UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Série: Estudos em Saúde Coletiva nº19

CONSIDERAÇÕES SOBRE DESENHOS DE PESQUISA PARA ESTUDOS COM POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

Renato Veras

Novembro 1992

IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Instituto de Medicina Social

Considerações sobre Desenhos de Pesquisa para Estudos com População Idosa no Brasil.

Renato Peixoto Veras

Novembro / 1992

Diretor: José C. Noronha
Comissão de Publicação: Cid M. de Mello Vianna
Michael Reichenheim
Joel Birman
Secretária : Regina A. Marchese
Editoração Eletrônica: Sergio I. Amato
Nota: A série "Estudos em Saúde Coletiva" é uma publicação de textos para discussão, do Instituto de Medicina Social - IMS, de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es)

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca
do Instituto de Medicina Social - UERJ

V476 Veras, Renato Peixoto
Considerações sobre desenhos de pesquisa para estudos com população idosa no Brasil / Renato Peixoto Veras. — Rio de Janeiro: UERJ/ IMS, 1992.
12 p. — (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº 19)

1. Velhice. 2. Saúde Coletiva. 3. Epidemiologia. I. Título. II. Série.

CDU 3-053.9

CONSIDERAÇÕES SOBRE DESENHOS DE PESQUISA PARA ESTUDOS COM POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

Renato P. Veras*

A existência de um contingente significativo de idosos na população era até recentemente, atributo dos países mais desenvolvidos da América do Norte, Europa e Japão. A partir dos anos 70 esta situação se modifica. Idosos passam a ser também um importante segmento da população nos países do Terceiro Mundo. A difusão de dados relativos ao crescimento da população idosa nos países do Terceiro Mundo, em particular naqueles de grande extensão territorial, fez crescer a necessidade de um maior conhecimento sobre a população idosa desses países. O Brasil é um bom exemplo a ser citado. Dentre todos os países em que as projeções demográficas para 2025 indicam uma população acima de 16 milhões de idosos, o Brasil é o que apresenta a maior taxa de crescimento (1.514%), conforme mostra a tabela 1. Segundo alguns autores [7,20,21] estas projeções são conservadoras, pois eles acreditam que as atuais taxas de fecundidade são ainda menores do que as estimativas oficiais. Caso sejam corretas as projeções destes autores, a população idosa em 2025 será ainda maior do que os 31.8 milhões de idosos apresentados na tabela 1. Fato importante a ressaltar é que nesse período a população brasileira, como um todo, estará aumentando cinco vezes, enquanto o grupo etário de 60 anos ou mais estará se tornando 15 vezes maior [16,15].

* *Professor do Instituto de Medicina Social da UERJ.*

TABELA 1:
Projeção do crescimento da população de mais de 60 anos em uma seleção de países populosos, 1950 – 2025

Regiões	População de 60 + anos (milhões)				Aumento (%)
	2025	2000	1975	1950	1950-2025
China	284.1	134.5	73.3	42.5	668.5
India	146.2	65.6	29.7	31.9	429.3
URSS	71.3	54.3	33.9	16.2	440.1
USA	67.3	40.1	31.6	18.5	363.8
Japão	33.1	26.4	13.0	6.4	517.2
Brasil	31.8	14.3	6.2	2.1	1514.3
Indonésia	31.2	14.9	6.8	3.8	821.1
Paquistão	18.1	6.9	3.6	3.3	548.5
México	17.5	6.6	3.1	1.3	1346.2
Bangladesh	16.8	6.5	3.3	2.6	646.2
Nigéria	16.0	6.3	2.6	1.3	1230.8

Fonte: UNO, DIESA, The world aging situation, 1985.

Apesar deste importante crescimento, a produção acadêmica no Brasil ainda é muito pequena. Em algumas áreas, sobretudo as ciências sociais e demografia, existem vários trabalhos de boa qualidade*. Na área da saúde, e em particular na epidemiologia e no planejamento, a produção ainda é muito pequena. Existem no entanto exceções, embora raras [26,8,4,5,1].

* *Entre algumas das principais contribuições nestas duas áreas destacam-se os trabalhos de Lins e Barros*[17], *Filizzola*[9], *Bosi* [6], *Salgado* [29], *Berquó* [3], *Fraiman* [10], *Haddad*[13], *Magalhães*[19], *Pena*[24], *Queiroz*[25], *França*[11].

Em um país que enfrenta crise econômica há mais de uma década, os recursos para pesquisa são escassos. No entanto, tão grave quanto a escassez de apoio financeiro são algumas opiniões, bastante equivocadas, que defendem a tese de que o investimento deve ser alocado para outras áreas, visto que a produção internacional sobre terceira idade, particularmente a americana e inglesa, é bastante extensa e suficiente para o delineamento global da situação dos idosos e para a tomada de decisões.

Deve-se combater essa visão. O crescimento demográfico brasileiro tem características particulares, e estas precisam ser apreendidas através de estudos e desenhos de investigação de realidades específicas, a fim de que possam subsidiar corretamente a implantação de programas adequados à realidade do país.

Indicadores que têm como denominador o país como um todo, em países com as caracteristicas do Brasil, apresentam informações bastante enganosas. Por exemplo, o Brasil possui regiões miseráveis, só comparadas aos países mais pobres do mundo, e também cidades onde várias das facilidades do Primeiro Mundo são encontradas e absorvidas por uma significativa parcela da população. Apesar de o segmento rico da população ser pequeno, é um país situado entre as 10 maiores economias do mundo e cuja distribuição de riqueza se caracteriza pela ineqüidade e concentração, e entre os quase 150 milhões de habitantes, existem, em valores absolutos, um número elevado da população com alto poder aquisitivo.

A atual parcela de idosos brasileiros se constitui de indivíduos que conseguiram sobreviver a condições muito adversas e que são, portanto, uma seleção social e biológica diferenciada. Ao se observar a distribuição espacial da população idosa, percebe-se que esta se concentra nas grandes metrópoles e nos bairros com maiores facilidades urbanas, áreas onde vive a população de maior poder aquisitivo.

Isso não quer dizer que os idosos sejam uma parcela rica da população. Os que sobreviveram até esta idade são em média menos pobres que o conjunto da população. No entanto, é importante frisar que este quadro tende a mudar.

Deve-se levar em consideração que, num país de Terceiro Mundo onde quase não existem serviços e programas de saúde para o idoso, aqueles de baixo poder aquisitivo tendem a ter mais doenças e a morrer mais cedo. Ramos em estudo realizado em São Paulo, utilizou como indicador sócio-econômico o número de idosos residentes nos distritos daquela cidade*, o mesmo método foi aplicado e se mostrou correto em estudo no Rio de Janeiro [30].

Portanto, tratar um país como o Brasil pela média é um erro metodológico e de graves conseqüências para o planejamento, pois desenhos que não considerem a heterogeneidade de países, ou de grandes metrópoles, não conseguem captar corretamente as necessidades e demandas reais dos diferentes grupos sociais.

Outros aspectos também devem ser considerados, devido ao processo de envelhecimento da população idosa brasileira, para quando do desenho dos estudos de investigações:

- Apesar do importantíssimo crescimento da população de idosos, o Brasil possui, e ainda terá por algum período, uma vasta população jovem**. Esta situação difere em muito dos países do hemisfério norte onde o número de jovens é pequeno, estável ou mesmo decrescente há algumas décadas e a população idosa, sobretudo em suas faixas mais avançadas, continua a crescer. O crescimento populacional brasileiro tem características distintas dos países centrais, o que colocará o Brasil frente a um grande desafio: a alocação de recursos para atender às necessidades das faixas etárias jovem e idosa, ambas carentes de recursos e de grande demanda de serviços. Assim, os recursos para os programas sociais deverão ser destinados não apenas para combater as altas taxas de mortalidade infantil, a desnutrição ou os programas educacionais, mas também para combater as doenças crônicas como artrite, cardiopatias, doenças degenerativas, debilidades cognitivas, entre outros males típicos da velhice. Acrescente-se aos problemas de saúde os benefícios e pensões da seguridade social a que todos os idosos têm direito. Em termos econômicos, coloca-se um grande desafio: dois grupos economicamente não-produtivos a demandar os parcos recursos de um país carente e de pequena tradição de investimento na área médico social.
- Análise custo-benefício e custo-efetividade, por exemplo, são campos de investigação que precisam ser incentivados para uma utilização eficiente dos recursos.
- Outra particularidade brasileira decorrente do crescimento da população idosa – também de modo diverso dos países centrais – é o fato de que a grande proporção dos idosos brasileiros é "jovem" (entre 60 e 69 anos), em contraste com os países europeus ou da América do Norte, onde o segmento desse grupo etário que mais cresce é o de mais de 70 anos [14, 18, 22, 23].

O último censo brasileiro* apresentou os estados da Paraíba e Rio de Janeiro com a maior proporção de população idosa no país (em torno de 9%). No entanto, a constituição desse crescimento deve ser analisada. O processo de envelhecimento na Paraíba deveu-se às péssimas condições de vida de sua população produtiva que, em busca de trabalho, migra em grande proporção para outros estados. Assim, o crescimento proporcional da população idosa ocorre devido ao processo de migração, aliado à esterilização da mulher, particularmente as de baixa renda. No Rio de Janeiro, sua população é mais estável e o processo de redução de fecundidade e mortalidade já ocorre há vários anos. Portanto, realidades distintas, apesar de ambas levarem ao envelhecimento da população, ocorrem em duas regiões brasileiras. Os estudos precisam apreender estas diferenças. Apesar de a Paraíba estar localizada em uma região onde os laços sociais são bastante fraternos e a ajuda mútua significativamente presente na cultura daquela região, devido a miséria, pobreza e migração, programas concebidos com base no apoio social e/ou familiar são irreais e tendem ao fracasso. Já o Rio de Janeiro, que tem seu

---

* *Veja esta discussão na página 6.*

** *Para efeito deste estudo, considera-se 0 a 14 anos população jovem e 60 anos ou mais, população idosa.*

* *Resultados preliminares do censo de 1991.*

envelhecimento em bases mais próximas dos padrões europeus e de outros países do Primeiro Mundo – redução da fecundidade e mortalidade –, também possui suas particularidades. Do mesmo modo que o Brasil, o Rio de Janeiro apresenta grandes disparidades econômicas e sociais, e este fato deve ser levado em conta ao se elaborar um projeto que pretenda fornecer subsídios para ações médico-sociais.

Um trabalho concluído recentemente[30], que produziu informações para o planejamento de políticas médico sociais, se propôs a traçar o perfil do idoso residente na cidade do Rio de Janeiro; para tal, alguns pressupostos foram considerados.

Conforme mencionado, o Brasil engloba bolsões de miséria absoluta e regiões mais desenvolvidas e industrializadas, num quadro de profundas desigualdades regionais. Por exemplo, a expressão dessas distorções pode ser observada no indicador expectativa de vida ao nascer; o Brasil mostra uma posição que não representa nem as regiões mais ricas, como Rio de Janeiro e São Paulo, nem os estados mais pobres, cuja expectativa de vida ao nascer está muito aquém daquelas, devido à baixa qualidade de vida de suas populações [2,12,28].

A exemplo do que ocorre em todo o Brasil, o Município do Rio de Janeiro também apresenta disparidades sócio-econômicas entre suas populações. Existem ali áreas de extrema carência, que abrigam grande número de famílias de baixa renda e que convivem com insuficiência de serviços essenciais, como saneamento básico, transporte, assistência médica, entre outros. Em contraposição, há bairros onde esta situação praticamente inexiste, ou se expressa de forma menos intensa. Assim, na mesma cidade, condições precárias e de insuficiência convivem lado a lado com condições modernas e fartas, semelhantes às de algumas áreas ricas de países desenvolvidos.

Devido às discrepâncias sociais e econômicas da cidade do Rio de Janeiro, entendeu-se que, em vez de se olhar a cidade como um todo homogêneo e obter um resultado que não refletisse as condições de vida da camada mais pobre – como também da mais rica –, seria mais adequado

observar separadamente algumas de suas regiões a fim de possibilitar um estudo mais criterioso que observasse as realidades específicas (à semelhança de Ramos [27], no estudo realizado em São Paulo). Assim, a cidade foi avaliada pelas "áreas homogêneas", isto é, bairros e segmentos sociais com padrões similares de facilidades.

Com base neste quadro, a discussão sobre os critérios de escolha dos indicadores mais eficazes para o recorte de uma amostra populacional ganha especial relevância. É a partir da definição destes critérios de classificação por características semelhantes, que conferem às "áreas homogêneas" um relativo grau de representatividade, que a realidade social será mais bem apreendida.

A discussão pormenorizada da escolha dos indicadores sócio-econômicos, o método utilizado para a pontuação de cada distrito e sua seleção, além de outros aspectos deste estudo, estão descritos e publicados em vários outros trabalhos [37,34,32,30,33,35,36,31].

Caso essa preocupação de desenho não seja levada em consideração os resultados obtidos são de pouca eficácia no planejamento de saúde. Este estudo apresentado teve a preocupação de selecionar três distritos da cidade do Rio de Janeiro, que representam segmentos populacionais caracterizados pela população rica, média e pobre. Os resultados nele apresentados demonstram a correção dessa estrátegia. Por exemplo, estudou-se a prevalência de demência nos três distritos da cidade selecionados. A prevalência foi muito maior na região pobre em relação à rica*. Na análise destes resultados, observou-se que apenas o recorte da cidade em regiões homogêneas fornece maior precisão das informações. Esta divisão da cidade permitiu observar que, apesar da maior prevalência na região pobre, sua população é constituída de idosos mais jovens

---

* *Os resultados do estudo são os seguintes: Copacabana, 5,95%, e Santa Cruz, 29,75%; Méier situou-se em posição intermediária, no entanto, para este artigo, o resultado não será utilizado. É importante frisar que estes valores se referem às deficiências cognitivas, e não apenas à demência.*

do que na área rica. Este fato leva a supor que os casos de demência, na grande maioria, se constituem de debilidade cognitiva em estágio inicial. A fim de se adiar pelo maior número de anos o avançar desta doença crônica, as medidas de planejamento e de serviços de saúde devem se dar, prioritariamente, no plano do cuidado primário, através de atividades que contem com visitadoras domiciliares, atividades sociais, aconselhamento, acompanhamento e postos de saúde com médicos treinados em geriatria. Já a região mais rica tem sua população constituída de idosos mais velhos, e, apesar de as taxas de prevalência serem inferiores, as pessoas detectadas como casos são idosos cuja debilidade cognitiva está mais avançada e que precisam de cuidados como médicos especializados, medicamentos, residências para idosos etc. Portanto, faz-se necessária uma abordagem distinta, tanto do ponto de vista da organização dos serviços de saúde e treinamento de pessoal quanto dos recursos financeiros a serem despendidos.

A apresentação deste exemplo visa a reforçar a necessidade de estudos que levem em consideração as iniqüidades e disparidades sociais, pois somente desse modo é possível detectar proporções de doenças tão díspares em uma mesma cidade, e também demandas de cuidados tão distintas, devido ao perfil social e demográfico das populações. É sabido que o cuidado de saúde para com o idoso é bastante caro, e neste particular a pesquisa epidemiológica pode propiciar os instrumentos mais adequados para maior eficiência na adoção de prioridades e na alocação de recursos.

BIBLIOGRAFIA

[1] Almeida, Filho, N., Santana, V.S., and Pinho, A.R. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos - área urbana de Salvador - BA. *J. Bras. Psiq.*, 33(2):114 – 120, 1984.

[2] Barros, M.B.A. Considerações sobre a mortalidade no Brasil em 1980. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, USP, 18(2):122 – 37, 1984.

[3] Berquó, E.S. and Motta Leite, V. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Ciência e Cultura, São Paulo*, 40(7):679 – 688, 1988.

[4] Blay, S.L. Distúrbios psiquiátricos no idoso: extensão do problema, fatores associados, e questões assistenciais. *Journal Brasileiro de Psiquiatria*, 38(2):53 – 54, 1989.

[5] Blay, S.L., Mari, J., Ramos, L., and Ferraz, M.P. Validity of the Brazilian version of the Mental Status Questionnaire (MSQ) as a screening test for dementia among elderly urban subjects: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(11):779 – 785, 1991.

[6] Bossi, E. *Memória e sociedade: lembranças de velho*. T. A. Queiroz, São Paulo, 1983.

[7] Camarano, A.A., Neupert, R., and Beltrão, K. Século XXI: a quantas andará e onde estará a população brasileira. Brasília, IPEA, unpublished, 1988.

[8] Dora, C. *The determinants of chronic disease mortalities in old age: a follow up study in Porto Alegre, Brazil*. PhD thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), London, 1992.

[9] Filizzola, M. *A velhice no Brasil: etarismo e civilização*. Rio de Janeiro, 1972.

[10] Fraiman, A.P. Aposentadoria, menopausa: sentança de morte. In *Reflexões sobre o idoso no Brasil*, pages 39 – 42, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social, Brasília, 1987.

[11] França, L.H.F.P. *A busca de um sentido existencial para o idoso*.Master's thesis, Instituto de Psicologia – UFRJ, Rio de Janeiro, 1989.

[12] Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE). *Anuário Estatístico do Brasil, 1983*. Volume 44, FIBGE, 1984.

[13] Hadadd, E.G.M. *A ideologia da velhice*. Cortez, São Paulo, 1986.

[14] Jette, A.M. and D, C.P. Functional disability assessment. *Phys Ther*, 67(12):1854–9, 1987 Dec.

[15] Kalache, A. Ageing in developing countries. In *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, pages 1517–1528, John Wiley & Sons Ltd, 1991.

[16] Kalache, A., Veras, R.P., and Ramos, L.R. O envelhecimento da população mundial; um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, USP, 21(3):200–10, 1987.

[17] Lins de Barros, M. *Testemunhos de vida: um estudo antropológico das mulheres na velhice*. Zahar, Rio de Janeiro, 1987.

[18] Longino Jr., C.F. Who are the oldest americans? *Gerontologist*, 28(4):515–23, 1988.

[19] Magalhães, D.N. *Invenção social da velhice*. Edição do autor, Rio de Janeiro, 1987.

[20] Martine, G. O mito da explosão demográfica. *Ciência Hoje*, 9(51):28–35, 1989.

[21] Neupert, R.F. *Nova projeção da população brasileira: hipóteses baseadas em informações recentes*. In: Wong, L L R (org.) Futuro da população brasileira: projeções, previsões e técnicas, 1987. ABEP, Embu, 1987.

[22] Olshansky, S.J. Pursuing longevity: delay vs elimination of degenerative diseases. *American Journal of Public Health*, 75(7):754–757, 1985.

[23] Olshansky, S.J. and Ault, B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 64(3):355–391, 1986.

[24] Pena, M.V.J. Velhice: uma nova forma de opressão. In *Reflexões sobre o idoso no Brasil*, pages 9–13, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social, Brasília, 1987.

[25] Queiroz, Z.P.V. Os idosos: uma categoria etária no Brasil. *Cadernos da Terceira Idade*, 10:17–31, 1982. SESC.

[26] Ramos, L.R. *Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in the community*. PhD thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), London, 1986.

[27] Ramos, L.R. Health care for the elderly – an unmet need. health and living conditions of the elderly population living in a large urban center in Brazil - São Paulo. Department of Community Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) London, Project Report, November, 1985.

[28] Ramos, L.R., Veras, R. P., and Kalache, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, USP, 21(3):211–24, jun.,1987.

[29] Salgado, M.A. *Velhice, uma nova questão social*. SESC, Série Terceira Idade, São Paulo, 1982.

[30] Veras, R. *A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brazil*. PhD thesis, Division of Psychiatry, United Medical & Dental Schools, Guy's Hospital, University of London, London, 1992.

[31] Veras, R.P. Avaliação multidimencional da população idosa.*39ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC)*, 39(7):90, 1987.

[32] Veras, R.P. Proposal for a multidimensional assessment of the elderly in Rio de Janeiro, in: aging, demography and well-being in latin america. proceedings of an international conference. February, 1988. University of Florida, Gainesville, Florida, pages 136 – 39.

[33] Veras, R.P., Coutinho, E., and N Jr., George. População idosa no Rio de Janeiro (Brasil): estudo-piloto da confiabilidade e validação do segmento de saúde mental do questionário BOAS. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, USP, 24(2):156 – 63, 1990.

[34] Veras, R.P., Dutra, S., Souza, C.A.M., Milioli, R., and Ventura, F. Proposta metodológica para inquérito domiciliar com populacões idosas em um centro urbano do estado do Rio de Janeiro (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, USP, 23:429 – 38, 1989.

[35] Veras, R.P. and Murphy, E. The ageing of the third world: tackling the problems of community surveys – Part I: Brazil - a young country grows old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(9):619 – 627, 1991.

[36] Veras, R.P. and Murphy, E. The ageing of the third world: tackling the problems of community surveys – Part II: A community survey of the elderly population in Rio de Janeiro: a methodological approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(9):629 – 637, 1991.

[37] Veras, R.P., Souza, C.A.M., Cardoso, R.F., Milioli, R., and Dutra, S. Pesquisando populações idosas - a importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuicão metodológica. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 22(6):513 – 8, 1988.

Textos Publicados - 1992

001 - Luz, Madel T. *O Corpo da Cidade.*	12 p.
002 - Guimarães, Reinaldo. *Proposta de Atuação para uma coordenação de ciência e tecnologia no Ministério da Saúde.*	8 p.
003 - Fiori, José Luis. *A política social do Governo Collor.*	12 p.
004 - Werneck, Guilherme Loureiro; Reichenheim, Michael. *Anos Potenciais de Vida Perdidos no Rio de Janeiro, 1985. As Mortes Violentas em Questão.*	21 p.
005 - Reis, Elisa P. Brazil: *The Politics of State Administration.*	16 p.
006 - Camargo Jr., Kenneth Rochel de. *Paradigmas, Ciência e Saber Médico.*	20 p.
007 - Salem, Tania. *Manuais modernos de auto-ajuda: uma análise antropológica sobre a noção de pessoa e suas perturbações.*	36 p.
008 - Fiori, José Luis. *A Ingovernabilidade Brasileira.*	12 p.
009 - Noronha, José. *Uma Agenda para a Pesquisa urbana para os anos 90: Saúde, Meio-Ambiente e Pobreza.*	8 p.
010 - Fiori, José Luis. *Sobre a Crise Contemporânea: Uma Nota Perplexa.*	16 p.
011 - Corrêa, Marilena C. D. V. *A Medicalização da Sexualidade.*	24 p.
012 - Guimarães, Reinaldo. *Um Sistema de Informação para a Pesquisa no Brasil*	12 p.
013 - Fiori, José Luis. *O Desafio Político-Econômico Brasileiro no Contexto Latinoamericano*	16 p.
014 - Birman, Joel. *Leituras sobre a Cientificidade da Psicanálise.*	20 p.
015 - Birman, Joel. *A Direção da Pesquisa Psicanalítica: uma Leitura dos Pressupostos Freudianos da Psicanálise.*	28 p.
016 - Fiori, José Luis. *Reestructuracion "Passivo" o "Estrategico": el Dilema Economico Latinoamericano.*	24 p
017 - Dal Poz, Mario Roberto. *Sistema de Informação de Recursos Humanos em Saúde no Rio de Janeiro: Estudo Exploratório.*	24 p.
018 - Vianna, Cid Manso de Mello. *A Economia Política das Tensões Estruturais: uma Tipologia e um Diagnóstico para o Caso Brasileiro.*	48 p.