

FAMÍLIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: UM ESTUDO COM OCTOGENÁRIOS

Sofia Cristina Iost Pavarini¹

Elizabeth Joan Barha²

Marisa Silvana Zazzetta de Mendiondo³

Carmen Lucia Alves Filizola⁴

José Fernando Petrilli Filho^{5†}

Ariene Angelini dos Santos⁶

Para direcionar políticas públicas para cuidado ao idoso com demência, é importante verificar fatores que variam com a vulnerabilidade social dessa população. O objetivo foi identificar a relação entre uma medida de vulnerabilidade social (IPVS) e alguns indicadores de apoio familiar para idosos acima de 80 anos, com alterações cognitivas (N=49). Todos os cuidados éticos foram observados. Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos. A grande maioria dos entrevistados morava com a família (88%). Em metade das famílias os idosos moravam com mais um (41%) ou dois idosos (9%). Em média havia uma pessoa a mais, não idosa, morando no contexto familiar de alta vulnerabilidade (M=3,6, dp=1,70) do que no contexto de muito baixa vulnerabilidade (M=2,4, dp=1,07), F (2, 43)=3,364, p<0,05. Porém, há necessidade de verificar a funcionalidade do apoio familiar nesses contextos.

DESCRITORES: idoso de 80 anos ou mais; demência; saúde da família; apoio social; vulnerabilidade social

FAMILY AND SOCIAL VULNERABILITY: A STUDY WITH OCTOGENARIANS

In order to guide the development of dementia-related public policies for the elderly, it is important to identify factors that vary together with the social vulnerability of this population. This study aimed to identify the relationship between the São Paulo Social Vulnerability Index (IPVS) and various indicators of family support for elderly people over 80 years of age, who presented cognitive alterations (N=49). All ethical guidelines were followed. Data were collected at the homes of the elderly people. A large majority of the respondents lived with family members (88%). In half of the cases, the respondents lived with one (41%) or two (9%) other elderly persons. On average, there was one more non-elderly person living in the high vulnerability family context (M = 3.6, sd = 1.70) than in contexts of very low vulnerability (M = 2.4, sd = 1.07), F(2.43) = 3.364, p < 0.05. However, the functionality of the support provided by these family members needs to be verified, in each of these contexts.

DESCRIPTORS: aged, 80 and over; dementia; family health; social support; social vulnerability

LA FAMILIA Y LA VULNERABILIDAD SOCIAL: UN ESTUDIO CON OCTOGENARIOS

Para elaborar políticas públicas para el cuidado de anciano con demencia, es importante verificar factores que varían con la vulnerabilidad social de esa población. El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre una medida de vulnerabilidad social (IPVS) y algunos indicadores de apoyo familiar para ancianos, con más de 80 años, con alteraciones cognitivas (N=49). Todas las recomendaciones éticas fueron observadas. Los datos fueron recolectados en los domicilios de los ancianos. La gran mayoría de los entrevistados vivía con la familia (88%). En la mitad de las familias los ancianos vivían con uno (41%) o dos ancianos (9%). En promedio había una persona más, que no era anciana, viviendo en el contexto familiar de alta vulnerabilidad (M=3,6, DE=1,70) que en el contexto de muy baja vulnerabilidad (M=2,4, DE=1,07), F (2, 43)=3,364, p<0,05. Sin embargo, es necesario verificar la funcionalidad del apoyo familiar en esos contextos.

DESCRIPTORES: anciano de 80 o más años; demencia; salud de la familia; apoyo social; vulnerabilidad social

Universidade Federal de São Carlos, Brasil:

¹Enfermeira, Doutor em Educação, Professor Associado, e-mail: sofia@ufscar.br; ²Psicóloga, Doutor em Psicologia Social e Aplicada, Professor Associado, e-mail: lisa@ufscar.br; ³Assistente social, Doutor em Serviço Social, Professor Adjunto, e-mail: marisam@ufscar.br; ⁴Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto, e-mail: filizola@ufscar.br; ⁵Enfermeiro, Professor Assistente; ⁶Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, e-mail: arieneangelini@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Dentre as investigações sobre o envelhecimento populacional, o cuidado dispensado a idosos longevos tem recebido especial atenção. Os estudos demográficos mostram que o crescimento da população idosa tem ocorrido de forma bastante acelerada. Estima-se que em 2050 haverá dois bilhões de idosos no mundo e, nesse mesmo ano, no Brasil, as projeções indicam mais de cinco milhões de homens e quase nove milhões de mulheres com 80 anos ou mais⁽¹⁾.

A redução da mortalidade em idade mais avançada tem resultado em aumento do número de idosos com maior fragilidade⁽²⁾. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, baseando-se num conceito mais genérico de fragilidade, considera idosos frágeis os acamados, hospitalizados recentemente por qualquer razão, portadores de doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional, aqueles que vivem em situações de violência doméstica e os maiores de 75 anos⁽³⁾. Embora a fragilidade, no sentido mais estrito do termo, seja considerada síndrome ainda sem definição consensual, sabe-se que ela pode interferir na funcionalidade dos idosos, causando, em geral, maior dependência. A síndrome da fragilidade tem maior prevalência na idade mais avançada⁽⁴⁾. Estima-se que entre 10 e 25% de idosos não institucionalizados, com idade acima de 65 anos, são considerados frágeis e acima de 85 anos essa porcentagem chega a 46%⁽⁵⁾.

Assim, idosos longevos com alterações cognitivas podem ser considerados do grupo de risco para a fragilidade na velhice e, conseqüentemente, com maior probabilidade de alterações na sua capacidade funcional. A síndrome demencial pode ser causada por diversas patologias que têm em comum a alteração das funções cognitivas como memória, linguagem/praxia, gnosia, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento. Os estudos de prevalência de demência mostram aumento importante relacionado à elevação da faixa etária, baixa escolaridade e tendência a maior número de casos em mulheres⁽⁶⁾. É síndrome que se caracteriza pelo comprometimento cognitivo e que traz como conseqüência a perda da capacidade funcional, o que leva ao aumento da demanda por cuidados⁽⁷⁾. No Brasil, o cuidado ao idoso com alterações cognitivas ocorre na maioria das vezes no âmbito familiar⁽⁸⁻⁹⁾.

As mudanças nos modelos de família, associadas ao aumento do segmento populacional com crescente grau de dependência, têm trazido forte impacto para as famílias brasileiras tanto do ponto de vista emocional quanto financeiro. As alterações nos padrões de mortalidade e fecundidade trouxeram modificações importantes na arquitetura das famílias que podem influenciar na forma como cuidam de seus idosos. A diminuição da fecundidade tornou as famílias mais estreitas, resultando em declínio das relações intrageracionais e a longevidade, por sua vez, trouxe aumento da multigeracionalidade⁽²⁾.

A estrutura familiar de idosos pode ser encontrada em quatro diferentes situações: 1- os que vivem sozinhos, 2- os que residem com o cônjuge, mais filhos e parentes, 3- os que vivem com filhos e parentes e sem o cônjuge, e 4- aqueles que moram apenas com o cônjuge⁽¹⁾. Embora com a longevidade a estrutura familiar mais frequentemente encontrada seja a família multigeracional, não há garantia de que nesse contexto as famílias estejam preparadas para assumir o papel de cuidadora do idoso. As principais limitações frente à necessidade de cuidar de um idoso no contexto familiar estão relacionadas aos aspectos de ordem financeira, pessoal e social⁽¹⁰⁾. Quando surgem situações de fragilidade e dependência, há necessidade de adaptação e reorganização da família que se refletem no ajustamento dos papéis familiares, definidos ao longo do tempo e das formas como cada membro interage com os demais. Ao mesmo tempo, reajustes na estrutura familiar dependem de como as mudanças e eventos se originaram e dos recursos disponíveis para lidar com tais modificações⁽¹¹⁾.

O apoio familiar, portanto, está relacionado ao contexto de maior ou menor vulnerabilidade social. Vulnerabilidade é um construto multidimensional entendido como um processo de estar em risco para alteração na condição de saúde, resultante de recurso econômico, social, psicológico, familiar, cognitivo ou físico inadequado⁽¹²⁾. Neste trabalho, para compreender o contexto de vulnerabilidade social, a que estavam sujeitos os idosos octogenários e com alterações cognitivas, foi utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS. O IPVS foi criado levando-se em consideração a multideterminação da vulnerabilidade social para subsidiar a definição de prioridades e estratégias da ação pública, visando o

combate à pobreza. Esse índice classifica os setores censitários do Estado de São Paulo, segundo níveis de vulnerabilidade social a que estão sujeitos os seus residentes. Os grupos foram gerados com base nas características socioeconômicas e demográficas dos residentes no conjunto do Estado, comparáveis entre si⁽¹³⁾. Foram estabelecidos seis grupos.

“Grupo 1 - nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muita alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.

Grupo 2 - vulnerabilidade muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

Grupo 3 - vulnerabilidade baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.

Grupo 4 - vulnerabilidade média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores, concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas.

Grupo 5 - vulnerabilidade alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6 - vulnerabilidade muito alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. “A combinação entre os chefes jovens com baixos níveis de renda e escolaridade e a presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza”⁽¹³⁾.

Assim, objetivou-se, neste trabalho, identificar a relação entre uma medida de

vulnerabilidade social (IPVS) e alguns indicadores de apoio familiar para idosos acima de 80 anos, com alterações cognitivas.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, baseado nos pressupostos do método quantitativo de investigação. Todos os princípios éticos que regem pesquisas com seres humanos foram respeitados. O projeto teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº. 055/2006).

Sujeitos

Foram sujeitos desta pesquisa 49 pessoas com mais de 80 anos ($M=11$ e $F=38$), cadastrados em uma das sete Unidades de Saúde da Família de um município paulista que atenderam os seguintes critérios de elegibilidade: ser cadastrado em uma unidade de saúde da família, ter mais de 80 anos, ter apresentado resultado no Miniexame do Estado Mental abaixo da nota de corte, de acordo com o grau de escolaridade.

Procedimentos

Foram realizadas visitas domiciliares, previamente agendadas, nas residências dos 49 octogenários. A coleta de dados consistiu de entrevista estruturada com os idosos e seus familiares, utilizando-se instrumento denominado genograma para a compreensão da estrutura familiar.

Para a confecção do genograma, o idoso e seus familiares foram convidados a retratar a estrutura e o histórico da família, em uma entrevista coletiva com todos os familiares presentes, no dia da entrevista no domicílio. Foram coletadas informações como nome e idade dos componentes familiares, estado civil, patologias que acometeram e/ou acometem os membros da família, entre outras, incluídas pelo menos três gerações, sendo que as anotações foram feitas seguindo a ordem cronológica, ou seja, do mais velho para o mais novo e registradas da esquerda para a direita no diagrama, em cada uma das gerações. Foram usados símbolos padronizados para eventos importantes como nascimento, morte, casamento e separação. No

diagrama as famílias que viviam no mesmo lar foram agrupadas⁽¹⁴⁾. A partir do genograma de cada família, os dados foram sistematizados e analisados estatisticamente.

Para análise do grau de vulnerabilidade foi utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social - IPVS⁽¹³⁾. Neste estudo, foi considerado o IPVS do setor censitário da Unidade de Saúde da Família - USF, onde o idoso estava cadastrado. Em primeiro lugar foi localizado o setor censitário da USF, através do endereço. Nessa etapa, contou-se com o apoio da unidade do IBGE no município para conferir os dados relacionados ao setor censitário daquele endereço. Em seguida, foi realizada a consulta ao mapa do IPVS, com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social atribuído àquele setor censitário. As unidades de saúde da família que não tinham o IPVS foram excluídas.

RESULTADOS

A maioria dos entrevistados morava com a família, porém, sem o cônjuge (71%), 12% moravam com o cônjuge e familiares, 12% moravam sozinhos e os demais (5%) moravam apenas com o cônjuge. Contudo, na maioria dos casos, as famílias não eram muito grandes. Em média, os idosos moravam com mais 1,9 pessoas ($dp=1,34$). Em metade dos casos, os idosos moravam com mais um (41%) ou mais dois idosos (9%).

Contexto de vulnerabilidade social

A composição desta amostra (Tabela 1) incluía idoso morando em contextos diversos de vulnerabilidade social.

Tabela 1 - Composição da amostra, por nível de vulnerabilidade social. São Carlos, SP, 2008

Vulnerabilidade social	Número de idosos avaliados em cada contexto social	Número de idosos acima de 80 anos e com MEEM abaixo da nota de corte	Porcentagem (%)
Muito baixa	145	19	13,1
Média	278	13	4,7
Alta	243	14	5,8
Muito alta	103	3	2,9

A expectativa de vida está relacionada com o nível socioeconômico à medida que esse reflete condições de vida que afetam a saúde do indivíduo e acesso a serviços de saúde⁽¹⁵⁾. Assim, como se esperava, porcentagem muito pequena dos octogenários morava em contextos de muito alta vulnerabilidade social, $\chi^2(3)=11,0$, $p<0,05$.

Contexto de vulnerabilidade social e rede de apoio social

A presença garantida de uma rede de apoio familiar (por exemplo, quando o idoso mora com familiares de gerações mais novas) pode ser muito importante para garantir o bem-estar do octogenário. No entanto, a presença desse tipo de apoio pode ser influenciada pelo contexto de vulnerabilidade social do idoso. Os dados revelaram que a porcentagem dos idosos morando num contexto multigeracional versus unigeracional estava significativamente ligado ao seu nível de vulnerabilidade social, $\chi^2(3)=10,18$, $p<0,05$ (Tabela 2). No contexto de vulnerabilidade social alta, havia porcentagem maior de idosos morando em residências unigeracionais do que

multigeracionais, enquanto nos demais contextos de vulnerabilidade social prevaleceram arranjos familiares multigeracionais.

Num primeiro momento, parece que isso não corrobora as estatísticas, mostrando que, entre pessoas de baixa renda, o número de pessoas que residem juntas é maior. Porém, o grupo de octogenários morando num contexto de muito alta vulnerabilidade foi extremamente pequeno ($N=3$), dificultando análises que incluem esse contexto. Quando os idosos em contextos de vulnerabilidade muito alta foram excluídos da análise, o número de pessoas na residência do idoso foi significativamente diferente, em diferentes contextos de vulnerabilidade, $F(2, 43)=3,364$, $p<0,05$, sendo que os idosos em contextos de vulnerabilidade alta moravam em residências com número significativamente maior de pessoas ($M=3,6$, $dp=1,70$) do que os idosos em contextos de vulnerabilidade muito baixa ($M=2,4$, $dp=1,07$). Em média, os octogenários em contextos de alta vulnerabilidade moravam com uma pessoa a mais do que aqueles que viviam em contextos de muito baixa vulnerabilidade. Pode-se afirmar que essa pessoa adicional, na maioria

dos casos, foi uma pessoa com potencial para oferecer apoio ao octogenário, uma vez que o número total de pessoas morando no domicílio variou em função do contexto de vulnerabilidade,

mas não o número de pessoas acima de 60 anos ($p>0,05$). Entretanto, o fato de viver em um mesmo ambiente não implica que o apoio necessário seja oferecido.

Tabela 2 - Composição familiar no domicílio, por contexto de vulnerabilidade social. São Carlos, SP, 2008

Vulnerabilidade social	Unigeracional ^a (%)	Multigeracional ^b (%)	Número de pessoas no domicílio		Número de idosos no domicílio	
			M	dp	M	dp
Muito baixa	21,1	78,9	2,4	1,07	1,8	0,63
Média	0	100	3,2	1,07	1,3	0,63
Alta	7,1	92,9	3,6	1,70	1,6	0,65
Muito alta	66,6	33,3	2,3	1,53	1,7	0,58
Total	100	100				

^ao idoso morava sozinho ou com cônjuge.

^bo idoso morava com outros familiares (com ou sem o cônjuge).

Idade e vulnerabilidade social

A idade dos idosos (todos com mais de 80 anos) não era significativamente diferente nos diversos contextos de vulnerabilidade social. Mais uma vez nota-se que o grupo de idosos no contexto de muito alta vulnerabilidade não pode ser usado para se ter medida confiável das características desse grupo, por incluir apenas três pessoas.

DISCUSSÃO

Compreender o contexto familiar de idosos inseridos em diferentes contextos de vulnerabilidade social pode contribuir para o planejamento de uma linha de cuidado ao idoso com demência no sistema público de saúde, especialmente para o atendimento de idosos no âmbito do Programa de Saúde da Família. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, de 2006, define que a atenção à saúde do idoso tem como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família^(3,16).

Estudos recentes apontam que não há consenso entre pesquisadores a respeito do conceito de apoio social. Trata-se de termo complexo que deve ser criteriosamente utilizado⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Esta pesquisa limitou-se a investigar alguns indicadores de apoio familiar para idosos acima de 80 anos, com alterações cognitivas, morando em diferentes contextos de vulnerabilidade social.

O cuidado ao idoso no contexto familiar deve ser visto como uma realidade complexa, marcada por variáveis sociodemográficas, culturais e psicológicas, pela história do relacionamento familiar,

pela natureza das necessidades e das demandas de cuidados para suprir tais necessidades, pelos recursos existentes e apoios oferecidos por redes formais ou informais e pela avaliação subjetiva que o cuidador, e demais membros da família, constrói sobre o cuidar e sobre as etapas da vida⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Os dados revelam que havia significativamente menos octogenários no contexto de vulnerabilidade social muito alta (N=3) do que nos demais contextos. Excluindo esses três casos, os idosos no contexto de alta vulnerabilidade contavam com maior potencial de apoio familiar do que os idosos no contexto de baixa vulnerabilidade, por ter uma pessoa adicional na sua residência, com idade inferior a 60 anos.

A longevidade, a fragilidade e a multigeracionalidade estão entre os principais focos de interesse para a compreensão da dinâmica das famílias brasileiras vivendo em contextos diferentes de vulnerabilidade social, especialmente nos contextos de maior pobreza. Infelizmente, no Brasil, o crescimento da população idosa ocorre em ambiente de pobreza e de grandes desigualdades sociais⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

A longevidade da população brasileira trouxe aumento da multigeracionalidade. Idosos longevos constituem grupo de risco para a fragilidade na velhice. Neste estudo, a maioria dos idosos morava com a família (88%), porém, sem o cônjuge (71%). As famílias eram pequenas e os idosos moravam em média com mais 1,9 pessoa ($dp=1,34$). Em metade dos casos, os idosos moravam com mais uma pessoa acima de 60 anos (41%).

Havia menos idosos octogenários nos contextos de alta vulnerabilidade do que nos contextos de média e muito baixa vulnerabilidade. Em contextos de alta vulnerabilidade havia uma pessoa a mais não idosa, morando com o idoso. Esse apoio adicional pode ser extremamente importante para a longevidade do idoso, uma vez que as famílias num contexto de alta vulnerabilidade parece não possuir recursos financeiros para pagar serviços de terceiros.

Ter uma pessoa a mais, porém, não significa necessariamente dispor de cuidado mais adequado. Assim, para direcionar políticas públicas de cuidado ao idoso com demência, há necessidade ainda de se

investigar a funcionalidade da rede de apoio familiar especialmente para os idosos mais longevos, com alterações cognitivas e morando em contextos de alta vulnerabilidade social.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio financeiro da Financiadora de Estudos e Projetos-FINEP, do Ministério da Ciência e Tecnologia e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

REFERÊNCIAS

1. IBGE [online]. [acesso em: 2007 ago 12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
2. Camarano AA, Pasinato MT, Lemos VR. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: Neri AL, organizadora. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas (SP): Alínea; 2007. p. 127-49.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria no. 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. [acesso 2007 Set 14]. Disponível em <http://www.ciape.org.br/PoliticaPIIdosa2528.pdf>
4. Teixeira INDO. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional. [dissertação]. Campinas (SP): Programa de Pós Graduação em Gerontologia/UNICAMP; 2006.
5. Bortez WM. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Méd.* 2002 January-March;57(1):283-8.
6. Bottino CMC, Laks J, Blay SL. Demência e transtornos cognitivos em idosos. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
7. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto e Contexto Enf.* 2006 outubro-dezembro;15(4):587-94.
8. Santos SMA. O cuidador familiar de idosos com demência: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira. [tese]. Campinas (SP): Programa de Pós Graduação em Educação/UNICAMP; 2003.
9. Pavarini SCI, Melo LC, Silva VM, Orlandi FS, Mendiondo MSZ, Filizola CLA, et AL. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. *Rev. Eletr Enferm.* [online] 2008; [acesso em 2008 nov 04]; 10 (3). Disponível em www.fen.ufg.br/Revista10
10. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletr Enferm.* [online] 2004; [acesso em 2007 out 01]; 06(2). Disponível em: www.fen.ufg.br/Revista/revista6
11. Duarte YAO. Família: rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares. [tese]. São Paulo (SP): Programa de Pós Graduação em Enfermagem/USP; 2001.
12. Shepard MP, Mahon MM. Vulnerable families: research finding and methodological challenges. *J Fam Nurs* 2002 October-December;8(4):309-14.
13. Fundação SEADE [página na Internet]. São Paulo-SP. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social -IPVS. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. [acesso em 2007 Set 14]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/pdf/oipvs.pdf>
14. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2002.
15. Alwin DF, Wray LA. A life-span development perspective on social status and health. *J Geront: Psychol Soc Scienc* 2005 January-March;60(1B):7-14.
16. Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabricio SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enf.* 2007 Jul-Set; 16(3): 536-45.
17. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 março-abril;16(2):324-7.
18. Bocchi SCM, Ângelo M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 janeiro-fevereiro;16(1):15-23.
19. Pavarini SCI, Tonon FL, Silva JMC, Mendiondo MSZ, Barham EJ, Filizola CLA. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Rev Eletr de Enferm* [online] 2006; [acesso em 2007 out 10]; 8(3):326-35. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm
20. Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL, organizadora. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas (SP): Alínea; 2002. p. 9-63.
21. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD 1998,2003). *Ciênc Saúde Coletiva* 2006 novembro;11:941-50.