

LA FAMILIA Y LA VULNERABILIDAD SOCIAL: UN ESTUDIO CON OCTOGENARIOS

Sofía 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 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

FAMÍLIA E VULNERABILIDADE SOCIAL: UM ESTUDO COM OCTOGENÁRIOS

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.

DESCRIPTORES: 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

Universidade Federal de São Carlos, Brasil: ¹Enfermeira, Doctor en Educación, Profesor Asociado, e-mail: sofia@ufscar.br; ²Psicóloga, Doctor em Psicologia Social y Aplicada, Profesor Asociado, e-mail: lisa@ufscar.br; ³Assistente social, Doctor en Servicio Social, Profesor Adjunto, e-mail: marisam@ufscar.br; ⁴Enfermeira, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto, e-mail: fillizola@ufscar.br; ⁵Enfermero, Profesor Asistente; ⁶Enfermeira, Estudiante de Maestría en Enfermería, e-mail: arieneangelini@yahoo.com.br.

INTRODUCCIÓN

Entre las investigaciones sobre el envejecimiento poblacional, el cuidado dispensado a los ancianos longevos ha recibido especial atención. Los estudios demográficos muestran que el crecimiento de la población de ancianos ha ocurrido de forma bastante acelerada. Se estima que en 2050 habrán dos billones de ancianos en el mundo y, en ese mismo año, en Brasil, las proyecciones indican más de cinco millones de hombres y casi nueve millones de mujeres con 80 años o más⁽¹⁾.

La reducción de la mortalidad en edad avanzada ha resultado en un aumento del número de ancianos que tienen mayor fragilidad⁽²⁾. La Política Nacional de Atención a la Salud del Anciano, basándose en un concepto más genérico de fragilidad, considera ancianos frágiles a los: acamados, hospitalizados recientemente por cualquier razón, portadores de enfermedades sabidamente causadoras de incapacidad funcional, aquellos que viven en situaciones de violencia doméstica y los mayores de 75 años⁽³⁾. A pesar de que la fragilidad, en el sentido más estricto del término, sea considerada un síndrome todavía sin definición consensual, se sabe que ella puede interferir en la funcionalidad de los ancianos, causando, en general, mayor dependencia. El síndrome de la fragilidad tiene mayor prevalencia en la edad más avanzada⁽⁴⁾. Se estima que entre 10 y 25% de ancianos no institucionalizados, con más de 65 años, son considerados frágiles y con más de 85 años ese porcentaje llega a 46%⁽⁵⁾.

Así, los ancianos longevos con alteraciones cognitivas pueden ser considerados dentro del grupo de riesgo de la fragilidad en la vejez y, consecuentemente, con mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su capacidad funcional. El síndrome de la demencia puede ser causado por diversas patologías que tiene en común la alteración de las funciones cognitivas como: memoria, lenguaje/praxis, gnosia, abstracción, organización, capacidad de planificación y secuencia. Los estudios de prevalencia de la demencia muestran un aumento importante relacionado con la elevación del intervalo de edad, baja escolaridad y una tendencia a mayor número de casos en mujeres⁽⁶⁾. Es un síndrome que se caracteriza por el comprometimiento cognitivo y que trae como consecuencia la pérdida de la capacidad funcional, lo que lleva al aumento de la demanda por cuidados⁽⁷⁾. En Brasil, el cuidado al anciano con

alteraciones cognitivas ocurre, la mayoría de las veces, en el ámbito familiar⁽⁸⁻⁹⁾.

Los cambios, en los modelos de la familia, asociados al aumento del segmento de la población con creciente grado de dependencia, produjeron un fuerte impacto en las familias brasileñas, tanto del punto de vista emocional como del financiero. Las alteraciones en los estándares de mortalidad y fecundidad introdujeron modificaciones importantes en la arquitectura de las familias que pueden influenciar en la forma como cuidan a sus ancianos. La disminución de la fecundidad redujo el tamaño de las familias, resultando en una disminución de las relaciones entre generaciones y la longevidad, a su vez, trajo el aumento de familias multigeneracionales⁽²⁾.

La estructura familiar de ancianos puede ser encontrada en cuatro diferentes situaciones: 1- los que viven solos, 2- los que residen con el cónyuge, más hijos y parientes, 3- los que viven con hijos y parientes y sin el cónyuge, y 4- aquellos que viven apenas con el cónyuge⁽¹⁾. A pesar de que con la longevidad la estructura familiar más frecuentemente encontrada sea la familia multigeneracional, no hay garantía de que, en ese contexto, las familias estén preparadas para asumir el papel de cuidadoras del anciano. Las principales limitaciones frente a la necesidad de cuidar a un anciano, en el contexto familiar, están relacionadas a los aspectos de orden financiera, personal y social⁽¹⁰⁾. Cuando surgen situaciones de fragilidad y dependencia, hay necesidad de realizar adaptaciones y de reorganizar a la familia, lo que se refleja en el ajuste de los papeles familiares, definidos a lo largo del tiempo y de las formas como cada miembro interactúa con los demás. Al mismo tiempo, reajustes en la estructura familiar dependen de como los cambios y eventos se originaron y de los recursos disponibles para lidiar con esas modificaciones⁽¹¹⁾.

El apoyo familiar, por lo tanto, está relacionado al contexto de mayor o menor vulnerabilidad social. La vulnerabilidad tiene un significado multidimensional, entendido como un proceso de estar en riesgo de alterar la condición de la salud, resultante de recursos inadecuados de orden económico, social, psicológico, familiar, cognitivo o físico⁽¹²⁾. En este trabajo, para comprender el contexto de la vulnerabilidad social, en la que estaban los sujetos ancianos octogenarios y con alteraciones cognitivas, fue utilizado el Índice Paulista de

Vulnerabilidad Social - IPVS. El IPVS fue creado, llevándose en consideración los múltiples factores que intervienen en la vulnerabilidad social, para subsidiar la definición de prioridades y estrategias de la acción pública, con el objetivo de combatir la pobreza. Este índice clasifica los sectores de la población del Estado de San Pablo, según los niveles de vulnerabilidad social a que están sujetos sus residentes. Los grupos fueron generados con base en las características socioeconómicas y demográficas de los residentes en el Estado, comparables entre sí⁽¹³⁾. Fueron establecidos seis grupos.

“Grupo 1 - ninguna vulnerabilidad: engloba los sectores de la población en mejor situación socioeconómica (muy alta), con los responsables por el domicilio con los más elevados niveles de renta y escolaridad. A pesar de que la etapa de las familias, en el ciclo de vida, no es un definidor del grupo, sus responsables tienden a ser más viejos, con menor presencia de niños pequeños y habitantes en los domicilios, cuando comparados con la totalidad del Estado de San Pablo.

Grupo 2 - vulnerabilidad muy baja: comprende los sectores de la población que se clasifican en segundo lugar, en el Estado, en términos de dimensión socioeconómica (promedio o alta). En esas áreas se concentran, en promedio, las familias más viejas.

Grupo 3 - vulnerabilidad baja: formado por los sectores de la población que se clasifican en los niveles altos o promedios de la dimensión socioeconómica y su perfil demográfico se caracteriza por la predominancia de familias jóvenes y adultas.

Grupo 4 - vulnerabilidad promedio: compuesta por los sectores que presentan niveles promedios en la dimensión socioeconómica, estando en cuarto lugar en la escala en términos de renta y escolaridad del responsable por el domicilio. En esos sectores, se concentran familias jóvenes, es decir, con fuerte presencia de jefes jóvenes (con menos de 30 años) y de niños pequeños.

Grupo 5 - vulnerabilidad alta: engloba los sectores de la población que poseen las peores condiciones en la dimensión socioeconómica (baja), estando entre los grupos en que los jefes de domicilios presentan, en promedio, los niveles más bajos de renta y escolaridad. Concentra familias más viejas, con menor presencia de niños pequeños.

Grupo 6 - vulnerabilidad muy alta: el segundo de los dos peores grupos en términos de la dimensión socioeconómica (baja), con grande concentración de

familias jóvenes. “La combinación entre los jefes jóvenes con bajos niveles de renta y escolaridad y la presencia significativa de niños pequeños permite deducir que es el grupo de mayor vulnerabilidad a la pobreza”⁽¹³⁾.

Así, el objetivo de este trabajo 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.

MÉTODO

Se trata de estudio descriptivo, basado en los conceptos del método cuantitativo de investigación. Todos los principios éticos que rigen las investigaciones con seres humanos fueron respetados. El proyecto tuvo inicio después de la aprobación por el Comité de Ética en Investigación (Parecer n°. 055/2006).

Sujetos

Fueron sujetos de esta investigación 49 personas con más de 80 años (M=11 y F=38), registrados en una de las siete Unidades de Salud de la Familia de un municipio del estado de San Pablo, que atendieron a los siguientes criterios de elegibilidad: estar registrado en una unidad de salud de la familia, tener más de 80 años, haber presentado resultado en el Mini examen del Estado Mental una nota menor que la de corte, de acuerdo con el grado de escolaridad.

Procedimientos

Fueron realizadas visitas al domicilio, previamente planificadas, en las residencias de los 49 octogenarios. La recolección de datos consistió en una entrevista estructurada con los ancianos y sus familiares, utilizándose el instrumento denominado genograma para la comprensión de la estructura familiar.

Para la confección del genograma, el anciano y sus familiares fueron convidados a retratar la estructura y la historia de la familia, en una entrevista colectiva con todos los familiares presentes, en el día de la entrevista en el domicilio. Fueron recolectadas informaciones como nombre y edad de los componentes familiares, estado civil, patologías que

acometieron y/o acometen a los miembros de la familia, entre otras, incluidas por lo menos tres generaciones, siendo que las anotaciones fueron realizadas siguiendo un orden cronológico, o sea, del más viejo para el más joven y registradas de izquierda para derecha en el diagrama, en cada una de las generaciones. Fueron usados símbolos estandarizados para los eventos importantes como: nacimiento, muerte, casamiento y separación. En el diagrama las familias que vivían en el mismo hogar fueron agrupadas⁽¹⁴⁾. A partir del genograma de cada familia, los datos fueron sistematizados y analizados estadísticamente.

Para analizar el grado de vulnerabilidad fue utilizado el Índice Paulista de Vulnerabilidad Social - IPVS⁽¹³⁾. En este estudio, fue considerado el IPVS del sector de la población de la Unidad de Salud de la Familia - USF, donde el anciano estaba registrado. En primer lugar fue localizado el sector de la población de la USF, a través de la dirección. En esa etapa, se contó con el apoyo de la unidad del IBGE en el municipio para confirmar los datos relacionados al sector de la población de la dirección. En seguida,

fue realizada la consulta al mapa del IPVS, con el Índice Paulista de Vulnerabilidad Social atribuido a ese sector de la población. Las unidades de salud de la familia que no tenían el IPVS fueron excluidas.

RESULTADOS

La mayoría de los entrevistados vivía con su familia, sin embargo, sin el cónyuge (71%), 12% vivían con el cónyuge y familiares, 12% vivían solos y los demás (5%) vivían apenas con el cónyuge. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las familias no eran muy grandes. En promedio, los ancianos vivían con otras 1,9 personas ($DE=1,34$). En la mitad de los casos, los ancianos vivían con otro anciano (41%) u otros dos ancianos (9%).

Contexto de vulnerabilidad social

La composición de esta muestra (Tabla 1) incluye al anciano viviendo en diversos contextos de vulnerabilidad social.

Tabla 1 - Composición de la muestra, por nivel de vulnerabilidad social. San Carlos, SP, 2008

Vulnerabilidad social	Número de ancianos evaluados en cada contexto social	Número de ancianos con más de 80 años y con MEEM abajo de la nota de corte	Porcentaje (%)
Muy baja	145	19	13,1
Promedio	278	13	4,7
Alta	243	14	5,8
Muy alta	103	3	2,9

La expectativa de vida está relacionada con el nivel socioeconómico en la medida que esta refleja condiciones de vida que afectan la salud del individuo y el acceso a los servicios de salud⁽¹⁵⁾. Así, como se esperaba, un porcentaje muy pequeño de los octogenarios vivía en contextos de muy alta vulnerabilidad social, $\chi^2(3)=11,0$, $p<0,05$.

Contexto de vulnerabilidad social y red de apoyo social

La presencia segura de una red de apoyo familiar (por ejemplo, cuando el anciano vive con familiares de generaciones más nuevas) puede ser muy importante para garantizar el bienestar del octogenario. Sin embargo, la presencia de ese tipo de apoyo puede ser influenciada por el contexto de vulnerabilidad social del anciano. Los datos revelaron que el porcentaje de los ancianos viviendo en un

contexto de múltiples generaciones versus una única generación estaba significativamente unido a su nivel de vulnerabilidad social, $\chi^2(3)=10,18$, $p<0,05$ (Tabla 2). En el contexto de vulnerabilidad social alta, había un porcentaje mayor de ancianos viviendo en residencias de una única generación que en residencias con múltiples generaciones, en cuanto en los demás contextos de vulnerabilidad social prevalecieron estructuras familiares de múltiples generaciones.

Aparentemente, parece que lo anterior no corrobora las estadísticas, mostrando que, entre personas de baja renta, el número de personas que residen juntas es mayor. Sin embargo, el grupo de octogenarios viviendo en un contexto de muy alta vulnerabilidad fue muy pequeño ($N=3$), dificultando el análisis que incluye ese contexto. Cuando los ancianos en contextos de vulnerabilidad muy alta

fueron excluidos del análisis, el número de personas en la residencia del anciano fue significativamente diferente, en diferentes contextos de vulnerabilidad, $F(2, 43)=3,364$, $p<0,05$, siendo que los ancianos en contextos de vulnerabilidad alta vivían en residencias con un número significativamente mayor de personas ($M=3,6$, $DE=1,70$) que los ancianos en contextos de vulnerabilidad muy baja ($M=2,4$, $DE=1,07$). En promedio, los octogenarios en contextos de alta vulnerabilidad vivían con una persona a más de que

aquellos que vivían en contextos de muy baja vulnerabilidad. Se puede afirmar que esa persona adicional, en la mayoría de los casos, fue una persona con potencial para ofrecer apoyo al octogenario, una vez que el número total de personas viviendo en el domicilio varió en función del contexto de vulnerabilidad, sin embargo no el número de personas con más de 60 años ($p>0,05$). Entre tanto, el hecho de vivir en un mismo ambiente no implica que el apoyo necesario será ofrecido.

Tabla 2 - Composición familiar en el domicilio, por contexto de vulnerabilidad social. San Carlos, SP, 2008

Vulnerabilidad social	Unigeneracional* (%)	Multigeneracional** (%)	Número de personas en el domicilio		Número de ancianos en el domicilio	
			P	DE	P	DE
Muy baja	21,1	78,9	2,4	1,07	1,8	0,63
Promedio	0	100	3,2	1,07	1,3	0,63
Alta	7,1	92,9	3,6	1,70	1,6	0,65
Muy alta	66,6	33,3	2,3	1,53	1,7	0,58
Total	100	100				

*el anciano vivía solo o con su conyugue.

**el anciano vivía con otros familiares (con o sin su conyugue).

Edad y vulnerabilidad social

La edad de los ancianos (todos con más de 80 años) no era significativamente diferente en los diversos contextos de vulnerabilidad social. Nuevamente se nota que el grupo de ancianos en el contexto de muy alta vulnerabilidad no puede ser usado para obtener una medida confiable de las características de ese grupo, por incluir apenas tres personas.

DISCUSIÓN

Comprender el contexto familiar de ancianos en diferentes contextos de vulnerabilidad social puede contribuir para la planificación de una línea de cuidado al anciano con demencia en el sistema público de salud, especialmente para la atención de ancianos en el ámbito del Programa de Salud de la Familia. La Política Nacional de Atención a la Salud del Anciano, de 2006, define que la atención a la salud del anciano tiene como puerta de entrada la Atención Básica/Salud de la Familia^(3,16).

Algunos estudios recientes apuntan que no existe un consenso entre investigadores a respecto del concepto de apoyo social. Se trata de un término complejo que debe ser utilizado con buen criterio⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Esta investigación se limitó a investigar algunos

indicadores de apoyo familiar para ancianos con más de 80 años, con alteraciones cognitivas, viviendo en diferentes contextos de vulnerabilidad social.

El cuidado del anciano en el contexto familiar debe ser observado como una realidad compleja, marcada por variables socio demográficas, culturales y psicológicas, por la historia de las relaciones familiares, por la naturaleza de las necesidades y de las necesidades de cuidados, por los recursos existentes para suplir tales necesidades y por los apoyos ofrecidos por redes formales o informales y por la evaluación subjetiva que el cuidador, y otros miembros de la familia, construyen sobre el cuidar y sobre las etapas de la vida⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Los datos revelan que había, significativamente, menos octogenarios en el contexto de vulnerabilidad social muy alta (N=3) que en los demás contextos. Excluyendo estos tres casos, los ancianos en el contexto de alta vulnerabilidad contaban con mayor potencial de apoyo familiar que los ancianos en el contexto de baja vulnerabilidad, por tener una persona adicional en su residencia, con edad inferior a 60 años.

La longevidad, la fragilidad y las familias multigeneracionales están entre los principales focos de interés para comprender la dinámica de las familias brasileñas viviendo en diferentes contextos de vulnerabilidad social, especialmente en los de mayor pobreza. Infelizmente, en Brasil, el crecimiento de la

población anciana ocurre en ambientes de pobreza y de grandes desigualdades sociales⁽²¹⁾.

CONCLUSIÓN

La longevidad de la población brasileña ocasionó un aumento de familias multigeneracionales. Los ancianos longevos constituyen el grupo de riesgo para la fragilidad en la vejez. En este estudio, la mayoría de los ancianos vivía con la familia (88%) y, (71%) sin el cónyuge. Las familias eran pequeñas y los ancianos vivían, en promedio, con otras 1,9 personas ($DE=1,34$). En mitad de los casos, los ancianos vivían con otra persona con más de 60 años (41%).

Hubo menos ancianos octogenarios en los contextos de alta vulnerabilidad que en los contextos de promedio y muy baja vulnerabilidad. En contextos de alta vulnerabilidad había una persona a más que no era anciana, viviendo con el anciano. Ese apoyo

adicional puede ser muy importante para la longevidad del anciano, una vez que las familias en un contexto de alta vulnerabilidad parecen no poseer recursos financieros para pagar servicios de terceros.

Tener una persona a más no significa, necesariamente, disponer de un cuidado más adecuado. Así, para orientar políticas públicas de cuidado al anciano con demencia, todavía es necesario investigar la funcionalidad de la red de apoyo familiar, especialmente para los ancianos más longevos, con alteraciones cognitivas y viviendo en contextos de alta vulnerabilidad social.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo financiero de la Financiadora de Estudios y Proyectos-FINEP, del Ministerio de Ciencia y Tecnología y del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico-CNPq.

REFERENCIAS

1. IBGE [online]. [acceso 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. [acceso 2007 Set 14]. Disponível em <http://www.ciape.org.br/PoliticaPIDosa2528.pdf>
4. Teixeira INDO. Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional. [dissertação]. Campinas (SP): Programa de Pos 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 Pos 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 Pos 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.