas, mesmo tendo o predomínio da religião católica. Salienta-se que, durante o processo de aplicação do instrumento com as

senhoras, essas foram instruídas para inclusão na pesquisa de todos os incapacitados funcionais, independente da religião praticada.

Cuidados com a saúde

A Tabela 2 apresenta a distribuição da população estudada em relação aos cuidados com a saúde. Somente 21,9% são dependentes funcionais que realizam acompanhamento fisioterapêutico. Número irrisório frente aos agravos que a degeneração funcional traz à saúde desses indivíduos. Desses, o número de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia pelo Sistema Único de Saúde é relativamente baixo.

Na identificação da morbidade referida (Tabela 3) verificou-se o elevado número de pessoas dependentes com acometimento das doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas doenças do sistema nervoso e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. Os re-

sultados comprovam que as doenças crônicas, em sua maioria, são as predominantes no grupo em discussão. Pesquisas demonstram que as origens do risco de doenças crônicas, como diabetes e doenças do coração, começam na infância ou na gestação. E este risco é subsequentemente definido e modificado por fatores como *status* socioeconômico e experiências ao longo da vida¹⁰.

Considerações finais

As características apresentadas nesse trabalho estão atreladas umas às outras e requerem reflexões e intervenções primárias que possam influenciar positivamente no processo de degeneração funcional da população em estudo. Sugere-se, então, o prolongamento de pesquisas sobre este estudo, objetivando a criação de programas e ações, com intuito de sanar esse problema.

Tabela 2. Distribuição da população estudada segundo os cuidados com a saúde. Caxias do Sul, 2003.

Variáveis	Categorias	Independente		Dependência leve ou moderada		Dependência grave ou total		População em estudo		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Tipo de assistência à saúde	SUS	10	3,0	78	23,1	54	16,0	142	42,0	0,060
	Particular	1	0,3	9	2,7	8	2,4	18	5,3	
	Plano de saúde	25	7,4	103	30,5	50	14,8	178	52,7	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	
Realização de atendimento fisioterapêutico	Sim	8	2,4	39	11,5	35	10,4	82	24,3	0,100
	Não	28	8,3	151	44,7	77	22,8	256	75,7	
	Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	
Realização da fisioterapia	SUS	2	2,4	6	7,3	8	9,8	16	19,5	> 0,100
	Plano de saúde	3	3,7	17	20,7	10	12,2	30	36,6	
	Particular	0	0,0	9	11,0	8	9,8	17	20,7	
	Outro	3	3,7	8	9,8	8	9,8	19	23,2	
	Total	8	9,8	40	48,8	34	41,5	82	100,0	

Fonte: Pesquisa de campo (2003).

Tabela 3. Distribuição da população estudada segundo a morbidade referida. Caxias do Sul, 2003.

Categorias	Independente		Dependência leve ou moderada		Dependência grave ou total		População em estudo		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
DIP	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	
N	1	0,3	2	0,6	0	0,0	3	0,9	
DS	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	
DENM	3	0,9	5	1,5	1	0,3	9	2,7	
TMC	3	0,9	7	2,1	4	1,2	14	4,1	
DSN	2	0,6	33	9,8	38	11,2	73	21,6	
DO	1	0,3	2	0,6	1	0,3	4	1,2	
DOV	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	
DC	8	2,4	59	17,5	29	8,6	96	28,4	
DR	0	0,0	3	0,9	1	0,3	4	1,2	
DAD	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	
DOTC	13	3,8	49	14,5	8	2,4	70	20,7	
DAG	0	0,0	1	0,3	2	0,6	3	0,9	
APN	0	0,0	2	0,6	3	0,9	5	1,5	
MC	3	0,9	11	3,3	10	3,0	24	7,1	
CEM	0	0,0	15	4,4	14	4,1	29	8,6	< 0,001
Total	36	10,7	190	56,2	112	33,1	338	100,0	-

Fonte: Pesquisa de campo (2003).

Legenda:

Doenças infecciosas e parasitárias (DIP)

Neoplasia (N):

Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (DS)

Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (DENM):

Transtornos mentais e comportamentais (TMC)

Doenças do sistema nervoso (DSN):

Doenças dos olhos e anexos (DO)

Doenças do ouvido e da apófise mastóide (DOV):

Doenças do aparelho circulatório (DC)

Doenças do aparelho respiratório (DR):

Doenças do aparelho digestivo (DAD)

Doenças de pele e de tecido subcutâneo (DPSC):

Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (DOTC)

Doenças do aparelho genito-urinário (DAG)

Algumas afecções originadas no período perinatal (APN)

Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (MC)

Causas externas de morbidade (CEM)

Colaboradores

A Renosto participou da elaboração do marco teórico, estruturação do artigo, delineamento do método, elaboração do banco de dados e análise dos resultados. J Trindade participou da estruturação do artigo, delineamento do método, da orientação e da análise da discussão/resultados.

Agradecimentos

Aos acadêmicos de fisioterapia do Centro Universitário Feevale e Universidade de Caxias do Sul, que auxiliaram na coleta de dados e a Sra. Elisabeth Marcon, diretora da Elétrica Marcon e o Sr. Gilmar Isoton, Diretor da Maeli, patrocinadores do estudo.

Referências

1. Veras RP. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume; 2002.
2. OPS. Organização Pan-americana de Saúde. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. *A estimativa rápida e a divisão no distrito sanitário*. Manual de Instruções. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde n°11. Brasília; 1993.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000. Malha Municipal Digital do Brasil 1997*. [acessado 2003 Mar 01]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Sullivan SBO, Schmittz TJ. *Fisioterapia avaliação e tratamento*. 2ª ed. São Paulo: Manole; 1993.
5. Cid-Ruzafa J, Damián M, Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Salud Pública* 1997; 71(2).
6. Rosa TEC, *et al*. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública* 2003.
7. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *C Saúde Pública* 2003; 19 (3): 793-798.
8. Guedes SL. A concepção sobre a família na geriatria e gerontologia brasileiras: ecos do dilema da multidisciplinaridade. *Revista Brasileira de Estudos Sociais* 2000; 15(43).
9. Karsch UMS. *Envelhecimento com dependência: re-velando cuidadores*. São Paulo: Educ; 1998.
10. OMS. Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde*. Segundo Encontro Mundial sobre Envelhecimento. Madri; 2002.
11. Pereira MG. *Epidemiologia – teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

Artigo apresentado em 26/01/2005

Aprovado em 28/06/2006

Versão final apresentada em 09/11/2006