

RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA E ESTADO COGNITIVO DE IDOSOS EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

Rayane de Almeida Farias (1), Felícia de Augusta Lima Vila Nova (2), Gerlania Rodrigues
Salviano Ferreira (3), Marília Lourencio dos Santos (4) Maria de Lourdes de Farias Pontes (5)

Universidade Federal da Paraíba – farias.almeidarayane@gmail.com

Universidade Federal da Paraíba – felicia_augusta@hotmail.com

Universidade Federal da Paraíba –gerlania.rpdrigues@hotmail.com

Universidade Federal da Paraíba – marilia.santos90@hotmail.com

Universidade Federal da Paraíba – profa.lourdespontes@gmail.com

RESUMO

O aumento da longevidade proporciona uma reflexão acerca do processo de envelhecimento e sua influência direta na qualidade de vida dos indivíduos, sendo a cognição um dos fatores de interferência na Qualidade de Vida dos idosos. Este estudo objetivou avaliar a relação da Qualidade de Vida com o estado cognitivo em idosos domiciliados. Trata-se de estudo quantitativo, observacional, transversal, com amostra de 171 idosos de sessenta anos ou mais, de ambos os sexos, residentes em domicílios. Para obtenção dos dados utilizou-se um instrumento estruturado contendo questões sócio-demográficas, WHOQOL-BREF, WHOQOL-OLD para avaliar a QV, e Mini Exame do Estado Mental. Os dados coletados foram armazenados em planilhas do *Excel*, importados para o software *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 22 e analisados por meio de estatística exploratória. A amostra apresentou um predomínio de idosos do sexo feminino (69,3%); na faixa etária de 65-69 anos (24,6%); casados (52,5%), morando com cônjuge e filhos (31,6%); analfabetos (33,3%), renda mensal familiar de 1 a 3 salários mínimos (50,9%). Os aspectos da Qualidade de Vida dos idosos que apresentaram maior média foi o domínio "Social" e a faceta "Habilidades Sensoriais". Ao relacionar a Qualidade de Vida com o estado cognitivo não obteve significância estatística. Estas informações evidenciam condições de vulnerabilidade dos idosos do estudo, resultante da associação de diversos fatores, desta forma, estudar esta interação possibilita identificar aspectos na vida do idoso que sejam passíveis de intervenção, possibilitando a formulação de estratégias que previnam doenças, incapacidades e promova, sobretudo, a sua saúde.

Palavras-chave: Idoso, Qualidade de Vida, Cognição, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As sociedades estão vivendo um aumento exponencial da longevidade. Aliada a redução drástica dos níveis de fecundidade, que é uma das mudanças demográficas significativas ocorridas nas últimas décadas no Brasil. Além do crescimento da expectativa de vida da população que leva ao aumento na proporção de idosos, em detrimento aos demais grupos etários.¹ Assim, os profissionais de saúde são desafiados a dominar e conhecer os fatores relacionados à maior expectativa de vida e os determinantes da qualidade de vida, que podem intervir com a prevenção ou com o cuidado da saúde dos idosos.²

A Qualidade de Vida (QV) de um indivíduo resulta da associação de diversos fatores, desde os biológicos-funcionais até os socioculturais.³ Desse modo, a combinação da baixa probabilidade de adoecimento e deficiências, manutenção das funções físicas e cognitivas, engajamento na vida, além de relacionamentos interpessoais, espiritualidade e boas condições de vida consistem em um envelhecimento bem-sucedido. Em virtude do crescimento da população idosa, evidencia-se a importância de assegurar a esses indivíduos não só uma sobrevida maior, mas uma boa qualidade de vida.⁴

O termo Qualidade de Vida (QV) possui definição difícil e é medido por valores culturais, éticos, religiosos e pessoais que influenciam a forma como ela é percebida e as suas consequências. Há várias conceituações de QV, porém há uma concordância entre a maioria dos autores de que para avaliar QV é necessária a utilização de uma abordagem multidimensional.⁵

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), The WHOQOL Group, propõe o seguinte conceito para qualidade de vida: “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.^{5,6}

O declínio cognitivo está entre as várias mudanças fisiológicas do envelhecimento, suas características vão desde alterações graduais da linguagem, habilidades motoras, percepção, e funções executivas, sendo a perda da memória a que mais se destaca entre a população em geral, já que compromete pequenas tarefas relativas às atividades da vida diária.⁷ Assim, a manutenção do estado cognitivo é um importante determinante da QV e longevidade de idosos, pois indicará as condições que um indivíduo deverá ter para resguardar sua integridade física, psicológica e social.⁸

Nesta perspectiva, este estudo possui como objetivo geral: Avaliar a relação do estado cognitivo na QV dos idosos domiciliados.

A partir do exposto, a realização deste estudo está justificada pelo reconhecimento do déficit cognitivo como importante fator de risco que predispõe o idoso a condições adversas como a dependência e ao pesquisá-lo serão produzidos resultados que servirão de subsídios para formulação de ações e estratégias que promova à atenção integral a saúde do idoso, contribuindo com sua qualidade de vida.

Diante disso, o objetivo geral deste estudo é avaliar a relação da QV do idoso com o estado cognitivo em idosos domiciliados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, observacional, do tipo transversal, desenvolvido em Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário V no município de João Pessoa-PB. A população foi composta por 2.654 idosos domiciliados de ambos os sexos, cadastrados em 18 USFs do Distrito Sanitário V, com condições auditivas preservadas. O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo-se como base uma margem de erro de 5% ($\text{Erro}=0,05$) com grau de confiabilidade de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$) e considerando a proporção do evento na população investigada ($p=7\%$), totalizando 171 participantes.

Os instrumentos utilizados para nortear a investigação foram: roteiro estruturado, para a obtenção dos dados pessoais e sociodemográficos dos idosos; WHOQOL-BREF, instrumento genérico para avaliar os domínios da qualidade de vida; WHOQOL-OLD, instrumento específico para análise da qualidade de vida em idosos; o Mini Exame do Estado Mental, para analisar a capacidade cognitiva.

O WHOQOL-BREF possui vinte e seis itens, sendo dois destes gerais e os 24 restantes relacionados a cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100). As questões se dividem entre quatro domínios: o físico, o ambiental, o psicológico e as relações sociais. Cada um dos domínios é pontuado de forma independente, pois o instrumento não admite um escore total da QV. As respostas a cada item do questionário variavam de 1 a 5, sendo quanto mais próxima de 5 melhor a QV.⁵

O WHOQOL-OLD é composto por vinte e quatro itens com resposta numa escala de 1 a 5, dividido em seis facetas (funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade). Cada faceta é composta por quatro itens, gerando escores de 4 a 20 pontos. A transformação para uma escala de 0 a 100, na qual zero corresponde a pior QV e o valor 100, a melhor.⁹

Para avaliação cognitiva, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental, que identifica a capacidade do idoso responder corretamente ao questionário estruturado. Possui sete categorias, representadas por grupos de funções cognitivas específicas: orientação temporal, orientação espacial, atenção e cálculo, linguagem, capacidade construtiva visual, memória imediata e memória de evocação. A pontuação total varia de zero a trinta, sendo utilizados os seguintes pontos de corte para avaliação da pontuação obtida: para idosos analfabetos, 13 pontos; para aqueles com escolaridade baixa e média, 18 pontos e 26 pontos para escolaridade alta.¹⁰

Para a organização dos dados, utilizou-se uma planilha de dados no Programa Excel, após a organização e codificação dos dados foram importados para o aplicativo SPSS (Statistical Package for the Social Science) for Windows, versão 20 para análise.

A análise exploratória foi realizada calculando-se as medidas de distribuição (média, desvio-padrão, frequência absoluta e frequência relativa), considerando as variáveis de interesse para a caracterização dos participantes do estudo. Para comparar dos dados da QV com os de cognição foi utilizado o teste de Wilcoxon-Mann-whitney. O nível de significância utilizado para o estudo foi de 5%.

A pesquisa foi norteada pela Resolução N°466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde¹¹, que seguiu com rigor todas as suas recomendações que dizem respeito à normatização da pesquisa em seres humanos: informações sobre os objetivos e o desenvolvimento da pesquisa, o anonimato, o respeito e o sigilo em relação às informações fornecidas e liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Para tanto, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo composto por 171 idosos revelou a prevalência de idosos do sexo feminino (69%) em comparação aos indivíduos do sexo masculino (31%). A “feminilização” da velhice ocorre devido ao fato das mulheres viverem mais que os homens, em média, sete anos a mais.¹ Além de apresentarem menor predomínio em relação ao uso do álcool, tabagismo e procurarem prevenir e tratar incapacidades e doenças, através disso verifica-se que as mulheres se expõem menos a determinados fatores de risco no trabalho.¹²

Em se tratando da idade, a análise evidencia indivíduos de 65 a 69 anos (24,6%). Esses resultados corroboram com os do Censo 2010, que referiu que a diminuição em número absoluto de sujeitos acompanhou o incremento da idade. Os dados referentes ao estado da Paraíba ratificam o resultado, visto que no estado a população idosa do atinge um contingente de 51,5% da faixa entre 60-69 anos, 31,2% entre 70-79 anos e 17,6% com mais de 80 anos.¹³ Isso se deve ao fato do envelhecimento no Brasil ser recente quando comparado com países desenvolvidos. Por isso, os serviços de saúde e de assistência social precisam estar preparados para atender às necessidades de um número cada vez maior de idosos nas próximas décadas.¹⁴

Quanto à escolaridade, verifica-se o predomínio de idosos analfabetos (33,3%) enquanto apenas 9,9% possuem de 9 a 11 anos de estudo. O nível de escolaridade da população idosa demonstrada pelo censo de 2013 revela que a média de estudo é de 4,2 anos¹⁵, todavia, o resultado desta pesquisa revela maior percentual de idosos analfabetos. Estudos com essa população têm mostrado uma baixa escolaridade entre eles, explicada como sendo consequência da desigualdade social no Brasil e das políticas de educação das décadas de 30 e 40 – quando o acesso à escola ainda era muito restrito. Assim, é imprescindível compreender que o analfabetismo entre esses indivíduos, pode ser um fator limitante à QV e a sobrevivência.¹⁶ Por sua vez, o acesso aos meios de alfabetização proporciona mais aceitação aos programas de educação em saúde.^{17,18}

No que diz respeito à renda, a análise revela que a maior parte dos idosos (50,9%) tem renda de 1 a 3 salários mínimos, sendo principalmente aposentados, enquanto 1,2% são os que possuem de 6 a 7 salários e aqueles que possuem de 8 a 10 salários alcançam níveis de 0,6%. A renda mensal de 1 a 3 salários mínimos pode ser considerada relativamente baixa, mas semelhante a da maior parte dos idosos do Brasil, sendo a principal fonte de renda as aposentadorias e pensões. A renda insuficiente representa um indicador de precariedade das condições e QV de idosos dependentes ou frágeis.¹⁹

Conforme os dados obtidos para o estado civil, os idosos da amostra são majoritariamente casados (52,5%), dado semelhante encontrado em outros estudos.^{20, 21} Considerando o arranjo domiciliar, a maior proporção de idosos residem com familiares, 31,6% moram com o cônjuge e filhos e 1,8% moram somente com os netos (Tabela 1). Residir acompanhado é algo comum entre os idosos brasileiros. Pode-se considerar como uma relação de interdependência, tanto do idoso para com sua família quanto da família para com o idoso, onde financeiramente muitos dependem do idoso e este, por sua vez, necessita de auxílio nas atividades de vida diária.¹⁴

Tabela 1- Características sociodemográficas dos idosos domiciliados. João Pessoa, 2015.

	N	%
Faixa etária		
60 – 64	31	18,1
65 – 69	42	24,6
70 – 74	40	23,4
75 – 79	26	15,2
80 ou mais	32	18,7
Sexo		
Feminino	118	69,0
Masculino	53	31,0
Escolaridade		
Analfabeto	57	33,3
1 a 4 anos	24	14,0
5 a 8 anos	38	22,2
9 a 11 anos	17	9,9
12 ou mais anos	35	20,5
Estado Civil		
Solteiro	19	11,1
Casado	90	52,5
Divorciado	16	9,4
Viúvo	46	26,9
Renda familiar		
até 1 salário mínimo	32	18,7
de 1 a 3 salários mínimos	87	50,9
de 4 a 5 salários mínimos	14	8,2
de 6 a 7 salários mínimos	2	1,2
de 8 a 10 salários mínimos	1	0,6
NS/NR	35	20,5
Arranjo familiar		
Sozinho	12	7,0
Somente com cônjuge	28	16,4
Cônjuge e filho(s)	54	31,6
Cônjuge, filho(s) genro ou nora	6	3,5
Somente com filho(s)	19	11,1
Arranjos trigeracionais	38	22,2
Arranjos intrageracionais	10	5,8
Somente com os netos	3	1,8
Outro	1	0,6
Total	171	100

Fonte: Pesquisa Direta, 2015.

Ao discutir a QV na velhice reiteramos que é de uma dimensão multidimensional referenciada a critérios socionormativos e intrapessoais, a respeito das relações passadas, atuais e prospectivas entre o idoso e o meio que em vive. Depende das condições oferecidas pela sociedade, relativas à saúde, renda, educação formal e informal; da existência de redes de relações sociais, do grau de urbanização e das condições de trabalho; das condições biológicas propiciadas pela genética, pela maturação, pelo estilo de vida e pelo ambiente físico.²²

Assim, diante da análise do WHOQOL-BREF (Tabela 2), dentre os domínios utilizados para avaliar a QV, o domínio “Social” apresentou maior escore (73,34%), demonstrando quão satisfeito o indivíduo está com a relação que mantém com as pessoas, a atividade sexual, e com a sua rede de apoio. A partir desse resultado verifica-se que os idosos apresentam um suporte social adequado às suas necessidades. Este domínio é importante para compreender se o idoso está recebendo o apoio social devido, sendo este necessário para que o mesmo sinta-se acolhido e para a continuidade das relações com a comunidade e daqueles que o rodeiam. Enquanto, a menor média foi avaliada no domínio “Físico” (56,07%), através do qual se pode observar fatores ligados a energia, fadiga, dor e desconforto, sono e repouso, mobilidade, tratamento e medicação, capacidade de trabalho e desempenho nas atividades do cotidiano.¹⁹

Diante dos dados apresentados nas facetas do WHOQOL-OLD, a maior média foi observada na faceta “Habilidades Sensoriais” (76,50%), que afere o funcionamento dos sentidos (audição, visão, olfato, paladar e tato), podendo influenciar no cotidiano, de modo que interfira nas atividades realizadas em família e na sociedade e, ainda, na capacidade de interação com outras pessoas. A perda dessas habilidades, provavelmente influencia negativamente na estima dos indivíduos e no cuidado que eles têm consigo mesmo, se tratando da saúde, conseqüentemente, a possível perda dessas habilidades denotam uma qualidade de vida inferior. No entanto, a amostra contrastou tal informação, ou seja, os idosos não apresentarem perda significativa de suas habilidades sensoriais.

Por outro lado, a faceta “Autonomia” obteve menor média (57,79%), estando associada à capacidade de decisão do indivíduo. Comprova-se que a falta de autonomia pode repercutir significativamente na qualidade de vida do idoso quando não há respeito sobre sua capacidade de decisão, assim, é necessário que as pessoas que o rodeiam: idoso, familiares, profissionais de saúde e sociedade compreendam e proporcionem-lhe respeito.²³

Tab. 2 - Distribuição dos Domínios/Facetas do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD - João Pessoa, 2015.

Variáveis	Média	DP
WHOQOL-BREF		
Físico	56,07	10,17
Psicológico	57,23	20,06
Social	73,34	16,63
Ambiental	58,09	13,30
WHOQOL-OLD		
Habilidades sensoriais	76,50	22,30
Autonomia	57,79	19,00
Atividades passado-presente-futuro	62,83	18,68
Participação social	63,74	16,12
Morte e morrer	65,86	27,39
Intimidade	62,35	21,70

Fonte: Pesquisa Direta, 2015.

A cognição é um dos fatores que interferem na QV dos indivíduos, uma vez que está ligada a independência. Ao comparar os domínios e facetas da QV segundo o estado cognitivo dos idosos, verifica-se que não houve diferença nos domínios do WHOQOL-BREF entre os indivíduos que possuem déficit cognitivo e os que não apresentam déficit.

Quanto aos domínios e facetas da QV, observou-se que entre os idosos que apresentaram déficit cognitivo o domínio “Social” obteve maior escore (69,74) e domínio “Físico” o menor (53,57%). Em relação às facetas neste grupo de idosos, a faceta “Atividades passado-presente-futuro” demonstrou um maior escore (62,99) e “Morte e Morrer” o menor (29,11). Quanto aos indivíduos sem déficit cognitivo, o domínio de maior escore foi o “Social” (74,37) e o de menor escore foi o “Físico”. Em relação às facetas, aquela que apresentou menor escore foi “Habilidades Sensoriais” (32,09) e maior escore foi “Participação Social” (64,24) (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação dos domínios e facetas da QV segundo o estado cognitivo. João Pessoa, 2015.

Instrumento (Qualidade de Vida)	Domínios ou Facetas	Déficit Cognitivo (Escala de Bertolucci)				p-valor Teste Wilcoxon-Mann-Whitney
		Possui Déficit Cognitivo		Não possui Déficit Cognitivo		
		Média	DP	Média	DP	
WHOQOL -Bref	Físico	53,57	10,30	56,79	10,06	0,1606
	Psicológico	55,48	14,69	57,74	21,38	0,8798
	Social	69,74	22,96	74,37	14,27	0,5414
	Ambiental	56,91	16,70	58,43	12,22	0,8770
WHOQOL -Old	Habilidades sensoriais	31,25	17,80	32,09	16,97	0,8136
	Autonomia	53,28	22,92	59,07	17,62	0,1253
	Atividades passado-presente-futuro	62,99	21,13	62,78	18,01	0,6989
	Participação social	62,01	19,08	64,24	15,22	0,6733
	Morte e morrer	29,11	28,03	35,57	27,15	0,1487
	Intimidade	60,85	24,30	62,78	20,98	0,8249

Fonte: Pesquisa Direta, 2015.

Sabe-se que vários fatores interferem na QV do idoso, neste estudo verificou-se a relação entre a cognição e a QV. As alterações cognitivas são confundidas como parte natural do envelhecimento, levando a um diagnóstico e tratamento tardios. As perdas cognitivas são decorrentes de vários fatores de risco, dentre eles estão os indivíduos do sexo feminino, com condições socioeconômicas diminuídas, baixo nível de escolaridade, e também que não praticam atividade física, além de idade avançada. Outro agravante é a interferência do declínio cognitivo na qualidade de vida dos idosos de forma negativa, com dificuldades de manutenção da atenção, memória recente e elaboração de cálculos.²⁴

Apesar de não ter apresentado significância estatística entre a QV e o estado cognitivo dos idosos, observou-se que mesmo com déficit cognitivo, os idosos apresentaram satisfação com suas

relações pessoais e com as suas conquistas ao longo da sua vida e as alterações físicas não foram pontuada como importantes, demonstrando que a percepção da qualidade de vida é individual e "subjetiva", pois cada pessoa avalia sua a própria vida, influenciada pelas expectativas sociais e pessoais e pelos valores agregados ao longo da vida. Assim, ainda que haja um declínio das funções cognitivas, este pode não ser perceptível ao idoso de forma significativa, simplesmente porque não se sobressai diante de outros aspectos de sua existência, o que, por sua vez, poderia levar a uma má percepção de sua própria QV.²⁵

CONCLUSÃO

Apesar do estudo não ter apresentado significância estatística na relação da QV com estado cognitivo, ratifica-se a importância de compreender os fatores que interferem na QV de idosos, como a cognição, para que se possa prevenir e tratar os déficits apresentados, com estratégias das mais variadas possíveis, pois quanto mais rápido a intervenção melhor para evitar agravos.

Diante disso, a enfermagem exerce um papel imprescindível, visto que na realidade que vivemos, essa equipe está diretamente em contato com o indivíduo e pode perceber déficits ou mesmo propor ações para preservar o estado cognitivo, permitindo a manutenção da independência, capacidade de decisão.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Números gerais do censo. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=25>. Acesso em: 14 fev. 2012.
2. Ferreira AGO, et al. Qualidade de vida de idosos acompanhados por equipes de saúde da família. Rev Enf UFPE on line. Agosto, 2015. v. 9, n. 7: p. 8993-8999.
3. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. 1ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
4. Tavares CD. Influência do estado cognitivo sobre a qualidade de vida em idosos do município de Campina Grande-PB [Trabalho de Conclusão de Curso]. UEPB, 2012.
5. Fleck MPA, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQUOL – bref". Rev de Saúde Pública. Abril, 2000. v. 34, n.2, p. 83-178.

6. Pereira RJ, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. Rev. Psiquiatr. Jan/Abr, 2006. v. 28, n. 1, p. 27-38.
7. Brito TRP; Pavarini SC. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas Rev. Latino-Am. Enf. Jul-Ago 2012. v. 20, n. 4 [8telas].
8. Chaves AS, et al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos Hipertensos. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online]. 2015, v.18, n.3, p.545-556.
9. Chachamovich E, et al. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. The Gerontologist, 2008, v. 48, n. 5, p. 593-602.
10. Bertolucci PH, et al. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. Arquivos de neuro-psiquiatria, 1994, v. 52, n. 1, p. 1-7.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e pesquisa – CONEP. Resolução Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.
12. Carvalho JAM; Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, 2003, v.19, n. 3, p. 725-33.
13. Souza AI; Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Rev Enferm, 2008, v.12, n.4, p.706-16.
14. Dias LD. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos no município de João Pessoa – PB. Rev Bras Promoç Saúde, 2012, v. 25, n. 1, p. 86-96.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira - 2013. Rio de Janeiro, 2013.
16. Sudré MRS, et al. Características socioeconômicas e de saúde de idosos assistidos pelas Equipes de Saúde da Família/Socioeconomic and health conditions of the elderly assisted by Family Health Teams. Ciência, Cuidado e Saúde, 2015, v. 14, n. 1, p. 933-940.
17. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Mapa do analfabetismo no Brasil. Brasília, 2003.
18. Peres MAC. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais na região Nordeste. Soc. Estado, 2011, v. 26, n. 3, p. 631-61.
19. Pontes MLF. Qualidade de vida e fragilidade em idosos que residem em comunidades. [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2013.
20. Soares MBO, et al. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. Esc. Anna Nery, 2010, v.14, n.4, p. 705-11.

21. Farenzena WP, et al. Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. Rev. Kairós, 2007, v.10, n.2, p.225-43.
22. MORAES, EN (Org.). Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
23. Fonseca MGUP, et al . Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. Rev. Saúde Pública, Fev 2010, v. 44, n. 1, p. 159-165.
24. Nascimento RAS, et al. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. J Bras Psiquiatr, 2015, v. 64, n. 3, p. 187-92.
25. Soares E; Cruz AEB; Carvalho SMR. Qualidade de vida, síndrome de fragilidade e declínio cognitivo em idosos institucionalizados. Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde, 2016, v. 19, n. 4, p. 223-241.