

Artigo Original

Avaliação de déficits cognitivos em moradores com mais de 65 anos de um albergue público

The appraisal of cognitive impairment in homeless people aged 65 years or over admitted to a public hostel

ROSA GOUVEA DE SOUSA¹, GIOVANNI MARCOS LOVISI²

¹Médica de família da Prefeitura de Niterói.

²Professor adjunto de Psiquiatria da Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Recebido: 26/02/2006 – Aceito: 30/10/2006

Resumo

Contexto: Há uma escassez de estudos nacionais que tenham avaliado déficits cognitivos em população idosa em situação de rua. Propôs-se o presente estudo para avaliar esses transtornos em uma população moradora de um albergue público da cidade do Rio de Janeiro. **Métodos:** Avaliou-se uma amostra aleatória de 64 pessoas com mais de 65 anos, moradoras de um albergue público do Rio de Janeiro, por uma entrevistadora treinada em instrumentos com aspectos sociodemográfico, cognitivo, nutricional e cotidiano. **Resultados:** A idade média foi de 72,9 anos (desvio-padrão = 6,03 anos). A maior parte da amostra foi do sexo masculino (71,9%), solteira (90,6%), oriunda do Rio de Janeiro (71,9%), analfabeta (60,9%) e desempregada no momento (82,8%). A frequência de déficits cognitivos foi de 20,3%. Da amostra, 15,6% relataram internações psiquiátricas anteriores, 12,5% apresentaram desnutrição, 39,1% não apresentaram autonomia/independência e 37,5% relataram uso abusivo de álcool estando associado estatisticamente com síndrome demencial provável (37,5% vs. 20,3%; $X^2 = 4,6$; $p = 0,03$). **Conclusões:** Deve-se implementar ações específicas nos albergues, no intuito de trabalhar a equipe de saúde para receber o morador e desenvolver nele competências e habilidades perdidas ou escondidas.

Sousa, R.G.; Lovisi, G.M. / *Rev. Psiq. Clín* 34 (5); 205-209, 2007

Palavras-chave: Déficit cognitivos, idoso, população de rua.

Abstract

Background: Knowledge of the extent of cognitive impairment among old age homeless people is very useful for policy-makers and mental health professionals. As there are few studies of this issue in Brazil, a cross-sectional study was carried among homeless people aged 65 years or over from Rio de Janeiro, Brazil. **Methods:** Data were collected on a random sample of 64 homeless people aged 65 years or over residents in a public hostel from Rio de Janeiro. Full data were collected by a trained researcher, using the Community Screening Instrument for Dementia (SCI-D) to appraise cognitive impairment, and The Mini Nutritional Assessment (MNA) to evaluate nutritional status. **Results:** The mean age was of 72.9 years (SD = 6.03 years). Most of the sample was male (71.9%), single (90.6%), from Rio de Janeiro (71.9%), illiterates (60.9%), unemployed (82.8%). The frequency of cognitive deficits was of 20.3%. 15.6% reported previous psychiatric admission, 12.5% presented malnutrition, 37.5% reported alcohol abuse/dependence. **Conclusions:** Specific measures should be implemented in the hostels. An example might be the creation of a multidisciplinary team to work specifically with old age homeless people in the hostels.

Sousa, R.G.; Lovisi, G.M. / *Rev. Psiq. Clín* 34 (5); 205-209, 2007

Key-words: Cognitive deficits, aged, homeless people.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global. Segundo estimativas da ONU (Organização das Nações Unidas, 1991), em 2050, há perspectivas de que os idosos representem 17% de um total de 9 bilhões, sendo os países em desenvolvimento com as maiores previsões de envelhecimento: cerca de quatro vezes (ONU, 1991). No caso do Brasil, o envelhecimento da população está ocorrendo com maior velocidade. Em 2000, essa população representou 5,3% dos brasileiros. Projeções apontam que em 50 anos terá chegado a 50 milhões, cerca de 22% da população do país (IBGE, 2002).

Nesse sentido, para atender às necessidades de saúde dessa população, devem-se conhecer quais agravos ocorrem com maior frequência nessa faixa etária. O déficit cognitivo se apresenta em destaque nos idosos; porém, existem escassos trabalhos publicados sobre esse tema nos países em desenvolvimento (Scazuca *et al.*, 2002).

E se, por um lado, o envelhecimento global tem conferido aos idosos grande importância, o crescimento da exclusão social também tem tido o mesmo efeito sobre a sociedade. Entre este, destacam-se os moradores de rua que representam a linha final de um processo crônico de exclusão social.

Essa população revela um aspecto grave da extrema pobreza, com vulnerabilidade a múltiplos fatores de risco para a saúde (Rosa, 1995). As principais causas de morte são os acidentes provocados pelo uso de bebidas alcoólicas, desnutrição, tuberculose, outras doenças respiratórias, Aids etc. Essas condições adversas de sobrevivência podem, também, desencadear problemas mentais orgânicos (Arce *et al.*, 1983).

Desde a década de 1980, há uma mudança nas características sociodemográficas e de transtornos mentais na população em situação de rua em todo o mundo. Essa nova população é composta principalmente pelo sexo masculino, na condição de solteiro, analfabeto, desempregado, sem auxílio financeiro, sem suporte familiar, sem autonomia para as atividades diárias e com grande frequência de transtornos mentais ou cognitivos e abuso/dependência de álcool e drogas (Koegel *et al.*, 1988; Kovess e Lazarus, 1999; Muñoz *et al.*, 1998).

Embora a população idosa represente ainda uma pequena parcela da população de rua, seu número está crescendo em todo o mundo. A literatura científica sugere grande frequência de transtornos mentais e cognitivos nesse grupo populacional. No entanto, não há muitos trabalhos disponíveis acerca desse tema, mesmo nos países desenvolvidos. Nos estudos realizados, encontrou-se uma grande variação da frequência de déficits, entre 10% e 20%, decorrente principalmente de diferenças na amostra, instrumentos diversos e conceitos de população de rua utilizados (Hamid-Abdul, 1997; Cohen, 1999; Stergiopoulos e Herrmann, 2003).

A uniformização da metodologia nos fornecerá resultados mais confiáveis em futuros estudos.

No Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, a relação entre o agravo cognitivo e a condição de morador idoso em situação de rua é difícil de ser estabelecida, pois há poucas pesquisas sistemáticas referentes a esse assunto. Heckert *et al.* (1999) estudaram uma amostra de 83 moradores de rua em Minas Gerais, sendo de 2,4% a população com mais de 65 anos e composta principalmente por mulheres. O diagnóstico mais frequente foi de abuso/dependência de álcool (82%). Os transtornos mentais orgânicos atingiram 9,6% da amostra, sendo compostos principalmente por déficits cognitivos, e estavam associados significativamente à dependência alcoólica e à faixa etária idosa. Lovisi *et al.* (2003), em uma amostra de 330 moradores de albergues públicos da cidade do Rio de Janeiro, constataram 31% para abuso/dependência de álcool e 15% para déficits cognitivos graves. Entre eles, 12,1% tinham mais de 65 anos, sendo a maioria composta de homens (87,3%). Os mais idosos apresentaram maiores taxas de déficits cognitivos graves e abuso/dependência de álcool.

Destaca-se, portanto, a escassez de estudos nacionais que avaliaram a cognição da população de rua idosa com uma metodologia direcionada e estruturada.

Método

O albergue selecionado para pesquisa foi o Centro de Recuperação de Campo Grande (CRS), por possuir o maior número de pessoas com mais de 65 anos, entre os cinco albergues administrados pela Fundação Leão XIII do Rio de Janeiro. De um total de 238 pessoas, 95 tinham mais de 65 anos. O Centro possui na sua infraestrutura uma equipe multiprofissional com médicos, enfermeiros, auxiliares, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, entre outros profissionais, e uma equipe responsável pela administração do local.

Para se avaliar os transtornos cognitivos e sua relação com as variáveis sociodemográficas, o estado nutricional e as atividades básicas da vida diária, calculou-se um tamanho de amostra de 70 pessoas com mais de 65 anos (frequência esperada: 20%; pior resultado esperado: 15%; nível de confiança: 95%). As características sociodemográficas foram escolhidas de acordo com os questionários usados e para se conhecer o perfil e a trajetória dessa população. Nesse sentido, idade, gênero, estado civil, escolaridade, naturalidade, tempo de moradia no albergue, tempo de moradia na rua, ocupação atual, relatos de internação em hospitais de psiquiatria, história de abuso/dependência de álcool e droga, presença de família em primeiro grau e local de moradia foram os dados privilegiados. Em relação à idade, dividiu-se o grupo de acordo com as faixas etárias relatadas nas pesquisas que utilizaram o questionário CSI-D: primeira faixa: 66 a 70 anos; segunda faixa: 71 a

75 anos; terceira faixa: 76 a 80 anos; quarta faixa: 81 a 85 anos; quinta faixa: de 86 anos em diante.

Os autores optaram pelo questionário Community Screening Instrument for Dementia (CSI-D) do Grupo de Pesquisa 10/66 (Prince *et al.*, 2003) para avaliar os déficits cognitivos dos moradores de albergue. O CSI-D é parte de um protocolo de entrevistas para a avaliação da cognição. A entrevista com esse instrumento é dividida em dois momentos: o primeiro com o entrevistado e o segundo com o seu cuidador. O entrevistado responde a 34 perguntas e executa algumas ações exigidas pela avaliação. O cuidador responde a 26 perguntas referentes ao entrevistado. Os valores são somados de acordo com a pontuação específica de cada pergunta e, ao final, teremos três possibilidades de resultado: não tem síndrome demencial, possível acometimento e provável acometimento. O cuidador foi um membro da equipe de saúde do albergue CRS Campo Grande. O déficit cognitivo grave substituiu o provável acometimento, de acordo com orientações do grupo 10/66. Não se realizou o diagnóstico de síndrome demencial nem se utilizou esse termo, pois, para tanto, haveria necessidade de exames complementares e físicos, bem como avaliação médica continuada.

Para a avaliação do estado nutricional, utilizou-se o minixame nutricional de Guigoz e Vellas (1999), aplicado a idosos. Já se validou esse instrumento para o uso no Brasil, sendo utilizado em muitas pesquisas e também na prática clínica. Questiona-se o indivíduo a respeito dos seus hábitos alimentares e, depois, realiza-se um exame físico voltado para o índice de massa corpórea. A classificação sugerida é: normal, com possibilidade de desnutrição ou desnutrido.

O instrumento escolhido para avaliar as atividades básicas da vida diária foi o minixame de atividades funcionais da vida diária (Powell, 1982). Esse questionário vem sendo utilizado em pesquisas internacionais e nacionais e, hoje, é utilizado na prática médica e gerontológica. O indivíduo tem classificado suas atividades básicas em: preservada sua autonomia e independência ou retirada sua autonomia e independência do cotidiano.

Os participantes foram selecionados por meio de uma amostra aleatória, dentro da população albergada acima de 65 anos do CRS Campo Grande, constituída no período de julho a outubro de 2004, com 64 participantes de um total de 95 usuários. Solicitou-se o consentimento do entrevistado, após explicação sobre o estudo, com aceitação dele por escrito, quando possível, sendo informado sobre o sigilo do resultado e a segurança do anonimato.

Treinou-se uma entrevistadora previamente em relação aos instrumentos utilizados, sendo um dos autores do trabalho (RGS). A coleta de dados realizou-se em salas de atendimento, localizadas no interior da instituição e nos alojamentos daqueles usuários com dificuldade de locomoção. Não houve recusa à entrevista por parte de nenhum integrante do albergue. A entrevista iniciava-se com o questionário sociodemográfico, seguida do

questionário CSI-D e, por último, o exame nutricional e atividades da vida diária. A média de tempo por encontro era de uma hora e meia.

Realizaram-se estimativas da frequência com testes de significância estatística para comparação de proporções. Utilizou-se o Statistical Data Analysis (SPSS, 1986) para análise dos dados. Para avaliar a significância estatística das associações, utilizaram-se os seguintes testes: para as variáveis categóricas, empregou-se o qui-quadrado e o Teste de Fischer; e para as variáveis contínuas, o Teste t, levando-se em consideração um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

A maioria da amostra era composta por homens (71,9%), na faixa etária de 66 a 87 anos, com a média de idade de 72,9 anos (desvio-padrão = 6,03 anos), solteiros (90,6%), oriundos do Rio de Janeiro (71,9%), analfabetos (60,9%) e desempregados (82,8%). Outros achados incluem: 68,7% viviam no albergue havia mais de 5 anos, 90,6% não recebiam nenhum tipo de rendimento, 93,8% não tinham outro local para morar e 73,4% declararam não ter familiares.

A frequência de agravos cognitivos foi de 20,3% (n = 13) para déficit cognitivo grave e 18,8% (n = 12) para déficit cognitivo leve. O acometimento por gêneros foi de 22% para o sexo feminino e 19,6% para o sexo masculino. Verificou-se o aumento da frequência de déficit cognitivo grave com o aumento do grupo etário. Quando se passa do primeiro grupo etário para o segundo, observa-se que se dobra a frequência desse agravo, havendo estabilização das taxas nos grupos etários mais avançados. As taxas mais altas de déficits cognitivos leves são encontradas nos indivíduos mais idosos, principalmente naqueles de 81 a 85 anos de idade.

A frequência para uso abusivo de álcool foi de 37,5%, sendo este associado estatisticamente com déficit cognitivo grave (37,5% vs. 20,3%; $X^2 = 4,6$; $p = 0,03$). Outro dado relevante foi que 15,6% relataram internações psiquiátricas anteriores.

Com relação ao estado nutricional, 32,8% apresentaram risco de desnutrição e 12,5% desnutrição identificada. Da amostra estudada, 39,1% não apresentaram autonomia nem independência, sendo essa variável também associada significativamente com déficit cognitivo grave (39,1% vs. 20,3%; $X^2 = 5,39$; $p = 0,002$).

Os dados consistem em um total de 64 moradores acima de 65 anos do albergue CRS Campo Grande, pois não foi possível entrevistar seis pessoas (quatro homens e duas mulheres) em virtude de graves problemas físicos decorrentes principalmente de acidentes vasculares cerebrais.

Discussão

A taxa encontrada de 20,3% no presente estudo foi similar à da maioria dos estudos internacionais que avaliaram

transtornos cognitivos em população de rua idosa moradora de albergues (Hamid-Abdul, 1997; Cohen, 1999; Stergiopoulos e Herrmann, 2003). Entretanto, o nosso achado de agravo cognitivo foi superior ao de estudos nacionais, como o de Heckert *et al.* (1999) e Lovisi *et al.* (2003), que encontraram 9,6% e 15%, e de estudos internacionais, como os de Vásquez *et al.* (1997) e Kovess e Lazarus (1999), que encontraram 6% e 10%, respectivamente.

Há de se ressaltar que a maioria da população desses estudos era composta por indivíduos adultos abaixo de 60 anos, portanto com menor probabilidade de se encontrar déficits cognitivos graves, pois esse agravo se torna mais evidente a partir dos 65 anos de idade na população e dobra a cada 5 anos (Sczufca *et al.*, 2002). Somente a partir dos 90 anos é que esse crescimento não é tão significativo (Kovess e Lazarus, 1999).

Na amostra estudada, o crescimento da frequência do déficit cognitivo grave dobrou dos 66 anos a 70 anos para 71 anos a 75 anos, estagnando-se em torno de 22%, a partir de 76 anos. Com relação ao comprometimento leve da cognição, a frequência cresceu cinco vezes, quando saiu da faixa etária de 71 a 75 para 76 a 80, crescendo de 33% para 55,6% de 76 a 80 anos para 81 a 85 anos.

Com relação ao abuso e à dependência etílica, encontrou-se um valor de 37,5%, diferindo significativamente dos principais estudos nacionais e internacionais, que encontraram taxas que variavam de 44,2% (Lovisi *et al.*, 2003) a 62,8% (Koegel *et al.*, 1988) e 81,5% (Heckert *et al.*, 1999). Essa diferença pode ser explicada pela forma de avaliação do alcoolismo em nosso estudo, sendo feitas apenas algumas perguntas para a avaliação desse transtorno.

Em nosso estudo, o déficit cognitivo apresentou-se associado ao alcoolismo. Essa associação também foi observada por Lovisi *et al.* (2003), Fisher e Breakey (1991) e Ruitenberg *et al.* (2003). Este fato pode ser explicado pelo relato de Koegel *et al.* (1988), segundo os quais os alcoolistas que vivem nas ruas apresentam maior grau de severidade cognitiva em comparação àqueles que vivem em domicílios, em virtude de maior tempo de ingestão de bebida alcoólica de forma severa, desnutrição e maiores limitações físicas. Shanks (1983) chama a atenção para o fato de que o etilista negligencia sua saúde e condição física, demorando mais tempo para pedir ajuda. Por isso, e por vir a influenciar no seu *status quo*, que o alcoolismo é um distúrbio de extrema gravidade.

Observou-se, também, alta proporção de indivíduos desnutridos e com risco de desnutrição com comprometimento cognitivo (45,3% vs. 20,3%; $X^2 = 9,07$; $p = 0,002$). Este fato se agrava com a alta frequência de dependência nas atividades diárias apresentada por essa população, que se traduz no cotidiano na forma dificultosa do autocuidado.

Constatou-se que a falta de moradia, a ausência de rendimentos, o desemprego, o fato de morarem sozinhos e o analfabetismo são os problemas que mais atingem a população estudada. A alta frequência de analfabetismo,

a ausência de atividades remuneradas e a alta porcentagem de déficits cognitivos são também verificadas nos idosos brasileiros de baixa renda (Herrera *et al.*, 1998; Laks *et al.*, 2003). Entretanto, essa população de idosos tem um maior número de pessoas que recebem aposentadorias e que moram com seus familiares (Barros *et al.*, 1999; Feliciano *et al.*, 2004).

O presente estudo é do tipo seccional e não tem como objetivo dissertar a respeito das causas que levam ao agravo cognitivo, mas a frequência deste. Como esse estudo avaliou uma amostra específica em um determinado albergue, torna-se difícil fazer generalizações com a população de rua que se encontra no Rio de Janeiro e em outras localidades. A pequena amostra também pode ter dificultado o encontro de associações estatísticas significativas entre o agravo cognitivo e outras variáveis.

Outro aspecto a destacar é que a entrevista realizada em um único momento pode ter dificultado a acurácia da informação, impossibilitando algumas vezes o estabelecimento de uma relação de confiança entre o entrevistador e o entrevistado no momento estrito da conversa. Assim, o entrevistado pode não ter respondido ao entrevistador informações como o abuso de drogas.

Além disso, o fato de o instrumento de avaliação de déficit cognitivo pontuar o questionário do cuidador sob a lógica de um cuidado contínuo duradouro e qualificado significou um ajuste metodológico da pesquisa ao ambiente, pois este responsável, no caso do albergue estudado, era um profissional da saúde. Um outro fator percebido foi que muitos usuários já entravam com certo grau de perda cognitiva, não sendo possível ao cuidador responder a certas perguntas do questionário referentes ao histórico do agravo.

Assim, a taxa alta de alcoolismo revela uma particular população fragilizada pelo consumo. A própria elevada frequência do déficit cognitivo grave deve ser pensada quando se pretende reintegrar o morador em situação de rua. Esses fatores são exacerbados, ainda mais, na população de rua idosa, que se encontra nessa situação há muito tempo, com limitações físicas e mentais importantes verificadas também em nosso estudo. Nesse sentido, entende-se a necessidade de maior número de estudos na área. Ao se conhecer melhor essa população, aumentam-se as chances de se propor estratégias que apontem para uma qualidade de vida e reinserção social.

Vale destacar que o albergue deve estar preparado para receber essa população carente de suporte e cronicamente moradora nessas instituições. Ações específicas devem ser implementadas no intuito de trabalhar a equipe de saúde para receber o morador e desenvolver nele competências e habilidades perdidas ou escondidas.

Conclusão

A baixa escolaridade, a falta de emprego e a ausência de suporte social são fatores que dificultam a ascensão

social e limitam as possibilidades do indivíduo. A taxa alta de alcoolismo revela uma população particular e fragilizada pelo consumo. É importante notar que a grande maioria era oriunda da cidade ou estado do Rio de Janeiro, confirmando estudos anteriores que a maior parte da população de rua do Rio de Janeiro não é composta por migrantes de outras regiões do país (Lovisi, 2000).

A própria elevada frequência de síndrome demencial deve ser pensada quando se pretende reintegrar o morador de rua. Esses fatores são exacerbados ainda mais na população de rua idosa, que se encontra nesta situação há longo tempo com limitações físicas e mentais importantes. Assim, entende-se a necessidade de maior número de estudos na área. Ao se conhecer melhor essa parcela da população, aumentamos as chances de sucesso do seu bem-estar.

O albergue deve estar preparado para receber essa população carente de suporte e cronicamente assediada na rua ou nos albergues. Ações específicas devem ser implementadas no intuito de trabalhar a equipe de saúde e social para receber o morador e desenvolver nele competências perdidas ou escondidas.

Referências

- Arce, M.A.; Tadlock, M.; Vergare, M.J.; Shapiro, S.H. - A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter. *Hospital and Community Psychiatry* 34(9): 812-817, 1983.
- Barros, R.P.; Mendonça, R.; Santos, D. - Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil In *Textos para discussão*. www.ipea.gov.br, 1999.
- Bertolucci, P.H.F.; Brucki, S.M.D.; Campacci, S.R.; Juliano, Y. - O mini-exame do estado mental em uma população geral. *Arquivos Neuropsiquiátricos* 52(1): 1-7, 1994.
- Cohen, C.I. - Aging and homelessness. *The Gerontologist* 39(1):5-12, 1999.
- Feliciano, A.B.; Moraes, A.S.; Freitas, I.C.M. - O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública* 20(6): 16-47, 2004.
- Fischer, P.J.; Breakey, W.R. - The epidemiology of alcohol, drug and mental disorders among homeless persons. *American Psychologist*, 46, pp. 1115-1128, 1991.
- Guigoz, Y.; Vellas, B. - The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme* 1: 3-11, 1999.
- Hamid-Abdul, W. - The elderly homeless men in Bloomsbury hostels: their need for services. *International Journal Geriatric Psychiatry* 12: 724-727, 1997.
- Heckert, U.; Andrade, L.; Alves, M.J.M.; Martins, C. - Lifetime prevalence of mental disorders among homeless people in a Southeast city in Brazil. *Eur Archives Psychiatry Clinical Neuroscience* 249: 150-155, 1999.
- Herrera Junior, E.; Caramelli, P.; Nitri, R. - Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva estado de São Paulo - Brasil *Rev Psiq Clin* 25(2): 70-73, 1998.
- IBGE. - www.ibge.gov.br, 2002.
- Koegel, P.; Burnan, A.; Farr, R.K. - The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of L.A. *Archives General Psychiatry* 45: 1083-1092, 1988.
- Kovess, V.; Lazarus, C.M. - The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 34: 580-587, 1999.
- Laks, J.; Figueira I; Contino AL; Engelhardt E. - O Mini-exame do Estado Mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antonio de Pádua. *Arq Neuro-Psiq* 61(3): 2-10, 2003.
- Lovisi, G.M. - Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói. Tese de doutorado em Saúde Pública. Fiocruz. 2000.
- Lovisi, G.M.; Mann, A.H.; Coutinho, E.; Morgado, A.F. - Mental illness in an adult sample admitted to public hostels in the Rio de Janeiro metropolitan area. *Brazil Soc Psychiatry Epidemiol* 38: 493-498, 2003.
- Muñoz, M.; Vásquez, C.; Koegel, P.; Sanz, J.; Burnam, M.A. - Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madri (Spain) and Los Angeles. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 33: 514-520, 1998.
- Organização das Nações Unidas. - <www.onu-brasil.org.br>, 1991. Acesso em: 14/03/2005.
- Powell, L.M. Competence, environmental press and the adaptation of older people. *Aging and the environment: theoretical approaches*. Springer Publishing Co., New York, 1982.
- Prince, M.; Acosta, D.; Chiu, H.; Scazufca, M.; Varguese, M.; for the 10/66 - Dementia Research Group. Dementia diagnosis in developing countries: a cross-cultural validation study. *The Lancet* 361: 909-917, 2003
- Rosa, C.M.M. - População de rua: Brasil e Canadá. Hucitec, São Paulo, p. 236, 1995.
- Rutienberg, A.; Swieten, J.; Duijn, M.; Hogman, A.; Monique, M.B.B. Alcohol consumption and risk of dementia: the Rotterdam Study. University of Rotterdam, 2003.
- Scazufca, M.C. et al. - Epidemiological research on dementia in developing countries. *Revista de Saúde Pública* 36(6): 773-778, 2002.
- Shanks, N.J. - Medical provision for the homeless in Manchester. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 33: 40-43, 1983.
- SPSS. SPSS-X user's guide. McGraw-Hill, New York, 1986.
- Stergiopoulos, V.; Herrmann, N. - Old and homeless: a review and survey of older adults who use shelters in an urban. *Can J Psychiatry* 48(6): 374-380, 2003.
- Vásquez, C.; Munos, M.; Sans, J. - Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madri: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 95: 523-530, 1997.